

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÇALIŞANLARDA VE İŞSİZLERDE YAŞAM KALİTESİNE
ETKİ EDEN ETMENLER VE YAŞAM KALİTESİ
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. YÜCEL DEMİRAL

**HALK SAĞLIĞI AD.
İŞ SAĞLIĞI
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
PROF. DR. ZUHAL OKUYAN**

**İZMİR
2001**

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÇALIŞANLARDA VE İŞSİZLERDE YAŞAM KALİTESİNE
ETKİ EDEN ETMENLER VE YAŞAM KALİTESİ
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. YÜCEL DEMİRAL

**HALK SAĞLIĞI AD.
İŞ SAĞLIĞI
DOKTORA TEZİ**

T 107839

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
PROF. DR. ZUHAL OKUYAN**

107839

**İZMİR
2001**

“Çalışanlarda ve işsizlerde yaşam kalitesine etki eden etmenler ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması” isimli bu tez 20.6.2021 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.



Jüri Başkanı

Prof. Dr. Zuhale Okuyan



Jüri Üyesi

Prof. Dr. Reyhan Uçku



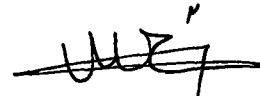
Jüri Üyesi

Doç. Dr. S. Semih Şemin



Jüri Üyesi

Yard. Doç. Dr. O. Alpaslan Ergör



Jüri Üyesi

Yard. Doç. Dr. Meral Türk

İÇİNDEKİLER

	<u>sayfa no</u>
TABLolar LİSTESİ	III
ŞEKİLLER LİSTESİ	V
EKLER LİSTESİ	V
TEŞEKKÜR	VI
KISALTMALAR	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ	1
2. ÇALIŞMANIN AMAÇLARI	3
3. GENEL BİLGİLER	4
3.1. SAĞLIK KAVRAMI	4
3.2. SAĞLIĞIN ÖLÇÜLMESİ VE YAŞAM KALİTESİ	6
3.2.1. Yaşam Kalitesi Sınıflandırması ve Kullanım Alanları	8
3.2.2. Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Ölçekleri	9
3.3. ÇALIŞMA YAŞAMI	10
3.3.1. İşsizlik	12
3.3.1.1. İşsizlikle ilgili temel kavramlar	13
3.3.1.2. Türkiye’de işsizliğin ölçümü ve boyutları	15
3.3.1.3. İşsizlik, işgücüne katılım ve eksik istihdam	20
3.3.1.4. İşsizliğin sağlık sonuçları	22
3.3.1.4.1. Ekolojik çalışmalar	23
3.3.1.4.2. Mortalite ve morbidite çalışmaları	25
3.3.1.4.3. Fabrika Kapanmaları ardından yapılan çalışmalar	26
3.3.1.4.4. Mental Sağlık	27
3.3.1.4.5. İşsizliğin diğer etkileri	28
4. YÖNTEM	30
4.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	30
4.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEK SEÇİMİ	30
4.3. DEĞİŞKENLER	30

4.4. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	31
4.5. DEĞİŞKENLERİN TANIM VE ÖLÇÜTLERİ	32
4.5.1. Bağımlı değişkenin değerlendirilmesi	32
4.5.2. Bağımsız değişkenlerin değerlendirilmesi	36
4.6. İSTATİSTİK DEĞERLENDİRME	39
4.6.1. Tek değişkenli analizler	39
4.6.2. Çok değişkenli analizler	39
4.7. ZAMAN ÇİZELGESİ	40
5. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI	41
6. BULGULAR	42
6.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN ÇALIŞANLARIN VE İŞSİZLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ	42
6.1.1. Çalışanların çalışma yaşamı ile ilgili özellikleri	46
6.1.2. İşsizlerin iş deneyimi ile ilgili özellikleri	48
6.2. ÇALIŞANLARIN VE İŞSİZLERİN SF 36 YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNE ETKİ EDEN ETMENLER	49
6.2.1. Çalışanlarda yaşam kalitesine etki eden etmenler	49
6.2.2. İşsizlerde yaşam kalitesine etki eden etmenler	55
6.3. ÇALIŞANLARIN VE İŞSİZLERİN YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	60
7. TARTIŞMA	68
8. SONUÇLAR	75
9. ÖNERİLER	76
10. EKLER	77
11. KAYNAKÇA	91

TABLO LİSTESİ

	<u>sayfa no</u>
Tablo 1: İşsizlik ile ilgili tanımlamalar.....	17
Tablo 2: Bazı sanayileşmiş ülkelerde ve Türkiye’de işsizlik oranları.....	18
Tablo 3: Bazı sanayileşmiş ülkelerde ve Türkiye’de istihdamın sektörlere göre dağılımı.....	19
Tablo 4. Türkiye’de işsizlik, eksik istihdam ve işgücüne katılma oranları.....	20
Tablo 5: Avrupa ülkelerinde yoksulluk ve işsizlik.....	22
Tablo 6: Çalışanların ve işsizlerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	43
Tablo 7: Çalışanların ve işsizlerin mesleksel sınıflarına göre dağılımları.....	44
Tablo 8: Çalışanların ve işsizlerin geçim durumları ile ilgili görüşleri ve yaşadıkları eve giren ortalama aylık gelirlerine göre dağılımları.....	45
Tablo 9: Çalışanların işyerindeki konumları ve çalışma süresine göre dağılımı.....	46
Tablo 10: Çalışanların iş arama ve işten çıkartılma durumları ile ilgili görüşler.....	47
Tablo 11: Çalışanların gece çalışması, fazla çalışma yapma ve iş kontrolü durumlarına göre dağılımları.....	47
Tablo 12: İşsizlerin çalışma yaşamı ile ilgili özellikleri.....	48
Tablo 13: Çalışanlarda sosyodemografik değişkenlerin SF 36 özet değerlerine göre dağılımı.....	50
Tablo 14: Çalışanların mesleksel sınıflarına göre FSD, MSD dağılımı.....	51
Tablo 15: Çalışanların geçim durumları ile ilgili görüşleri ve eve giren ortalama gelire göre FSD, MSD ortalamaları dağılımı.....	51
Tablo 16: Çalışanlarda işyerindeki konumları, işteki kontrolüne ve işyerinde çalışma süresine göre FSD, MSD dağılımı.....	53
Tablo 17: Çalışanlarda iş arama durumu, iş güvencesi ile ilgili görüş ve işten hoşnut olma durumuna göre FSD, MSD dağılımı.....	54
Tablo 18: İşsizlerde sosyodemografik değişkenlerin SF 36 özet değerlere göre dağılımı.....	56
Tablo 19: İşsizlerin mesleksel sınıflarına göre FSD, MSD dağılımı.....	57

Tablo 20: İşsizlerin geçim durumları ile ilgili görüşleri ve eve giren ortalama gelire göre FSD ve MSD dağılımı.....	57
Tablo 21: İşsizlerin işsizlik süreçleri ile ilgili özelliklerine göre FSD, MSD dağılımı.....	59
Tablo 22: Çalışanların ve işsizlerin FSD ortalamaları.....	60
Tablo 23: Çalışan ve işsizlerin MSD ortalamaları.....	60
Tablo 24.A: FSD için oluşturulan çoklu regresyon modeli (ilk model).....	62
Tablo 24.B: FSD için oluşturulan çoklu regresyon modeli (son model).....	63
Tablo 25.A: MSD için oluşturulan çoklu regresyon modeli (ilk model).....	64
Tablo 25.B: MSD için oluşturulan çoklu regresyon modeli (son model).....	65



ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>sayfa no</u>
Şekil 1: Yaşam kalitesinin çok boyutlu yapısı.....	8
Şekil 2: İşgücü çerçevesi.....	16
Şekil 3. SF 36 soruları, sağlık bileşenleri (bölümler) ve özet değerler.....	34

EKLER LİSTESİ

Ek 1. SF 36 anketi güvenilirlik test sonuçları.....	77
Ek 2. SF 36 anketi.....	78
Ek 3. Çalışanlara uygulanan anket.....	81
Ek 4. İş arayanlara uygulanan anket.....	84
Ek 5. İş ve işçi Bulma Kurumu.....	84
Ek 6. SF 36 yaşam kalitesi boyutları için elde edilen değerler.....	85
Ek 7. SF 36 özet değerlerinin hesaplanması.....	87

Teşekkür

Dr. İsmail Hakkı Ulus beni bilimle tanıştırdı. Bilimde dürüstlüğün ne anlama geldiğini Dr. Kazım Türker'den öğrendim. Dr. Gazanfer Aksakoğlu'ndan kuşkuculuğu, eleştirel bakışı ve eleştirinin önemini öğrendim. Tez danışmanım Dr. Zuhal Okuyan bilimin insancıl yüzünü gösterdi bana.

Tez ile uğraşmayı yüksek dağa tırmanmaya benzetiyorum. Dağa çıkarken yürümeniz gereken uzaklık ile küçük adımlarınız arasında korkunç bir büyüklük farkı vardır. Bir adım, önünüzdeki uzaklıktan hiçbir şey eksiltmez gibi gözükür. Oysa her küçük adım çok önemlidir; o olmadan gitmeniz gereken yere ulaşamazsınız. Bu nedenle teze yapılan her katkı son derece önemlidir.

Bu çalışma boyunca pek çok kişi bana yardımcı oldu. Planlama aşamasında Dr. Ömür Çınar Elçi'nin değerli katkıları ile yola çıktım. Dr. İlker Belek ve Prof. Dr. Güler Fişek çalışmanın başlangıcında önemli kaynaklara ulaşmamı sağladılar. Dr. Alp Ergör ve Dr. Semih Şemin çalışmanın her aşamasında ve her boyutunda yanımdaydılar. Beni cesaretlendirdiler, yol gösterdiler. Dr. Belgin Ünal özellikle verilerin değerlendirmesinde karmakarışık olan kafamı düzene sokmamı sağladı; her duvara çarpıştımda sığındığım ve tedavi olduğum kale idi. Yoldaşlarım Dr. Ahmet Can Bilgin ve Dr. Sibel Kıran'ın veri toplama ve yazım aşamalarında önemli katkıları oldu. Dr. Murat Civaner veri toplama aşamasında değerli zamanını ayırdı. Dr. Reyhan Uçku ve Dr. Ata Soyer'in nefis eleştirilerinden yararlandım. Dr. Gül Ergör verilerin analizinde yol göstericiydi. Sosyolog Ahmet Aktaş ile yaptığımız sınıf tartışmaları benim için çok değerli idi. Dr. Esin Kulaç'ın yazının düzeltilmesinde katkıları oldu. Çalışmanın yapıldığı fabrika çalışanlarının, özellikle Sibel Aysu hanımın içten yardımları ile işim kolaylaştı. İzmir İş ve İşçi Bulma Kurumu kayıt birimi çalışanları yoğun işleri arasında bana zamanlarını ayırdılar. Eşim Ayşe Demiral ve konuşmayı yokluğumda öğrenen oğlum Sarp bana sabrın ne anlama geldiğini öğrettiler.

Kuşkusuz yukarıda adını yazamadığım, başta anketleri içtenlikle yanıtlayanlar olmak üzere çok sayıda insanın değerli katkıları oldu. Hepiniz sağ olun.

Zirveye ulaştığınızda içinizi çok hoş duygular kaplar, tırmanışın her adımı belleğinize kazınmıştır. Zirvede gördüğünüz şey kolaylıkla anlatılmaz. Uzaklarda yeni zirveler görürsünüz; artık yorgun değilsinizdir...

KISALTMALAR

A	Ağrı
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
Fİ	Fizik işlev
FR	Fizik rol
FSD	Fiziksel sağlık durumu
GS	Genel sağlık algısı
HİA	Hanehalkı işgücü anketi
IQOLA	International Quality of Life Assessment Project
İİBK	İş ve İşçi Bulma Kurumu
MCS	Mental summary scale
Mİ	Mental işlev
MOS	Medical outcome study
MR	Mental rol
MSD	Mental sağlık durumu
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
Ort.	Aritmetik ortalama
PCS	Physical summary scale
SF 36	Short form 36
Sİ	Sosyal işlev
SİYK	Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi
SMR	Standardize mortalite oranı
S	Standart sapma
UÇÖ	Uluslararası Çalışma Örgütü
QOL	Quality of life
Y	Yaşamsallık
YK	Yaşam kalitesi

ÖZET

Bu çalışmada işsizlerin ve sanayi çalışanlarının yaşam kaliteleri kesitsel olarak değerlendirilmiştir. Yaşam kalitesi ölçeği olarak kısa form (short form 36 - SF 36) kullanılmıştır. Yaşam kalitesi düzeylerine etki eden işsizlik ve çalışma yaşamı ile ilgili değişkenler irdelenmiş; çalışanların ve işsizlerin yaşam kalitesi düzeyleri karşılaştırılmıştır.

Çalışma İzmir İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvuran işsizlerde ve kağıt iş kolunda yer alan bir fabrikada yapılmıştır. Çalışma anketi eksiksiz dolduran ve 201 i işsiz ve 144 ü çalışan olmak üzere toplam 345 kişi ile tamamlanmıştır.

Çalışmaya katılanların en genci 17 en yaşlısı 59 ve yaş ortalaması 28.9 dur. Çalışmaya katılanların çoğunluğu erkek ve mavi yakalılardan oluşmaktadır.

İşsizlerde 6 aydan uzun süredir iş arayanların mental sağlık durumu (MSD) özet değer ortalamaları, 6 aydan kısa süredir iş arayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür. Ancak son iki yılda işsiz geçirilen toplam süreye göre MSD ortalamaları arasında fark yoktur. Çalışanlarda iş arayanların MSD ortalamaları, aramayanlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. İşsizlerin fiziksel sağlık durumu (FSD) özet değer ortalamaları çalışanlardan anlamlı düzeyde yüksektir. MSD açısından çalışanlar ve işsizler arasında fark saptanmamıştır.

FSD için oluşturulan çok değişkenli analizlerde cins, evlilik durumu, alkol kullanma durumu ve iş durumu FSD ile ilişkili bulunmuştur. Modele göre kadın olmak, evli olmak, alkol kullanmak ve çalışıyor olmak FSD nu olumsuz yönde etkilemektedir. MSD için oluşturulan son modelde evlilik durumu, alkol kullanma durumu ve geçim durumu ile ilgili görüş değişkenleri yer almıştır. MSD evli olanlarda, alkol kullananlarda düşük, rahat geçindiğini ifade edenlerde yüksektir. Sonuç olarak uzun süreli işsizlik mental sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışanlarda iş arayanların, aramayanlara göre daha düşük MSD ortalamaları almaları işsiz kalmanın ötesinde "iş aramanın" mental sağlığı olumsuz etkilediğini düşündürmektedir. İşsizlerin FSD ortalamaları çalışanlardan yüksektir. Bu bulgu çalışmaya katılan işsizlerin sağlıklarını daha iyi gösterme eğiliminde olduklarını düşündürmektedir. Bu bulgular çalışma koşulları, işsizlik, sağlığın birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. İstihdam biçimlerinin sağlık etkilerinin incelenmesi işsizlik, çalışma yaşamı ve sağlık ilişkisinde önemli ipuçları sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Çalışma yaşamı, işsizlik, yaşam kalitesi

ABSTRACT

In this study quality of life (QOL) of industry workers and unemployed were examined in a cross-sectional setting. Short form 36 (SF 36) was used as QOL outcome.

The study covered unemployed individuals who applied to Izmir Employment Office between 3-7 April 2000 and all the workers working in a paper processing plant. The study was completed with a total of 345 people of whom 201 were unemployed and 144 were workers. The age of the study group was between 17 and 59 years and the mean age was 28.9. The majority of the study group were male (83.5 %) and in blue collar occupational classes.

The mental component scale (MCS) mean scores of the unemployed who have been seeking a job for than 6 months were significantly lower than those of the ones who have been seeking a job for than 6 months. On the other hand regarding the total amount of unemployed period in the previous two years physical component scale (PCS) and MCS mean scores did not differ. Among the workers, seeking a job caused a significant decrease in the MCS mean scores. PCS mean scores in unemployed were found significantly higher than workers. There was no difference in MCS with regard to employment status.

In the multiple regression model, gender, marital status, alcohol consumption and employment status turned out to be related with PCS. According to the constructed model being female, married, using alcohol, and working have influenced PCS adversely. As for the MCS the same multiple regression model was applied and marital status, alcohol consumption, and subjective financial strain took place in the final model. The MCS scores were lower in the married, alcohol users, and higher in "living comfortable" group.

As a result, long standing unemployment adversely affected mental health. Those who search for a job in the working group had lower MCS mean scores, which indicates that the negative influence on mental health is mainly due to "seeking a job" even further than being unemployed. Unemployed made higher PCS scores than workers. This finding indicated that the unemployed may tend to rate their physical health better than their actual situation.

Working conditions, unemployment, and health should be examined together. The studies regarding on health effects of types of employment might be fruitful in debates on unemployment, working life and health.

Key words: Working life, unemployment, quality of life.

**Kimi karanlıkta yaşarken
Diğerleri ışık altındadır
Gün ışığındakileri görürüz
Karanlıkta kalanlar, gözden ıraktır.**

Bertolt Brecht

1.GİRİŞ

İkinci dünya savaşını izleyen yıllarda sağlık yalnızca hastalıkların ve sakatlıkların olmaması değil, bedensel, akılsal ve sosyal anlamda tam iyilik durumu olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlama ile sağlık bireysel olmaktan çıkmış ve giderek daha çok toplumsal değişkenlerin etkilediği bir değer olarak görülmeye başlanmıştır.

Toplumsal sağlığın nasıl ölçülmesi gerektiği önemli bir tartışma konusudur. Özellikle batı toplumlarında doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, enfeksiyon hastalıklarının, anne ve çocuk ölümlerinin kontrol altına alınması ile toplumsal sağlığın ölçülmesinde kullanılacak mortalite hızları, kaba doğum hızı ve benzeri sağlık göstergeleri yetersiz görülmeye başlanmıştır. Bu veriler kaçınılmaz olarak tıbbi niteliklidir ve bireylerin sağlıkları ile ilgili ne düşündükleri, sağlık sistemi ve çevreleri hakkındaki bilgileri içermezler. Daha önemlisi bu bakış "hastalık" odaklıdır ve bu göstergeler "iyilik" durumu ile ilgili hemen hiç bilgi içermezler^{1,2,3}.

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı bireyin işlevsel durumu ve sağlığın birey tarafından değerlendirilmesini, soysal boyutu ile birlikte içeren bir kavram olarak özetlenebilir. Bir kişinin belirli işleri yapabilmesinin ölçümü nesnel olarak değerlendirilebilirken, kendi sağlık durumunun nasıl olduğunu değerlendirmesi oldukça öznedir. Yaşam kalitesi ölçekleri nesnel işlev ve öznel iyilik durumunu ya da her ikisini birden ölçmeye yönelik hazırlanmıştır. Geliştirilen ölçekler sağlığı toplumsal, çevresel ve bireysel değerlendirmeye yöneliktir. Bu anlamda sağlığın toplumsal dağılımının ve sağlıkta eşitsizliklerin belirlenmesinde yaşam kalitesi ölçekleri kullanışlı araçlardır².

Sağlıkta gözlenen eşitsizliklerin temelinde üretim biçimi vardır. Çalışma yaşamı sağlığın dağılımını doğrudan (çalışma ortamı ve koşulları) ve dolaylı olarak (gelir, yoksulluk) etkiler. İş sağlığı, çalışanı bütün içinde çok sayıda bilimin katkıları ile değerlendiren bir uygulama alanıdır. İş sağlığı, meslek hastalıkları ve iş kazalarının önlenmesi, sağaltımı ve esenlendirilmesi ile sınırlı değildir. Çalışan kişinin bireysel özellikleri, yaşadığı çevre, çalışma ortamı, çalışma koşulları, çalışma ilişkileri, siyasi,

ekonomik, sosyal, kültürel yapı iş sağlığının çalışma alanını oluşturur^{4, 5}. İş sağlığı bir taraftan tıp bilgisi içerirken diğer taraftan sosyal bilimlere, hukuk ve mühendislik alanlarına yayılmaktadır.

İşsizlik çalışma yaşamının önemli sorun alanlarından. İşsizliğin ekonomik sistemlere göre değişen sonuçları olacaktır. Ekonomik sistemle, bir anlamda kapana kısılmış bu insanların öznel yaşantıları arasında bir ilişki vardır. Kapitalizm yeryüzündeki insanların çoğundan aşırı kazanç elde etmeyi başarmakla birlikte, bu insanların tamamını endüstri kesimindeki artı değer üreticilerine dönüştürmez. Bütünü ile ele alındığında genel ücret hareketleri tamamıyla işsizlerin, yani yedek sanayi ordusunun genişleme ve daralması ile düzenlenir⁶. Yedek sanayi ordusunun baskısı ile çalışanlar daha uzun saatler, daha kötü ortamlarda, daha düşük ücretlere çalışmaya razı olurlar. Çalışma yaşamı özellikleri bir taraftan bireylerin sağlığına doğrudan etki ederken diğer taraftan toplumsal sağlığın dağılımını değiştirmektedir.

Bu çalışmada işsizler ve sanayi çalışanı bir grubun yaşam kalitesi düzeyleri değerlendirildi. Çalışma, işsizlik ve çalışma yaşamı özelliklerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini irdelemek ve tartışmak amacı ile planlandı.

2. ÇALIŞMANIN AMAÇLARI

1. Fabrikada çalışanlarında yaşam kalitesi düzeylerinin ölçülmesi ve yaşam kalitesine etki eden çalışma yaşamı ile ilgili değişkenlerin değerlendirilmesi.
2. İzmir İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvuran bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin ölçülmesi ve yaşam kalitesine etki eden işsizlik ile ilgili değişkenlerin değerlendirilmesi.
3. Çalışanların ve işsizlerin yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması.



3. GENEL BİLGİLER

3.1. SAĞLIK KAVRAMI

Çağdaş sağlık kavramının gelişimi, tarihsel açıdan değerlendirildiğinde sosyal hakların gelişimi ile örtüşen bir görünüm sunar. Gelişim bireyselden toplumsala, sağaltımdan koruma yönünde olmaktadır. Buna paralel olarak, sağlık kavramı hastalık ve bireysel tabanlı tanımlamadan iyilik durumunu ve sosyal değişkenleri içeren bir yapıya evirilmektedir⁷. Sosyal hakların gelişiminin temelinde işçi sınıfının savaşımları vardır. Batılı sanayileşmiş ülkelerde 19. yy. da başlayarak, 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra yapılan grevlerin nedenleri arasında çalışma koşullarının iyileştirilmesi artan oranda yer almaktadır⁸. Çalışmanın sekiz saatle sınırlandırılması, çocuk çalışanlarla ilgili kazanımların elde edilmesi yüz yıllık bir sürece yayılmıştır. Bu süreçte sağlık kavramının tanımlanması hep bir sorun olarak gündemini korumuştur. Tıp günümüzde her ne kadar sosyal bir uğraş alanı olarak kabul görse de temelde ampirik ve dolayısı ile tümevarım yöntemlerinin yoğun olarak kullanıldığı bir alandır; olguların ölçümü, sayısal ifadeleri önemlidir. Sağlık gibi soyut bir kavramın ölçülmesi filin değişik organlarının incelenmesi ile fiili anlama çabasına benzer; Ele aldığınız her şey filin bir parçasıdır ancak bir o kadar da bütünden uzaktır.

Yaşam, hastalık ve iyilik durumlarının birbirinden kesin sınırlarla ayrılmadığı bir bütündür. Toplum hekimliğinde sağlık yaşamın tüm boyutlarını kapsar. Bu bakış açısıyla sağlık yaşamla eş anlamlıdır^{9, 10}. Bireysel düzeyde fiziksel, mental, sosyal iyilik durumlarını kapsar. Toplumsal düzeyde koruma, geliştirme, sağaltım ve esenlendirme hizmetlerini içerir. Özellikle sanayileşme sonrasında toplumsal sağlığa verilen önem giderek artmıştır. Sanayileşme ve kapitalist üretim biçimi nüfusun kentlerde yoğunlaşmasını sağlarken yokluk ve sefaleti de kitleselleştirmiştir. Bu gerilemeye karşılık sağlığın toplumsal bir sorun olduğu gündeme gelmiştir. İlk olarak Thomas More özel mülkiyet, çevre kirliliği, işsizlik gibi toplumsal sorunların çözüldüğü bir ülke düşlemiştir. İtalyan hekim Bernardino Ramazzini çalışma yaşamından kaynaklanan sağlık sorunlarına dikkat çekmiştir. Ramazzini böylece yalnızca meslek hastalıkları kavramının doğmasına değil, sağlığın toplumsal boyutuna da katkı sağlamıştır. 1700'lü yıllarda sanayi ürünlerini ucuza mal etmeye yönelik girişimler artmış ve artan oranda gecekondu yerleşim yerleri oluşmuştur. Arthur Young'a göre

işçilerin verimli olması için karın tokluğuna çalıştırılmaları gerekmekteydi. Ancak sefaletin derinleşmesi ile verimliliği önceleyen bu görüşlerin bile sağlıklı toplumun üretemeyeceğini kabul etmeleri ile sağlığın devlet tarafından korunması gerektiği görüşleri yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Alman hekim Johann Peter Frank devletin sağlıkla ilgili yaptırımlar uygulamasını istemiştir. Fransız Devrimi'nin hemen ardından ülkenin tümünü kapsayacak bir sağlık sistemi oluşturulması gündeme getirilmiştir. 1794 de Fransa'da sosyal yardım sistemi yasalaşmıştır. İngiltere'de liberal ekonomik sistemin yoksulların ve işçilerin ölümüne neden olduğu, hukukçu E. Chadwick 1842 yılında hazırladığı raporda bildirmiştir. Bu raporda İngiltere'de soyluların ortalama 40 yıl, tüccarların 25 yıl ve işçilerin 20 yıl yaşadığı gösterilmiştir. Böylece bölgesel ve sınıfsal farklılıkların hastalık ve ölümlere neden olabileceği somut olarak gösterilmiştir. Chadwick'e göre hastalıklardan korunmanın ilk koşulu çevre sanitasyonudur. 1847 yılında Alman hekim Solomon Neumann tıp biliminin sosyal bir bilim olduğunu ileri sürdü. Neumann'a göre insanların erken ölümlerinin nedeni büyük oranda sosyal nedenlerden kaynaklanmaktaydı ve sağlık devlet tarafından korunmalıydı. Bütün bu gelişmeler "sosyal hekimlik", "sosyal tıp", "sosyal hijyen" ve benzeri terimlerin kullanılmaya başlanmasına neden olmuştur. İlk kez Guerin sosyal hekimlik terimini kullanmıştır. Daha sonra Alman Rudolf V. Virchow sosyal tıp kavramını kullanmış, hastalıklarla savaşta tıbbi önlemlerin yanı sıra sosyal önlemlerin de önemine değinmiştir. Bu önlemlerin kamu işi olduğunun altını çizmiştir. Aynı dönemde kapitalist sistemin eşitliği tamamen yok sayan kuramında yenileme gereksinimi kaçınılmaz olmuştur. Bismarck Almanya'da ilk sosyal sigorta sistemini kurmuştur. Kapitalizmin gelir dağılımını bozucu etkisi eleştirilmiş ve gelir dağılımında düzenlemeler yapılması gündeme gelmiştir. Bu olgu bu gün de gelişmiş kapitalist sistemler için geçerlidir. Birinci Dünya Savaşı'nı izleyen yıllarda hekimliğin koruyucu ve geliştirici yönü giderek ağırlık kazanmış ve sağlık bütünsel olarak algılanmaya başlanmıştır¹¹. İkinci Dünya Savaşı'nın hemen ardından Dünya Sağlık Örgütü' (DSÖ) nün sağlık tanımı ile sağlığın toplumsal boyutu ve bütünselliğini öne çıkartan tanımı somut olarak ifade edilmiştir; Sağlık yalnızca hastalık ve sakatlıkların bulunmaması değil fiziksel, mental, sosyal yönden tam bir iyilik durumudur. Sağlığın tanımında iyilik durumuna ve sosyal yönüne vurgu yapılması özellikle önemlidir. Ancak DSÖ'nün tanımı "iyilik" kavramının yeterince açık olmaması nedeniyle eleştirilmiştir. İzleyen yıllarda iyilik durumu göstergeleri ve sosyal değişkenlerle ilgili yapılan araştırmalar giderek artmıştır. Toplumsal yapının sağlıkla ilişkisi ilgi odaklarından birisi olmuş ve

hastalık ve ölümlerin yanı sıra "iyilik durumunun" tanımlanarak ölçülmesine yönelik çalışmalar hızlanmıştır.

3.2. SAĞLIĞIN ÖLÇÜLMESİ VE YAŞAM KALİTESİ

Günümüzde sağlık farklı disiplinlerce değişik yöntemlerle ölçülmeye çalışılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yönetimi, tıbbi bakım kalitesinin değerlendirilmesi, tanımlanamayan sağlık sorunlarının belirlenmesi, sosyal ve ekonomik planların yapılması, toplumun yaşam koşullarının ve hastalığa duyarlı grupların -bölgelerin- ve işlerin belirlenmesi, kaynakların kullanımı, koruyucu önlemlerin belirlenmesi gibi amaçlarla sağlık düzeyi ölçülmektedir^{2, 3, 12, 13}. Toplumsal ve bireysel sağlığın ölçülmesinde kullanılabilecek kimi veriler rutin olarak toplanmaktadır. Doğum ve ölüm hızları, hastaneye başvurular, kazalar ve benzeri bilgiler kayıtlardan elde edilebilmektedir. Ancak kayıtlardaki bilgi, sağlığın bütünsel tanımını göz önüne alınacak olursa yetersiz kalmaktadır. Bu yetersizliğin nedenleri arasında şunlar bildirilmektedir^{1, 2, 14}.

Bu bilgiler neredeyse tamamen tıbbi (klinik) niteliktedir

Bireylerin sağlık sistemi ve çevreleri hakkındaki düşüncelerini içermez

Sağlık hizmetini kullanmayanlar hakkında bilgi içermezler

Yaşam tarzı ve çevresel etkenlerle ilgili bilgi içermezler

Rutin veri sisteminden yola çıkmayan sağlık araştırmaları iki başlık altında incelenebilir^{2, 12}. Bu çalışmalar arasında kesin sınırlar çizmek her zaman olanaklı olmasa da sınıflandırma anlatım açısından kolaylık sağlamaktadır.

Sağlık klinik bakı araştırmaları

Sağlık görüşme araştırmaları

Sağlık klinik bakı araştırmalarında laboratuvar incelemeleri ve fizik bakı yapılarak sağlık düzeyi değerlendirilmeye çalışılır. Doktor tarafından değerlendirilen morbidite verileri, bireyin kendi sağlığını değerlendirmesine göre daha nesnel kabul edilmekle beraber alan araştırmaları için çok pahalıdır. Bu veriler incelenen toplumdaki hastalıklar hakkında bilgi verirken bireylerin "iyilik durumu" hakkında bilgi

çermezler¹⁵. Ayrıca doktorlar arası farkların ve doktor ve hastaları arasındaki görüş farklılıklarının da göz önüne alınması gerekmektedir. Sağlık görüşme araştırmaları bireyin kendi sağlığını değerlendirmesine olanak tanır. Öznel olmalarına rağmen bireyin "iyilik durumu" hakkında önemli bilgi sağlarlar. Bireyin değerlendirdiği (algılanan) sağlık ile mortalite ve morbidite arasında ilişkinin varlığını gösteren çok sayıda çalışma vardır^{16, 17}. Hastalığın kişiye getirdiği yük, hastalık (tümör büyüklüğu, enfarktüs alanı vb.) ile tam olarak açıklanamamaktadır. Ağrı, hareket kısıtlanması ve diğer işlevsel sorunların yanı sıra ailesel ve bireysel görevlerin yerine getirilememesi gibi psikososyal değişkenlerin de hastalık ve iyilik durumuna etkileri vardır. Bu yaklaşımdan yola çıkılarak yaşam kalitesi (YK) kavramı sağlık alanında kullanılmaya başlanmıřtır¹⁸.

YK çok sayıda disiplin tarafından kullanılan bir kavramdır. Bu nedenle literatürde tanımlamaları ve uygulamaları ile ilgili şaşırtıcı sayıda yayın bulunmaktadır. YK kavramının kullanımı oldukça eskidir ancak bu günkü anlamında kullanılmaya 15 –20 yıl önce başlanmıştır. Son yıllarda "yaşam kalitesi" anahtar sözcüğu ile yılda binin üzerinde makale yayınlanmaktadır. Ekonomiden coğrafyaya sosyolojiden tıp dallarına kadar değişik alanlarda kullanılmaktadır. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi (SİYK) kavramı, YK kavramına göre, sınırları çok daha belirgin bir kavram olmasına rağmen tanımı ve ölçümü ile ilgili tartışmalar sürmektedir¹⁹.

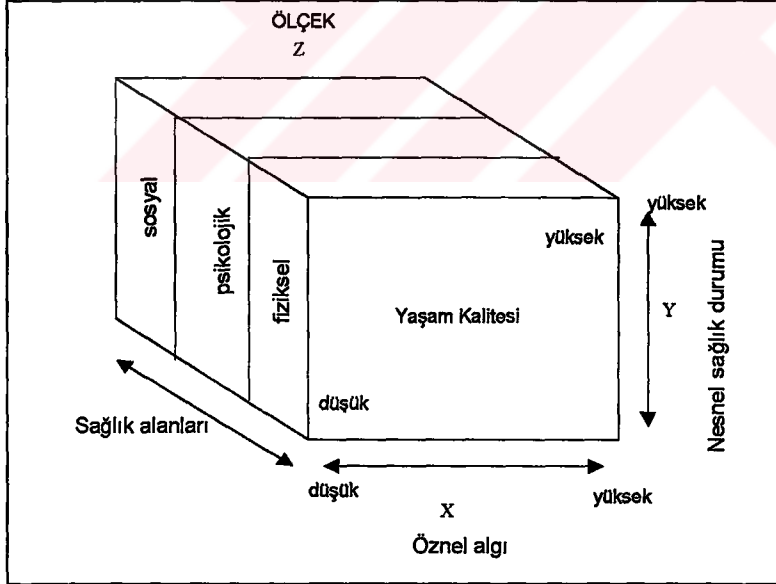
Daha önce farklı isimlerle anılan (sağlık durumu gibi) değerlendirme yöntemleri SİYK ismi altında toplanmaya başlanmıştır. İlk geliştirilen ölçeklerde kişinin değişik yaşam alanlarındaki (fiziksel, mesleksi, cinsel, sosyal ilişkiler vb) yeterliliği değerlendirilmiştir. Bu çalışmalarda genellikle sağlık durumu, işlevsel durum ve yaşam kalitesi kavramları birbirlerinin yerine kullanılmıştır. SİYK bireyin sağlığının işlev görme yetisine etkisini ve fiziksel, mental, sosyal yaşam alanlarında bireyin algıladığı iyilik durumunu ölçer. SİYK, kişinin kendi durumunu kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlanmaktadır²⁰.

3.2.1. Yaşam Kalitesi Sınıflandırması ve Kullanım Alanları

İki tür veri seti YK ölçümünde kullanılmaktadır; bireyin işlevsel durumu ve sağlığın birey tarafından değerlendirilmesi. Bir kişinin belirli işleri yapabilmesinin ölçümü nesnel olarak değerlendirilebilirken, kendi sağlık durumunun nasıl olduğunu değerlendirmesi oldukça öznedir. Tüm SİYK ölçekleri nesnel işlev ve öznel iyilik durumunu ya da her ikisini birden ölçmeye yönelik hazırlanmıştır²¹.

Nesnel boyut sağlığın oldukça önemli bir bölümünü oluştursa da, bireyin bu nesnel boyutu nasıl algıladığı nesnel boyutu etkiler. İki bireyin aynı hastalık yükü ile çok farklı YK' ne sahip olmaları olanaklıdır, hatta beklenen bir durumdur. Şekil 1'de YK'nin çok boyutlu yapısı gösterilmiştir. X eksenini öznel algıyı ve Y eksenini nesnel işlevleri göstermektedir. YK bu iki olgunun, değişik sağlık bileşenleri için aynı potada toplanmasıdır. Fiziksel, psikolojik, ve sosyal sağlık alanlarında, nesnel sağlık durumunun birey tarafından algılanması YK ölçeğini oluşturur²¹.

Şekil 1: Yaşam kalitesinin çok boyutlu yapısı



YK'nin bir çok bileşeni doğrudan gözlenemez. Bu nedenle tipik olarak çok sorulu ölçeklerle değerlendirilir. Bir grup soru belirli bir boyutun (domain) değerlendirilmesi için sorulur (örneğin fiziksel işlev). Daha sonra verilen yanıtlar sayısal ifadelerle dönüştürülür ve toplamları söz konusu boyutun değeri olarak hesaplanır. Elde edilen

değer sürekli bir değişkendir ve sağlığın “iyilik” ile “hastalık” arasındaki dinamik yerini tanımlar²².

Ölçeklerdeki temel fark genel ya da özgül olmalarıdır. Genel ölçekler her tür hastalık durumunda; değişik sağıaltım işlemlerinin izleminde; geniş toplum kesimlerinde kullanılmak üzere geliştirilmişlerdir. Sağlığı bir bütün olarak ölçebildiklerini savlarlar. Özgül ölçekler bu bakımdan farklılık gösterirler: belirli bir durum ya da koşula uygun olarak düzenlenmişlerdir^{23, 24}.

3.2.2. Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanım alanlarına göre bir sınıflaması aşağıdaki gibi yapılabilir.

1. Genel ölçekler

Sağlık çerçevesi

Seçime dayalı ölçekler

2. Özgül ölçekler

Hastalığa özgü (örn. diyabet)

Topluma özgü (örn. yaşlılar)

İşleve özgü (örn. cinsel işlev)

Durum ya da soruna özgü (örn. ağrı)

SİYK çok sayıda başlık altında kullanım alanı bulmaktadır. Aşağıda bunlardan bazıları sıralanmıştır²⁵.

Hastaların psikososyal sorunlarının izlemi ve araştırılması

1. Toplum tabanlı algılanan sağlık sorunları
2. Tıbbi hizmetlerin ya da projelerin sonuçlarının değerlendirilmesi
3. Klinik çalışmalar ve sağıaltım protokollerinin değerlendirilmesi
4. Gider-etkinlik analizleri

SİYK klinik uygulamaların yanı sıra toplum tabanlı çalışmalarda kullanılmıştır. Belirli bir bölgede yaşayanların sağlık durumunun değerlendirmesinde kullanım alanı bulabilmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalarda, sonuçların sağlık gereksinimlerinin belirlenmesinde nasıl değerlendirilebileceği ile ilgili tartışmalar sürmektedir^{13,15,26,27}.

SF-36 (Short form - kısa form 36) genel ölçek özelliğine sahip bir ölçüt olarak kullanılmaktadır. RAND Corporation tarafından sağlık çıktılarının araştırılması (Medical Outcomes Study, (MOS) çalışmasından elde edilen sonuçlardan yola çıkılarak geliştirilmiştir. 1990 yılında başlayan çalışmalarda 150 ye yakın maddeden oluşan ölçekle başlanmış ve 22,462 kişide yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar ile önce 20 soruluk kısa form (SF-20), daha sonra 36 soruluk kısa form (SF-36) geliştirilmiştir^{28, 29, 30}.

Uluslararası Yaşam Kalitesi Ölçümü Projesi (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA) ile SF-36 uluslararası kullanımı en fazla olan, sistematik ve eşgüdümlü çalışılan sağlık durum değerlendirmesi ölçeklerinden birisidir. IQOLA projesi ile 15 kadar ülkede geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Klinik çalışmalarda, sağlık politikalarının ve birincil sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde, genel toplumun izlemi ve sağlıkta eşitsizliklerin ölçülmesi çalışmalarında kullanılması önerilmektedir^{26,29, 31, 32, 33, 34, 35, 36,37}.

SF 36' nın geçerlik ve güvenirlik test sonuçları ekler bölümünde sunulmuştur (Ek 1).

3.3. ÇALIŞMA YAŞAMI

Sağlığı da içeren toplumsal olguların evrilmesinde üretim biçiminin anahtar işlevi vardır. Üretim biçimi kavramı yalnızca üretimi değil aynı zamanda değişim ve tüketim süreçlerini de kapsar. Kapitalist batı toplumları bireyleri tüketim süreci içinde tanımlama eğilimindedir. Yurttaşlar çalışan olarak değil tüketici olarak algılanır ve tanımlanır³⁸. Bunun sağlık alanına yansması iş yerlerinin ve çalışma yaşamının toplumsal sağlığın dışına taşınmasıdır. Çalışanlar üretim alanı yerine değişim, dağıtım ve tüketim alanında tanımlanır. Bu, gerçekte düşünsel bir seçimdir ve pratik, günlük yaşamı etkileyen sonuçları vardır. Böyle bir düşünsel kaymanın iş sağlığı alanında iki önemli çıktısı kolaylıkla gözlenebilir. Birincisi sağlık araştırmaları bireylerin tüketim davranışları üzerinden yapılır: Sağlık kurumlarını kullanma sıklığı, bu hizmetlerden hoşnut olmaları, beslenme alışkanlıkları, sigara-alkol kullanımı gibi değişkenler üzerinden sağlık tanımlanır. İş yerindeki sorunların giderilmesine yönelik araştırmalar yerine genetik çalışmalara ağırlık verilir. İşteki zararlıların yok edilmesi yerine işe giriş bakışının öneminin altı çizilir. Bu yaklaşımın diğer yansması sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde gözlenir: Toplum sağlığı ve iş sağlığı hizmetleri birbirinden ayrılır. Sigortacılık, hastalık ve sakatlık tazminatı sistemleri kurulur. İş

sağlığı hizmetleri diğer tıbbi hizmetlerden ayrı, işyeri hekimliği düzeyine indirgenir. İşyeri hekimliği ve işçi sağlığı - iş güvenliği kavramları bu parçalanmış sağlık anlayışının ürünleridir. Bu yaklaşımda çalışanların hastalık ve sakatlıklarının ne kadarının iş ile ilişkili olduğu, ne kadarının iş dışı olduğu önemli çalışma alanlarından birisidir. Bu yönüyle sınırlı kaldığında işyeri hekimliği adli tıp uygulama alanına benzetilebilir. İşyeri hekimlerine verilen ücret işverene tazminatların ve işe devamsızlıkların azalması ile geri dönen bir yatırım olarak görülür. Gider – etkinlik analizlerine yönelir. Özetle çalışanların “iyilik” durumu satılır “hastalık ve sakatlıklar” tazmin edilir.

Çalışma yaşamı bir taraftan bireylerin sağlığına doğrudan etki ederken diğer taraftan toplumsal sağlığın dağılımını değiştirmektedir. Bu nedenle iş sağlığı toplum sağlığının temel bileşenlerinden birisidir. Gerek iş sağlığı örgütlenmesi gerekse bu alana gerekli olan insan ve diğer kaynaklar ulusal sağlık sistemi içinde düşünülmelidir. İş sağlığı bir çok bilimin katkıları ile oluşmuş bir uygulama alanıdır. “İş sağlığı” ya da “çalışan sağlığı” derken bir tarihsel süreci ve çok sayıda bilim ve uygulama alanlarını kapsayan bir tanımlama yapmış oluyoruz. İş sağlığı, meslek hastalıkları ve iş kazalarının önlenmesi, sağaltımı ve esenlendirilmesi ile sınırlı değildir³⁹. Çalışan kişinin bireysel özellikleri, yaşadığı çevre, çalışma ortamı, çalışma koşulları, çalışma ilişkileri, siyasi, ekonomik, sosyal, kültürel yapı iş sağlığının çalışma alanını oluşturur⁴.⁵. İyi yapılandırılmış bir iş sağlığı hizmetinde “iş” sağlığın geliştirilmesinde kullanılan bir araçtır: Çalışma yaşamının özellikleri bireylerin fiziksel, mental ve sosyal gelişimine hizmet eder.

Günümüzde iş sağlığı ile ilgili sorunların gerek saptanması gerekse önlenmesi konusunda bilimsel ve teknolojik bilgi birikimi, uygulamada karşımıza çıkanın çok ilerisindedir. İş sağlığı bir sistem olarak ele alındığında tıbbi – teknik değişkenler kadar toplumsal değişkenler ve politik kararlardan da etkilenir: Kurşunun zararlı etkileri yüz yılı geçkin bir süredir çok iyi bilinmesine karşın kurşun zehirlenmeleri sorun olmaya devam etmektedir; vardiyalı, gece, hızlı ve fazla çalışmanın sağlığa olumsuz etkileri bilimsel olarak gösterilmiştir, ancak bu tür çalışma koşulları daha uzun süre devam edecek gibi gözükmektedir. Benzer olarak ekonomik yoksunluk içindeki bireyler işsizlik ve kötü çalışma koşullarından birisini seçme sorunu ile sıklıkla karşılaşmaktadırlar⁴⁰.

Çalışma yaşamının özellikleri fiziksel ve mental iyilik üzerine etki eder. Son otuz yıldır yapılan çalışmalar çalışmanın sağlık üzerine olumsuz etkileri üzerine yoğunlaşmıştır. Bu çalışmaların aksine çalışmanın, işsiz kalmaya göre bazı yararlı etkileri olduğu görüşü de ileri sürülmektedir⁴⁰. İşsizlik yalnızca işsizler üzerinde değil aynı zamanda çalışanlar üzerinde de etkili olabilmektedir. Kitlese işsizlik ve ekonomik bunalım dönemlerinde çalışanlar baskı altında kalabilmekte ve daha kötü çalışma koşullarını kabullenmek zorunda kalmaktadırlar. Ülkenin ekonomik yapısı, işsizlik hızlarının dönemsel değişimi, sosyal politikalar, kültürel yapı gibi çok sayıda sosyoekonomik değişken çalışma yaşamı-işsizlik-sağlık ilişkisinde öne çıkabilmektedir.

Kapitalist toplumlarda yaygın olarak kabul gören sosyal risk kavramı ve buna karşı geliştirilecek politikalar sosyal güvenlik politikaları olarak adlandırılır. Sosyal güvenlik sistemleri ülkelerin ekonomik ve siyasal yapısı ile belirlenir. Ülkeler arasında önemli farklar bulunmasına karşın temel bakış açısı sosyal risklerle doğabilecek ekonomik kayıpların giderilmesi yönündedir. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (UÇÖ) 102 sayılı sözleşmesinde ve bir çok batılı ülkenin ulusal hukuk sistemlerinde sosyal risk kavramına yer verilmiştir. UÇÖ sosyal riskleri hastalık, analık, sakatlık, yaşlılık, iş kazası ve meslek hastalığı, ölüm, ailevi yükler ve işsizlik olarak sınıflandırmıştır⁴¹.

3.3.1. İşsizlik

Sanayi devrimi sonrasında oluşan yoksulluğa aranan çözümler ya da yoksulluğa karşı direniş ekonomik sistemlere yön veren önemli olgular olmuşturlar. Yoksulluğun önemli etkenlerinden birisi işsizliktir. İşsizlik karmaşık bir konudur ve çok sayıda etken, kurumsal yapı ve politikadan etkilenir. Enflasyondan çalışma saatlerine, esnek üretimden ücretlere kadar bir çok konu ile birlikte anılır. İşsizliğin boyutları da bilimsel olmaktan çok ekonomik – politik bir tartışma olarak sürmektedir. İşsizlikle savaşım günümüzde toplumların başta gelen görevlerinden birisi olarak kabul edilmektedir. Özellikle ücretli olarak çalışan ve işsiz kalması durumunda geçim olanaklarından yoksun kalacak bireyler için çalışma hakkı yaşam hakkı ile birlikte düşünülmesi gerekmektedir. Bireysel düzeyde işsizlik çalışma isteğinde ve yeteneğinde olan ve çalışmaya hazır bir durumda olup gelir sağlayan bir işe sahip olamama durumu

olarak tanımlanmaktadır. Toplumsal anlamda işsizlik, üretici kaynakların başta işgücü olmak üzere boşa harcanmasıdır⁴².

3.3.1.1. İşsizlikle ilgili temel kavramlar

İşsizliğin batılı toplumlar tarafından sorun olarak algılanması, iki dünya savaşı arasında zaman zaman büyük boyutlara ulaşması ile başlamıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında hızlı büyüme ve tam istihdam politikaları, batılı gelişmiş ülkelerde işsizliğin gündemden düşmesine neden olmuştur. Ancak özellikle 1975 sonrasında işsizlik tekrar yükselmeye ve yapısal bir nitelik kazanmaya başlamıştır⁴³. Kapitalist toplumlarda işsizliğin artış hızına etki eden iki temel etmen önemli rol oynar.

1. İşsizliğin doğal hızı: Sabit enflasyon hızı ile uyumlu işsizlik hızıdır. Bunun anlamı daha düşük işsizlik oranları için yapılacak girişimlerde enflasyonun artmasıdır. Doğal işsizlik hızına etki eden etmenler aşağıda özetlenmiştir.
 - a. Demografik değişimler: Gençlerin, azınlıkların ve kadınların giderek daha fazla işgücüne katılması
 - b. İşsizlik sigortası ve asgari ücret politikaları
 - c. Ekonomik krizler; petrol fiyatlarının artışı vb.
2. Histeresis: İşsizliğin ekonomik kriz sonrasında normal sınırlarına dönmeyerek yüksek kalmasıdır. Özellikle Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ve Avrupa Birliği ülkelerinin hemen tümünde, işsizliğin dönemsel iniş çıkışlarından ve diğer ekonomik değişkenlerden etkilenmeksizin kronikleştiği gözlenmektedir⁴⁴.

İş ve işsizlik hızlarının hesaplanmasında, ele alınan toplumun yapısı önemlidir. Çalışma yaşındaki nüfusun yapısı belirleyicidir. Ancak çalışma yaşı sınırları anlaşmadan öteye anlam ifade etmez ve giderek daha çok tartışılan bir konu olmaktadır. Bu nedenle, yalnızca işsizlik sayı ve hızlarına odaklanan bir bakış açısı işsizliğin nedenlerini, anlamını ve sonuçlarını gizler⁴⁵. İşsizliğin sonuçlarının değerlendirilmesinde çok sayıda değişkenin birlikte ele alınması gereklidir.

İşsizlik nedenlerinin açıklanmasında iki temel yaklaşımdan söz edilebilir. Marksist yaklaşımda kapitalist üretim sisteminde sermayenin iki bileşeni vardır⁶:

1. Değişmeyen sermaye: üretim araçlarının değeri,
2. Değişken sermaye: emek gücü.

Sermayenin birikimi değişen ve değişmeyen bileşenlerinde farklı hızlarda olur. Teknolojik gelişimle birlikte değişmeyen sermaye giderek artarken değişen sermaye oran olarak geriler. Bu nedenle emek gücünün bir bölümü sermaye dışına taşınır; sermaye içindeki payı görece olarak azalır. Sermaye dışına taşınan emek gücüne “nisbi artı nüfus” denir. Bu gelişim nüfus artış hızından bağımsız oluşmaktadır. Üretim araçları, teknik olarak gelişirken daha az emekçi çalıştırmaya gereksinim duyar araçlar haline gelir. Sermayenin iki bileşenindeki kutuplaşma bir yandan işsizliği körüklerken diğer taraftan çalışanlar üzerinde baskı aracı olur. İşsizliğin yapısal bir nitelik kazanmasının bir nedeni teknolojik gelişme, diğeri ise emek gücüne gereksinimi azaltmayı hedefleyen esnek örgütlenme biçimleridir². Bu anlamda kapitalizmin işlemesi için yedek işgücü vazgeçilmez bir unsurdur. Bütünü ile ele alındığında genel ücret hareketleri işsizlik hızları ile düzenlenir: İşsizlik işçi disiplini için vazgeçilmez bir unsurdur⁴⁶. Liberal yaklaşımda emek gücü piyasa kurallarına göre değişkenlik gösterir. Emek gücüne arz ve talep diğer piyasa malları gibi işler ve dengeye ulaşır. İşsizliğin açıklanmasında öne sürülen klasik kurama göre ücret esnekliği ve tam rekabetçi varsayım dengenin sağlanması, yani işsizliğin olmaması için yeterlidir. Ücretlerdeki düşme emek talebini artıracak, emek arzını azaltacak ve gönülsüz işsizlik ortadan kalkacaktır. Bu görüşe göre işsizlik göreceli fiyat sorunudur ve bu fiyatların piyasaya uyumunu engelleyen girişimler; asgari ücret gibi yasal düzenlemeler ve sendikalar dengeye ulaşılmasını engeller⁴⁶.

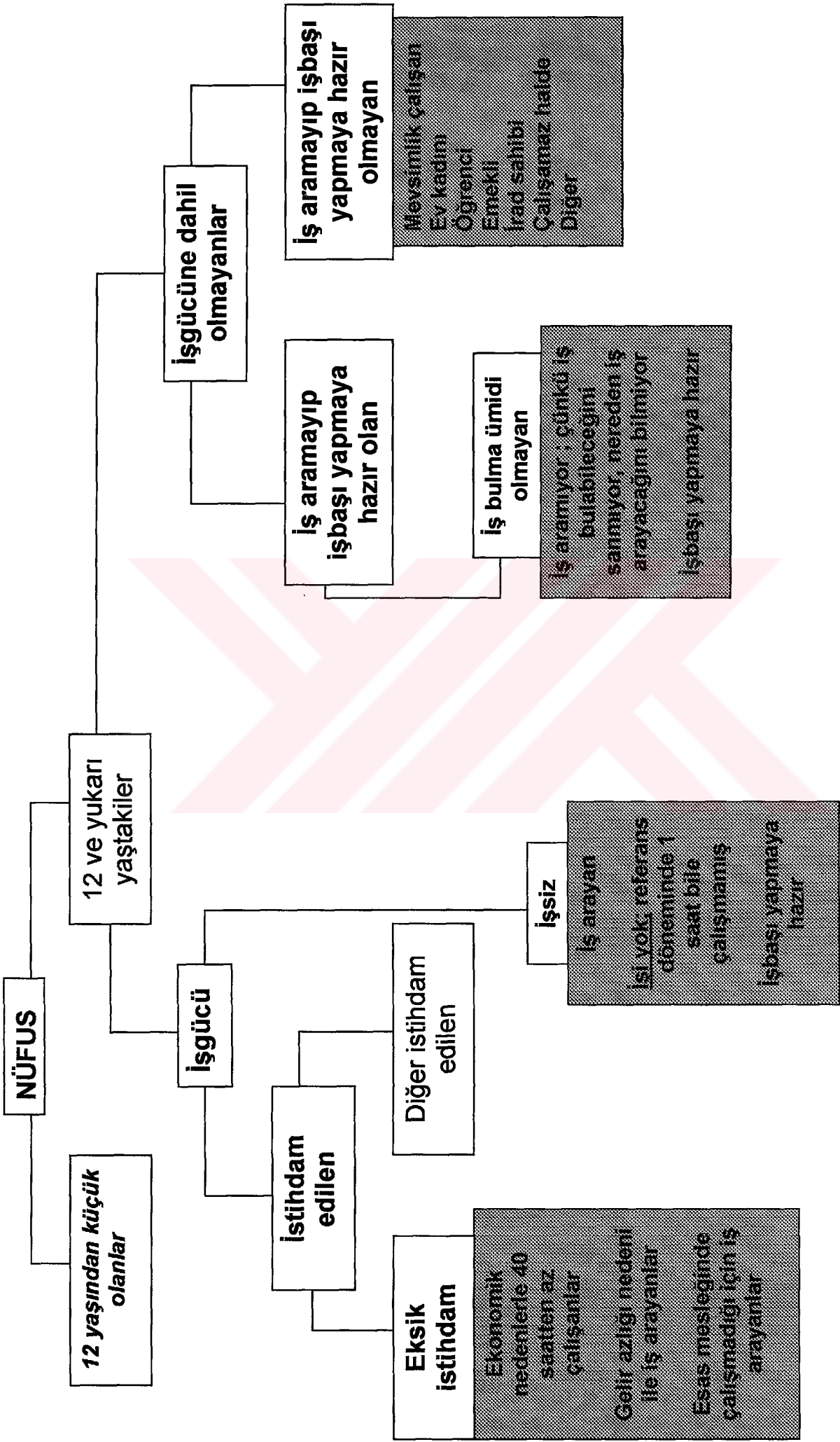
Ekonominin zorunlu olarak kendiliğinden tam istihdam düzeyinde dengeye ulaşmayacağı, tam tersine devletin düzenleyici rol oynamadığı toplumlarda işsizliğin kaçınılmaz olarak oluşacağı bugün kabul edilmektedir. Ayrıca son yıllarda işsizliğin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sürekli bir artış göstermesi ve histeresis, ücretlerle emek arasındaki etkileşimin yalnız piyasaya uyum sorunu olmadığını düşündürmektedir. Özellikle düşen ücretlerle birlikte işsizliğin yüksek düzeyde devam etmesi, liberal yaklaşımın sorgulanmasına neden olmaktadır. Ücretlerle işsizlik arasındaki ilişki güç ilişkilerinden tümüyle bağımsız ve mekanik bir süreç değildir⁴⁶.

Geri kalmış ülkeler ve sanayileşmiş ülkelerdeki işsizliğin nedenleri farklıdır. Sanayileşmiş ülkelerde işsizlik daha çok dönemseldir ve belirli (dar) çalışan gruplarını kapsar. Geri kalmış ülkelerde ise işsizlik süregendir ve toplumun büyük çoğunluğu için sorundur. Geri kalmış ülkelerde belirgin olarak ön plana çıkan bir özellik de yaygın işsizlik ile birlikte görülen yüksek enflasyondur. Bu ülkelerde sosyal politikalar (sosyal güvenlik kapsamı, işsizlik sigortası vb.) gelişmemiştir ve bu nedenle işsizlik yaşama hakkı ile ilişkili bir içerik kazanmaktadır. Geri kalmış ülkelerin enflasyon ve işsizlikten, enflasyonla savaşımları öncelikle ve Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu gibi uluslararası kuruluşların kendilerine kabul ettirdikleri işsizliği artırıcı politikalara yönelmeleri, bu ülkeleri bir darboğazın içine sürüklemektedir⁴⁷.

3.3.1.2. Türkiye’de işsizliğin ölçümü ve boyutları

Türkiye’de işsizlik ile ilgili en geniş veri Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) çalışmalarına dayanmaktadır. DİE işsizliği ölçmeye 1966 yılında başlamıştır. Ancak ölçümler 1988 yılına gelinceye kadar kesintilere uğramıştır; ayrıca bu çalışmalar kapsam ve güvenilirlik açısından yetersiz olarak bildirilmektedir^{44, 47}.

Ekim 1988 yılından sonra, uluslararası standartlara uygun kabul edilebilecek işsizlik ve istihdam verileri Hanehalkı İşgücü Anketi (HİA) adı ile toplanmaya başlanmıştır⁴⁸. HİA’de kullanılan işgücü çerçevesi Şekil 2 de gösterilmiştir. HİA Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) standartlarına uygun ve yeterli kabul edilmekle birlikte “iş arama süresi” bakımından farklılık göstermektedir. OECD ülkelerinde yapılan anketlerde bir kişi referans haftasında (anketin yapıldığı hafta) işsiz ise ve son bir ay süresince iş aramış ise işsiz olarak kabul edilmektedir⁴⁹. HİA de ise referans haftasında işsiz olan ve son altı ay iş arayanlar işsiz olarak değerlendirilmektedir. Tablo 1 de işsizlik ile ilgili bazı tanımlamalar özetlenmiştir⁴⁸.



Tablo 1. İşsizlik ile ilgili tanımlamalar

İşgücü: İstihdamda olanlar ile işsizlerin oluşturduğu nüfus
İşsiz: İstihdam edilmemiş (referans haftasında ücret karşılığı hiçbir işte bir saat bile çalışmayan) kişilerden son 6 ay içinde iş arama kanallarından ez az birini kullanmış ve 15 gün içinde iş başı yapabilecek olan 12 ve üstü yaştakiler
İşgücüne katılma oranı: İşgücünün, 12 ve daha yukarı yaş nüfus içindeki oranı
İşgücüne dahil olmayanlar: İşsiz veya istihdam halinde olmayan, 12 ve yukarı yaştaki nüfus
İşsizlik oranı: İşsiz nüfusun işgücü içindeki oranı
Eksik istihdam: a. Görülebilir: Ekonomik nedenlerle 40 saatten az çalışan ve ikinci bir işte çalışmaya uygun olanlar b. Diğer: Görülebilir eksik istihdam dışında kalan ve mevcut işinden elde ettiği gelir azlığı ya da mesleğinde istihdam edilmediğinden iş değiştirmek isteyenler ya da ikinci bir iş arayanlar.
Referans haftası: Anketin uygulandığı hafta

HİA'de çalışma çağındaki nüfus 12 ve üzerindeki yaş grubu alınmaktadır. Aynı tanımlama Fransa ve Japonya'da 15, İngiltere'de 18 yaş ve üzeri, Finlandiya'da 15 – 74 yaş arasındaki nüfus için kullanılmaktadır. Bu durum hızlar yorumlanırken ve uluslararası karşılaştırma yapılırken göz önüne alınmalıdır.

HİA işsizlik tanımında belirli yaş grubunda olan, işi olmayan, çalışmaya hazır olan ve iş arayan kişi işsiz olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca bu kişinin referans haftasında bir saat bile çalışmamış olması gerekmektedir. Bu daraltılmış tanımlama iş bulma ümidini kaybedenleri ve geçici ya da şansa bağlı birkaç saat çalışmış olanları dışarıda bırakmaktadır. Kişinin kazancının yetersizliği, sosyal güvenceden yoksun olması gibi değişik nedenlerle çalışıyor ancak iş arıyor olması eksik istihdam olarak isimlendirilmektedir. Eksik istihdam tanımında dikkat edilmesi gereken nokta, kişinin kendi isteği dışında normal çalışma süresinde çalışmamasıdır. İşsizlik sigortasının bulunmadığı, kendi hesabına ya da ücretsiz aile işçiliğinin yaygın olduğu ülkelerde eksik istihdam kavramı önem kazanmaktadır.

Çalışma çağındaki nüfus, bir hafta olarak belirlenen referans dönemi içinde, işgücü bakımından üç gruba ayrılmaktadır: istihdam edilenler, işsizler ve işgücüne dahil olmayanlar. Bunlar arasındaki ilişki aşağıdaki gibi özetlenebilir.

Çalışma çağındaki nüfus= İşgücü + İşgücüne dahil olmayanlar

İşgücü= İstihdam edilenler + İşsizler

Bu tanımlamaların bilimsel bir dayanakları yoktur. Çalışma yaşındaki nüfus ya da işsizlik tanımındaki değişiklikler işsizlik ile ilgili hesaplanacak hızları etkiler.

Türkiye’de gerek işsizliğin boyutları gerekse işsizliğin sonuçları ile ilgili çalışmalar son derece kısıtlıdır. Bunun bir nedeni işsizlik ile ilgili yeterli istatistik verinin olmayışdır. İşsizlik sanayileşmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir toplumsal sorun olarak kabul edilmektedir. Tablo 2 de bazı sanayileşmiş ülkeler ve Türkiye’nin işsizlik oranları gösterilmiştir. İşsizlik oranları karşılaştırıldığında Türkiye’nin bir çok sanayileşmiş ülkeden daha iyi durumda olduğu gözlenmektedir⁴⁸.

Tablo 2: Bazı sanayileşmiş ülkelerde ve Türkiye’de işsizlik oranları

Ülke	1994	1995	1996	1997	1998
Kanada^a	10.4	9.5	9.7	9.2	8.3
ABD^b	6.1	5.6	5.4	4.9	4.5
Japonya^a	2.9	3.2	3.4	3.4	4.1
Finlandiya^c	18.5	17.2	16.1	12.9	11.3
Norveç^c	5.5	5.0	4.8	4.1	3.2
Fransa^a	12.5	12.1	12.3	12.4	-
İtalya^e	11.8	12.3	12.0	12.1	12.2
İspanya^e	24.2	22.9	21.9	20.6	18.8
İngiltere^f	9.3	8.3	8.0	6.8	6.3
Türkiye^d	8.1	7.2	6.0	6.4	6.3

a. 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus

b. 16 ve daha yukarı yaştaki nüfus

c. 15-74 yaş arasındaki nüfus

d. 12 ve daha yukarı yaştaki nüfus

e. 14 ve daha yukarı yaştaki nüfus

f. 18 ve daha yukarı yaştaki nüfus

Buna ek olarak HİA verilerine göre işsizlik son yıllarda azalma eğilimindedir. Bununla beraber Türkiye’de işsizliğin sağlıklı bir değerlendirmesi, istihdam yapısı değerlendirilerek yapılabilir. Sanayileşmiş ülkelerde ve Türkiye’de istihdamın sektörel dağılımı Tablo 3 de gösterilmiştir. Sanayileşmiş ülkelerde hizmet sektörü ön plana çıkarken sanayi ve tarım gerilemektedir. Çoğu sanayileşmiş ülkede tarım sektörünün ağırlığı % 5 i aşmamaktadır. Türkiye’de tarım sektörü hesaplamalara alındığında % 5-6 düzeylerinde bulunan toplam işsizlik oranı, tarım dışı sektörler için % 10 gibi yüksek düzeylere ulaşmaktadır. Ücretsiz aile çalışmasının egemen olduğu tarım kesiminde işsizlik tanım gereği sifıra yakındır. Bu nedenle Türkiye’de işsizliğin incelenmesinde işgücüne katılım ve eksik istihdamın değerlendirilmesi önemlidir.

Tablo 3: Bazı sanayileşmiş ülkelerde ve Türkiye’de istihdamın sektörlere göre dağılımı (1999)

Ülke	Tarım	Sanayi	Hizmet
Kanada ^a	3.7	22.4	73.9
ABD ^b	2.7	23.6	73.7
Japonya ^a	5.3	32.0	62.7
Finlandiya ^c	6.4	27.7	66.9
Norveç ^c	4.7	23.4	71.9
Fransa ^a	4.4	25.1	70.5
İtalya ^e	6.5	32.0	61.5
İspanya ^e	8.0	30.4	61.6
İngiltere ^f	1.8	26.8	71.4
Türkiye ^d	43.0	22.7	34.3

- a. 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus
b. 16 ve daha yukarı yaştaki nüfus
c. 15-74 yaş arasındaki nüfus
d. 12 ve daha yukarı yaştaki nüfus
e. 14 ve daha yukarı yaştaki nüfus
f. 18 ve daha yukarı yaştaki nüfus

3.3.1.3. İşsizlik, işgücüne katılım ve eksik istihdam

Tablo 4 de Türkiye’de işsizlik, eksik istihdam ve işgücüne katılma oranlarının 1989 – 99 döneminde değişimi gösterilmiştir. Bu dönemde işsizlik oranları % 8.7 den % 7.3 e düşmüştür. İşsizlik oranlarındaki düşme ile birlikte eksik istihdam oranı yükselmekte ve işgücüne katılma oranı düşmektedir. Aynı dönemde işgücüne katılma oranı % 55.3 den % 48.7 ye gerilemiştir. Daha da önemlisi eksik istihdam oranı % 5.3 den % 6.9 a yükselmiştir.

Tablo 4. Türkiye’de işsizlik, eksik istihdam ve işgücüne katılma oranları

	12 ve daha yukarı yaştaki nüfus (bin)	İşgücü (bin)	İşsizlik oranı (%)	Eksik istihdam oranı (%)	İşgücüne katılma oranı (%)
1989	37,642	20,819	8.7	5.3	55.3
1990	39,009	20,529	8.9	5.7	52.6
1991	40,156	21,637	7.5	7.1	53.9
1992	41,253	21,303	8.1	8.1	51.6
1993	42,356	21,310	7.5	6.5	50.3
1994	43,517	22,179	8.4	7.6	51.0
1995	44,537	22,446	7.2	7.0	50.4
1996	45,605	22,808	6.3	6.3	50.0
1997	46,565	22,537	5.9	5.1	48.4
1998	47,707	22,681	6.4	6.0	47.5
1999	48,839	23,779	7.3	6.9	48.7

Türkiye’de işgücüne katılma oranı son on yıldır düşme eğilimindedir ve genel olarak bakıldığında işgücüne katılım oranı OECD ülkelerinin çok altındadır. Türkiye’de 15 yaş ve üstü erkeklerde işgücüne katılım oranı OECD ülkelerine yakınken, kadınların işgücüne katılma oranı OECD ülkelerinin yaklaşık yarısıdır⁴⁶. Kırsalda bu işgücünün tarımda çalıştığı düşünülürse, kadınların çalışma yaşamına katılması açısından Türkiye’nin sorunlu olduğu söylenebilir.

İşgücüne katılmaya etki eden diğer bir etmen de ülkenin temel öğretim süresidir. Türkiye 5 yıllık temel öğrenim süresini 8 yıla çıkartmıştır. Öğrenim süresinin artırılmasının kısa dönemdeki etkisi işgücüne katılımın düşmesine neden olurken, uzun dönemde işgücüne katılımın artması beklenir. Bu nedenle işsizlik hızlarının önümüzdeki yıllarda artması beklenmelidir.

Özetle Türkiye’de işsizlik değerlendirmesinde işgücüne katılım ve eksik istihdam önemli sorun alanlarıdır. Bu üç değişken için yerleşim yeri, cins ve yaş açısından belirgin farklar vardır.

Sanayileşmiş ülkelerde işsizlik ve ücret politikaları arasında ilişki vardır. Katı ücret politikalarının uygulandığı ülkelerde işsizlik oranları daha yüksektir. ABD ve İngiltere’de beklenenden daha düşük işsizlik oranlarının, daha fazla eşitsizlik ile sağlanabildiği yaygın bir kanıdır⁴³. Fransa’da asgari ücret, ortalama ücretin % 65 i kadardır, bu oran ABD için % 15 dir.

Türkiye’de ise durum biraz daha farklıdır. Sanayileşmiş ülkelerde işsizlik nedeni sorgulandığında katı ücret politikaları ön plana çıkar. Türkiye’de çalışılacak işin olmaması önceliklidir. Asgari ücret politikaları uygulayan ülkelerde işveren yeni işçi almamaya çalışmaktadır. Ancak Türkiye’de asgari ücret uygulanmasına rağmen, gerek asgari ücretlerin düşüklüğü gerekse kayıt dışı çalışmanın yaygın olması asgari ücretin işsizlik üzerine etkisini azaltmaktadır.

Genel olarak işsizlikteki dalgalanmalardan, el emeği ile çalışanlar daha fazla etkilenmektedir. Batı toplumlarında işsizlerin 3/4 ü el emeği ile çalışanlardan oluşmaktadır. İşsizliğin azaltılmasına yönelik geliştirilen ücret politikaları; örneğin asgari ücretin kaldırılması ya da esnek üretim ve yarı zamanlı işlerin özendirilmesi yoksulluğun artışı yönünde etki edecektir. Avrupa Birliği ülkelerindeki işsizlik ve yoksulluk oranlarının değerlendirilmesi, bu konuda bilgi vermektedir (Tablo 5) . Finlandiya oldukça tipik bir örnektir. Finlandiya’da işsizlik oranı Avrupa Birliği ortalamasının iki katından fazladır. Ancak yoksulluk ele alındığında hem işsizler içindeki yoksul oranı, hem de tüm yoksulların toplum içindeki oranı Avrupa Birliği ortalamasının 1/3 ü kadardır. Bu örneğin tersine İngiltere’de işsizlik oranları oldukça düşük olmasına rağmen yoksulluk oranı % 20 ve yoksulların içindeki işsiz oranı % 40

gibi yüksek oranlardadır. Bu nedenle birincil olarak işsizliğin değil iyilik durumunun değerlendirilmesi daha akılcı bir yaklaşım olacaktır. İşsizlik sorununun çözümünde iş güvencesinin kaldırılması, ücretlerin düşürülmesi gibi yaklaşımlar toplumsal iyilik durumuna olumsuz etki edecektir⁴⁵.

Tablo 5: Avrupa ülkelerinde yoksulluk ve işsizlik (1994)

	İşsizlik	Yoksulluk	Yoksul işsizler
	(%)	(%)	(%)
Belçika	4.4	12.6	23.5
Finlandiya	15.3	4.6	9.3
Fransa	7.9	13.1	26.9
Almanya	3.9	10.9	23.4
Yunanistan	8.6	21.8	22.7
İtalya	7.2	17.9	40.9
İspanya	12.0	19.1	30.9
İsveç	6.6	5.5	10.1
İngiltere	6.2	20.6	41.1
Norveç	4.8	5.0	10.2
Avrupa Birliği	6.7	15.3	29.4

3.3.1.4. İşsizliğin sağlık sonuçları

Gelişmekte olan ülkelerde tarım işkolunun mekanize olması ve sanayileşme, sanayileşmiş ülkelerde ise bilgisayar teknolojisinin daha yaygın kullanılmaya başlaması ile işsizlik tüm dünya ülkelerinin sorunu olmaya devam edecektir. Ekonomik düzensizlik bazı ülkelerde açık işsizlik olarak, bazılarında ise hızlı işçi değişimi ve göç ile kendini göstermektedir. Avrupa ülkelerinde işsizlik yeni işgücüne katılan gençler, yaşlılar, kadınlar, göçmen işçiler ve eğitimsizler gibi daha zayıf gruplar üzerinde etkili olmaktadır.

Süregen yoksulluk ile kötü sağlık arasındaki bağlantı Louis Rene Villerme (1782-1863) ve Edwin Chadwick (1800-1890) zamanlarından beri bilinmektedir. Chadwick 1842 yılında hazırladığı raporunda hastalıkların temel sorununun yoksulluk ve yoksulluğun önemli nedenlerinden birisinin hastalık olduğunu bildirmiştir. "Ekonomik

yoksunluğun sağlık üzerine etkisi var mıdır? Daha özel olarak işsizlik fizik ve mental iyilik durumuna etki etmekte midir?" gibi sorular temel sorulardır. Bu soruların yanıtları akademik bir ilgi alanının ötesindedir. Günümüzde bir çok batı ülkesi 1960 lı yıllarda hayal bile edemeyecekleri % 10 dolayında kalıcı bir işsizlik olgusu ile karşı karşıyadır. Bu bağlamda yukarıda özetlenmeye çalışılan ekonomik ve sosyal değerlendirmelerin önümüzdeki yıllarda giderek daha fazla tartışılması kaçınılmazdır. Bu nedenlerle işsizlik ile sağlık arasındaki karmaşık ilişkinin incelenmesi önemlidir⁵⁰.

İşsizlik ve sağlık ilişkisinin incelendiği çalışmalar birkaç başlık altında toplanabilir:

1. Ekolojik çalışmalar
2. Mortalite, morbidite çalışmaları
3. Fabrika kapanmalarının ardından yapılan çalışmalar
4. Mental sağlık ile ilgili çalışmalar
5. Duyarlı gruplarla yapılan çalışmalar ve diğer sağlık etkileri

3.3.1.4.1. Ekolojik çalışmalar

1930 lu yıllarda işsizlik yüksek düzeydeydi ve bu yıllara ait sosyolojik ve tıbbi çalışmalarda işsizliğin mental ve fiziksel sağlığı olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir⁵¹. Savaş sonrası refah döneminde kısmen gündemden düşen işsizlik tartışmaları 1970 li yıllarda başlayan ve 80 li yıllarda hızla artış gösteren işsizlik hızları ile tekrar gündeme gelmiş ve çok sayıda araştırmaya konu olmuştur. Yoksulluk, işsizlik ve diğer sosyoekonomik eşitsizlikler, ayrımcılık, duyarlılık (risk) ve kronik hastalıklar arasında kısır döngü vardır⁵².

İşsizlik ve sağlık ilişkisinin incelendiği ilk çalışmalar zaman serisi araştırmalarıdır. Bu çalışmalarda işsizliğin morbidite ve mortalite hızlarına etkileri, fiziksel ve mental sağlık sonuçları, kadın, çocuk ve gençlere etkileri irdelenmektedir.

İşsizlik ve sağlık arasındaki ilişkinin incelenmesi M. Harvey Brenner'in çelişkili fakat yol açıcı çalışmaları ile başlamıştır. Brenner gelir, enflasyon, işsizlik, yaş, cinsiyet gibi değişkenlerle kardiyovasküler sistem hastalıkları, mental hastalıklar, intihar gibi

hastalıkların ilişkisini inceledi. Çalışmalar işsizliğe karşı oluşan yanıtların, iş yitiminin ardından değişen bir zaman diliminde gözlenmesi temeline dayanıyordu.

Brenner'in oluşturduğu modelin dört temel dayanağı vardı:

1. Kişi başına düşen ulusal gelir ile ölçülen ekonomik gelişme dönemlerinde mortalite düşmektedir.
2. İşsizlikle ölçülen ekonomik gerileme dönemlerinde, mortalite artmaktadır.
3. Hızlı ekonomik ilerleme göstergeleri ile mortalite arasındaki birliktelik zayıftır.
4. Devletin sosyal harcamalara ayırdığı payın artışı ile çocuk ve bebek ölümleri azalmaktadır.

Brenner'e göre çalışmaların sonuçları açıktır: Sağlık ve işsizlik arasında güçlü bir ilişki vardır. Brenner'e göre ABD'de 1940-1973 yılları arasında, tüm yaş gruplarında işsizlik ve kardiyovasküler hastalıklardan ölümler arasında anlamlı ilişki vardı; 45 yaş üstünde karaciğer sirozundan ölümler anlamlı olarak artmıştı. Benzer olarak intihar ve akıl hastalıkları polikliniklerine başvurular ve işsizlik arasında anlamlı ilişki vardı. İsveç'te 1950-1980 döneminde kardiyovasküler hastalıklar ve serebrovasküler hastalıklardan ölümler işsizliği izleyen kısa ve uzun dönemde artmıştı. İngiltere ve Galler'de 1936 – 1976 döneminde tüm nedenlerden ölümlerle işsizlik arasında pozitif ilişki vardı. İntihar işsizliği izleyen ilk yıl içinde artıyordu, kalp hastalıklarından ölümler ise 2-3 yıl içinde artmaya başlayıp 10 -15 yıl devam ediyordu⁵³.

Brenner'in makro düzey çalışmaları sağlığın bozulması ve işsizliğin birlikte görüldüğünü gösterdi. Ancak bu birliktelik nedensel bir ilişkiyi göstermemektedir. Özgün bir ilişkinin varlığı tartışmalıdır. Daha açık bir söyleyişle makro düzeyde yapılan çalışmalarda işsizlik ile morbidite ve mortalite arasında ilişki bulunması, işsiz kalan birisinin hastalanacağı ya da öleceği anlamına gelmemektedir. Brenner'in çalışmaları yöntem ve istatistik analizlerinin eleştirisi dışında da tartışılmıştır. Joseph Eyer'e göre "ABD'de izlenen mortalite ve morbidite hızlarındaki artışlar ekonomik çöküşlerin geç dönem etkilerinden çok ekonomik patlamalardan kaynaklanır. Artan zenginlik ve kapital birikimi ölüme neden olur. Hastalık nedeni olarak bilinen stres, işsizliğin değil kapitalist zenginliğin sonucu olarak ortaya çıkar". Sınıf çatışmasındaki dönemsel değişimler, mortalite ve morbidite hızlarındaki dalgalanmaları daha iyi

açıklar. Ekonomik gerileme dönemlerinde sınıf çatışması belirginleşir ve çalışanlar birlikte hareket etmeye başlar. Dayanışma dönemlerinde ölüm ve hastalanma hızları düşer. Bunun tersine, ekonomik durgunluk dönemi aşıldıca, çalışanların fazla çalışması, iş göçleri ve boşanmalar artarken ölüm hızları da artar. Bu görüşe göre ölüm hızları ekonomik çalkantıların azaltılması ya da refah düzeyinin iyileştirilmesi ile azalmayacaktır. Eyer'e göre sosyal hiyerarşi ve kapital birikiminin sona erdirmeye politikaları etkili olacaktır. Eyer, kapitalist sistemin iyi çalıştığı durumlarda (tam istihdam) sorunlu olduğunu reddeden geleneksel ekonomist görüşüne karşı çıkmaktadır^{54,55}.

3.3.1.4.2. Mortalite ve morbidite çalışmaları

Mortalite hızları ile yapılan çalışmalar işsizlik ve sağlık araştırmalarına önemli katkılar sağladı. McAvinchey'in İskoçya'da yaptığı 28 yılı kapsayan bir dönemde kadınlarda 65, erkeklerde 45 yaşa kadar işsizliğin mortaliteyi azalttığı bildirildi. Bu bulgu ile çelişkili olarak Moser ve ark. çalışmasında İngiltere ve Galler'de 1971-81 yılları arasında, iş arayan erkeklerin mortalite hızlarının artmış olduğunu bildirdi. İş arayan erkeklerin standardize mortalite oranları (SMR) 136 olarak bildirildi. SMR sosyal sınıflara göre düzeltilindiğinde 121'e gerilemekle birlikte yüksekti⁵⁶. İngiltere'de yapılan prospektif kohort çalışmasında (British Regional Heart Study) 6191 erkeğin 5 yıllık izlemi sonucunda, sosyal sınıf ve bireysel alışkanlıklar kontrol edildiğinde dahi işsizlik deneyimi olanların yaklaşık iki kat daha fazla öldükleri bildirildi⁵⁷. Whitehall II çalışmasında Ferrie ve ark. iş güvencesinin yitilmesi ile sağlığın olumsuz yönde etkilendiğini bildirdi^{58,59}. Avustralya'da yapılan bir olgu kontrol çalışmasında gençlerde mortalite ve işsizlik deneyimi arasında bir ilişki bulunmamıştır⁶⁰.

Birçok kişi için ölüm öncesi dönem hastalıkla geçmektedir. Bu nedenle iş yitiminden sonra mortalite hızlarındaki artıştan önce fiziksel hastalıklarda artış olması beklenir. Bulgular bölük pörçük olmakla birlikte bu varsayımı doğrular niteliktedir. Bir kaç çalışmada işsiz kalanlarda işsizlik öncesinde ciddi bir sağlık sorunu olmadığı bildirildi. Bu bulgu işsizlik ve sağlık ilişkisinin yönü konusunda açıklık getirmektedir; sağlıklı olanların işsiz kalmasından çok, işsizlik sağlığı bozmaktadır. Diğer bir grup çalışmada iş yitiminden sonra serum ürik asit, kolesterol, norepinefrin ve kan basıncında artış olduğu ve işe tekrar dönüş ile bu düzeylerin de normale döndüğü gösterildi. Başka bir

grup çalışma ile sağlığın kötü olarak bildirilmesi, fiziksel belirtiler, tıbbi bakım gereksinimi işsizlerde daha fazla gözlemlendi⁵¹.

Bu çalışmalardan daha önemlisi işsizlerde çalışan gruplara göre doktorun tanı koyduğu bazı hastalıkların insidanslarında artış görülmesidir. Danimarka'da yapılan çalışmada işsizlerin cerrahi ve dahili bilimlere çalışanlardan daha fazla başvuru yaptıkları gösterildi. 1981 Yılında yapılan Kanada Sağlık Taraması çalışmasında işsizlerin çalışanlardan daha fazla kardiyovasküler sistem hastalıkları (KVH) tanısı aldıkları gösterildi. İngiltere Bölgesel Kalp Çalışmasında 1978-80 döneminde işini kaybeden erkeklerde iskemik kalp hastalığı, bronşit, kronik obstrüktif akciğer hastalığı hızları daha yüksek bulundu.

Bu bulgular nedeniyle en azından erkeklerde işsizliğin fiziksel sağlığı ve özellikle KVH yönünden kötü etkilediği genel olarak kabul görmektedir⁵⁰.

3.3.1.4.3. Fabrika kapanmalarının ardından yapılan çalışmalar

İşsizlik ve sağlık ilişkisinin incelenmesinde fabrika kapanmasının ardından yapılan çalışmalar bireysel (mikro) düzeyde bilgi vermektedir. İşine son verilen çalışanlar işsiz kalmadan önce sağlıklı kabul edilebilir ve sağlık durumundaki değişim kolaylıkla izlenebilir. Danimarka'da gemi tersanesinde yapılan çalışmada 1816 çalışan ileriye yönelik olarak izlenmiş ve işsiz kalanlarda daha fazla göğüs ağrısı yakınması, hipertansiyon gözlenmiştir. Kaza ve kas iskelet hastalıkları nedeniyle hastaneye başvurularda azalma olmasına rağmen KVH nedeniyle başvuruların arttığı gösterildi⁵⁰. Norveç'te bir konserve fabrikasının kapanmasını izleyen 10 yılda toplam yeti yitimi kontrol grubundan 3 kat fazla saptandı⁶¹. Kanada'da işine son verilen 183 işçi 16 ay izlendi ve kendini iyi hissetme ve yaşamdan zevk almanın orta derecede ve negatif yönde etkilendiği bildirildi. Kanada'da yapılan diğer bir çalışmada 310 mavi yakalı çalışan ve eşlerinde bezer sonuçlar elde edildi⁵⁰. Sağlık durumunda bozulma ile işsiz kalma arasındaki ilişkinin incelendiği bu tür çalışmalar görece olarak kısa süreleri ve az sayıda kişiyi kapsamaları nedeniyle kontrol grupları ile karşılaştırmalar sağlıklı olmamaktadır. Ancak bu çalışmalardan elde edilen bulgular birbirlerine yakındır. Fabrika kapanmasının ardından işsiz kalma sonucunda fiziksel ve özellikle mental sağlık bozulmaktadır.

3.3.1.4.4. Mental Sağlık

Ekonomik durumun mental sağlık üzerine etkilerinin incelenmesinin 1800 lü yıllara uzanan bir geçmişi vardır⁶². 1900 lü yıllarda ardarda gelen ekonomik bunalım dönemleri, mental sağlık ve ekonomik durum konusunda çok sayıda çalışmaya konu olmuştur. İşsizlik ve mental sağlık ilişkisinin incelendiği çalışmalarda üç temel yaklaşım (gösterge) öne çıkmaktadır: Bildirilen bulguların incelenmesi, kliniğe ya da hekime başvurular ve intiharlar.

İngiltere ve Galler'de işsizlik sonrasında psikiyatri kliniklerine başvuruda zaman özeliği yokken ABD'de 1-6 ay geçtikten sonra artışlar saptandığı bildirilmiştir⁵⁰. Finlandiya'da yapılan bir çalışmada işsizlerin çalışanlara göre anlamlı düzeyde fazla intihar etme eğiliminde olduğu saptandı⁶³. İsveç'te 37,789 kişide yapılan ileriye yönelik çalışmada işsizliğin intihar riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada bildirilen sağlığın intihar ile ilişkili olduğu bildirilmiştir⁶⁴. İtalya'da yapılan çalışmalarda benzer olarak işsizlik ile intihar riskinin arttığı gösterilmiştir^{65,66}. Bu çalışmalar psikiyatrik morbidite ile işsizlik arasında ilişki olduğunu doğrular niteliktedir. Uluslararası düzeyde elde edilen sonuçlardaki farklılıkların, ulusal sağlık sisteminin bulunması ile ilintili olabileceği görüşü kabul görmektedir. İncelenen ülkedeki sağlık sistemi, psikiyatrik hastaların hastaneye başvurularını etkilemektedir.

Yukarıda sözü edilen çalışmaların çoğunluğu geleneksel olarak işyerlerindeki erkek dominansını yansıtmakta ve erkeklere odaklanmaktadır. İşsizliğin kadınlar üzerine etkilerinin incelendiği çalışmalar da vardır. Massachusetts'de yapılan bir çalışmada çalışan kadınların işsizlere göre daha az sağlık sorunu algıladıkları bildirildi. Erkeklerde yapılan çalışmalardan farklı olarak, kadınlarda hastalanmanın iş kaybına neden olduğuna dair bulgular saptandı. Bu sonuç erkeklerin tazminat konusunda daha iyi durumda olduklarını ya da hasta olmalarına rağmen işe dönmeye zorlandıklarını gösterebilir. ABD'de ulusal düzeyde 20,764 kadında yapılan bir çalışmada çalışan kadınların bildirim dayalı sağlıklarının işsiz olanlara göre daha iyi olduğu bildirildi. Bu fark özellikle son zamanlarda işsiz kalanlarda belirgindi. İsveç'te işsizler için önemli sosyal destek bulunmasına ve ekonomik kaygıların az olmasına rağmen, işsiz kadınların çalışan kadınlara göre özellikle psikolojik açıdan daha kötü durumda oldukları saptandı⁶⁷.

3.3.1.4.5. İşsizliğin diğer etkileri

Ailede işsiz bireylerin bulunmasının aile bireylerinin sağlıkları üzerine etkileri olduğu bildirilmektedir. Kanada'da yapılan bir çalışmada işsiz erkeklerin eşlerine şiddet uyguladıkları bildirildi. Glasgow'da 655 doğum, sosyal sınıfa göre kontrol edildikten sonra işsiz erkeklerin bulunduğu ailelerde % 4.5 oranında daha düşük doğum ağırlıklı bebek olduğu bildirildi (bu oran kadının gebelikte sigara içmesi ile benzerdir)⁵⁰.

İsveç'te 1,083 lise son sınıf öğrencisinde yapılan çalışmada, 2 yıllık süre içinde iş bulamayanlar, iş bulanlara göre artan psikosomatik hastalıklar, azalan sosyal aktivite, artan ilaç ve madde kullanımı oranları gösterdiler⁶⁸.

İşsizlik ve sağlık ilişkisinin irdelendiği çalışmalar oldukça karmaşık ve kimi zaman da çelişkili sonuçlar sunmaktadır. Bulgulardaki bu değişiklik yalnızca araştırmalarda kullanılan yöntemle bağlı değildir. Sonuçlara çalışılan yaş grubu, cinsiyet, toplum özellikleri, incelenen bulgunun türü gibi çok sayıda değişken etki etmektedir. Ancak bazı genellemeler yapmak olanaklıdır. Öncelikle orta yaş erkekler, okulu yeni bitiren gençler, ebeveynlerinde işsiz olan çocuklar ve ekonomik olarak marjinaler en yüksek riskli grupları oluşturmaktadır. İkinci olarak, iş yitimi ile ilişkili olduğu bildirilen sağlık sorunlarının çoğu stres kaynaklıdır; anksiyete, depresyon, intihar, iskemik kalp hastalıkları, hipertansiyon ve solunum sistemi hastalıkları üzerinde anlaşmaya varılmış hastalık gruplarıdır.

"İşsizlik ile sağlık arasındaki bu ilişkinin etiyolojik kökeninde ne vardır?" sorusunu yanıtlamaktan şu anda uzağız. Mikro düzeyde işsizlik ve sağlık ilişkisinde etiyolojik nedenlerin incelendiği çalışmalar son derece sınırlıdır.

Hiyerarşi (ekonomik güç, politik otorite, sosyal durum) kavramı sağlık ve işsizlik tartışmasında öğreticidir. Gelir düzeyinin düşük olması ya da işsizlikle tanımlanan kimlik kapitalist toplumlarda hiyerarşik yapının en alt basamağını oluşturur. En alt tabakadan başlayarak artan bir duyarlılık söz konusudur. Hiyerarşi ile ilgili çalışmalar hiyerarşinin olmadığı ya da görece olarak daha az olduğu sosyalist, gelişkin

demokrat ve sol eğilimli hükümetlerin uzun süre iktidar olduğu ülkelerde bireylerin fiziksel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu sonuçları ile uyumludur.

İşsizlik deneyiminin nerede yaşandığı önemlidir. İsveç, İngiltere ve Kanada gibi ulusal sağlık hizmetlerinin olduğu ülkeler ile ABD gibi sağlık hizmetlerinin kişisel olarak karşılandığı sistemlerde farklı sonuçlar doğurmaktadır. Benzer olarak işsizlik sigortası ya da sosyal destek programlarının iyi işlediği ülkelerde bireylerde belirgin bir gelecek kaygısı olmayacağından işsizliğin etkisi değişken olacaktır⁶⁹. Sonuç olarak evrensel bir işsizlik – sağlık bağlantısından çok ülke düzeyinde işsizlik – sağlık ilişkisinden söz etmek olanaklıdır.



Sağlamlar çürüklerden ayrılıyor. Beş kişiden biri sağlam çıkmayacaktır. Sağlam çıkanlar ise yeni bir hayata başlayacaklardır. Bir takım aygıtlar vücutlarının içinde görünmeyen bir şeyleri muayene etmektedir. Aralarında bu fırsatı ele geçirmek için sekiz yıl beklemiş olanlar vardır.

Adamın biri kafasında var olduğundan korktuğu bir hastalığı ortaya çıkaracak bir makine olup olmadığını soruyor ona; okuma – yazma bilmemektir bu hastalık.

**John Berger
Yedinci Adam**

4. YÖNTEM

4.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ: Kesitsel, analitik

4.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEK SEÇİMİ: Bir kağıt fabrikasında çalışanların tümü (151 kişi) ve İş ve İşçi Bulma Kurumu'na (İİBK) 3-7 Nisan 2000 tarihleri arasında kuruma yeni başvuranların tümü (224 kişi) çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Örnek seçilmemiştir, evrenin tamamına ulaşılması planlanmıştır.

Çalışan gruptan 2 kişiye çalışmanın yapıldığı dönemde izinli olduklarından, 1 kişiye raporlu olduğundan ulaşılamadı. 2 kişi stajyer olarak çalıştıkları ve 2 kişi anketi eksik doldurdukları için çalışmadan çıkartıldı.

İBK na başvuran 224 kişiden 17 kişi çalışmaya katılmak istemediğini bildirdiği için ve 6 kişi anketi eksik doldurduğundan araştırma kapsamına alınmadı. Sonuç olarak çalışanlarda toplam 144 (%95.4) ve işsizlerde 201 (%89.7) kişi için SF 36 sekiz sağlık boyutu değerleri hesaplandı. Özet ölçek değerleri, verileri yaşam kalitesi anketini tam dolduran 185 (%82.6) işsiz, 136 (%90.1) çalışan için hesaplandı.

4.3. DEĞİŞKENLER

4.3.1. Bağımlı değişken

Yaşam kalitesi düzeyi

4.3.2. Bağımsız değişkenler

1. Sosyodemografik ve ekonomik özellikler

Yaş

Cins

Öğrenim durumu

Evlilik durumu

Çocuk sayısı

Mesleği

Eve giren aylık geliri

Geçim durumu ile ilgili görüşü

Mesleksel sınıfı

2. Alışkanlıklar

Sigara kullanma

Alkol kullanma

Spor yapma

3. Çalışma yaşamı ile ilgili değişkenler

İş durumu

İşsizlerin

İş arama süresi

Son iki yılda işsiz kalma süresi

İş deneyimi

Son olarak yaptığı işin niteliği

Son iki yılda kaç kez iş değişikliği yaptığı

Sosyal güvence durumu

Çalışanların

Çalışmanın yapıldığı işyerinde toplam çalışma yılı

Çalıştığı işyerindeki konumu

Vardiya, gece ve fazla çalışma yapma durumu

İş kontrolü

İş güvencesi ile ilgili görüşü

İş arama durumu

İş hoşnutluğu

Çalıştığı işten elde ettiği geliri

İşyerindeki sosyal destek

4.4. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

1. Çalışanlar:

a. Üretim hattında çalışanlar her vardiya öncesinde yemekhanede toplandı:

Çalışmanın amacı ve SF 36 anket formu tanıtıldı. SF 36 anketlerini kendileri

- doldurdu (Ek 2). Bu anketi bitirenlerle sosyodemografik ve çalışma koşullarının sorulduğu ikinci bir anket yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı (Ek 3).
- b. Büro çalışanlarına SF 36 anketi tanıtıldıktan sonra dağıtıldı ve doldurmaları istendi. Bitirenlerle sosyodemografik ve çalışma koşullarının sorulduğu ikinci bir anket yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı (Ek 3).

2. İşsizler

İİBK'na başvurarak kaydını yaptıran bireyler başvuru işlemleri bittikten sonra kurumun içinde ayrı bir bölüme davet edildi ve çalışma tanıtıldı. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerden SF 36 yaşam kalitesi anketini doldurmaları istendi. Bu anketi tamamlayanlarla sosyodemografik ve iş yaşamı öyküsünün sorulduğu ikinci anket yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu (Ek 4).

4.5. DEĞİŞKENLERİN TANIM VE ÖLÇÜTLERİ

Bu çalışmada adı geçen bazı kavramların tanımları:

İşsiz: İİBK'na başvurduğu sırada herhangi bir işte çalışmadığını söyleyenler (İİBK için Ek 5). Çalışmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışanlar araştırmaya alınmamıştır. Ancak herhangi bir süredir işi olmayanlar işsiz olarak kabul edilmiştir.

Çalışan: Kemalpaşa Sanayi Bölgesi'nde bulunan bir fabrikada tam zamanlı ve ücretli olarak çalışanlar. Stajer öğrenciler çalışma dışında bırakılmıştır.

4.5.1. Bağımlı değişkenin değerlendirilmesi

Çalışmada yaşam kalitesi SF 36 anketi kullanılarak değerlendirildi. Uluslararası literatürde bilinen ismi SF 36 olduğu için ismi değiştirilmeden (Türkçe'ye çevrilmeden) kullanıldı.

SF 36 anketi (Short form 36: Kısa Form 36) yaşam kalitesini 35 soruda, sağlıkla ilişkili sekiz ayrı kavram (boyut) altında değerlendirir. Ayrıca bir soru ile sağlığın bir önceki yıla göre nasıl değiştiği değerlendirilir. Bu çalışmada yaşam kalitesi göstergesi olarak

sekiz alt bileşenden yola çıkılarak hesaplanan fiziksel ve mental sağlık özet değerleri kullanıldı. SF 36'dan elde edilen sekiz sağlık boyutu için elde edilen değerler ekler bölümünde özetlenmiştir (Ek 6). Sekiz SF 36'da sorulardan alt bileşenlerin ve özet değerlerin elde edilmesi Şekil 3 de gösterildi.

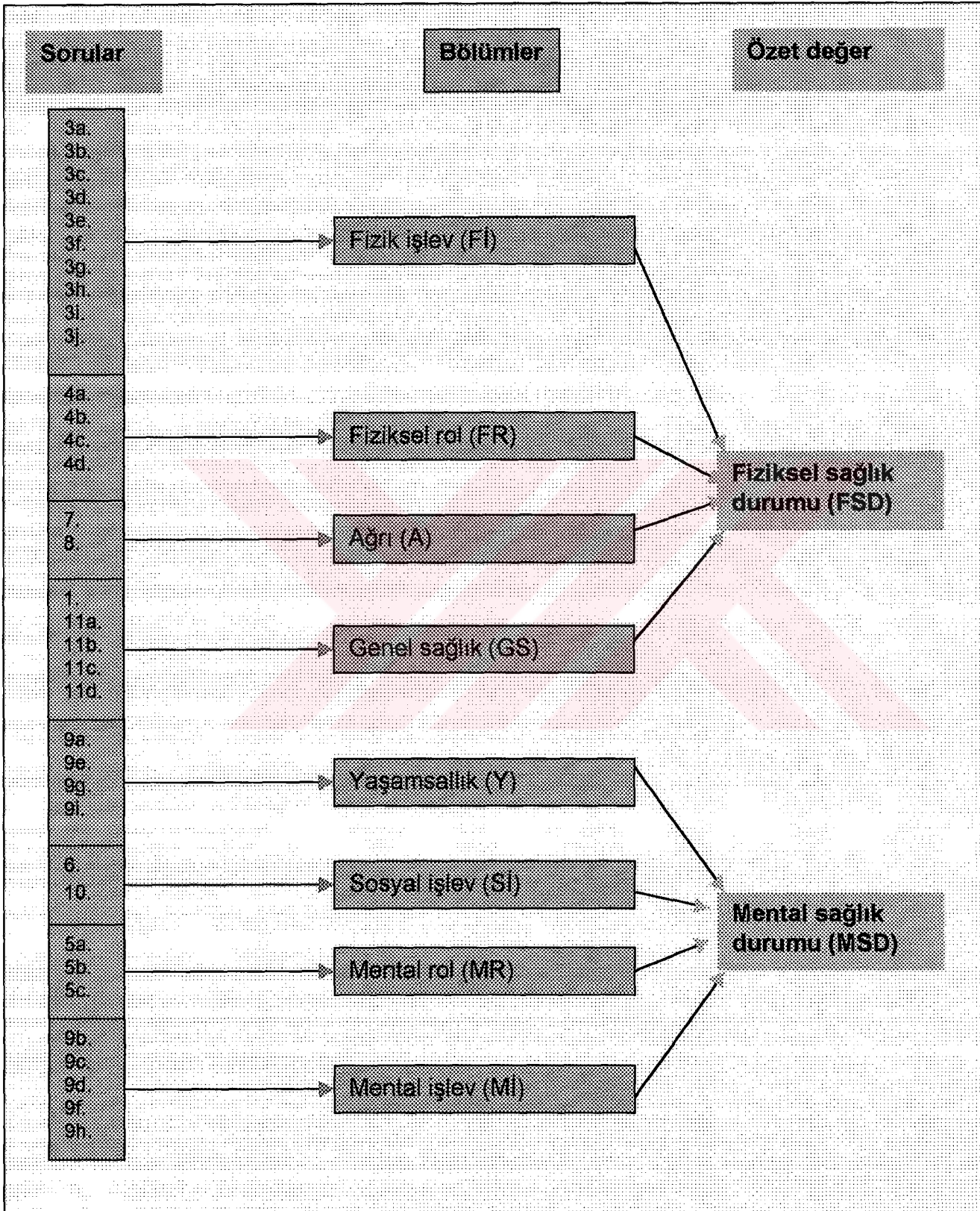
Özet değerlerin hesaplanması üç basamakta yapılmaktadır.

1. Sekiz sağlık boyutunun hesaplanması.
2. Sağlık boyutu değerlerinin Z skor standardizasyonu.
3. Sağlık boyutlarının ağırlıklı toplamları ile fiziksel ve mental sağlık özet değerlerinin elde edilmesi. (Özet değerlerin hesaplanma yöntemi Ek 7'de gösterilmiştir)

Bu üç basamakta yapılan işlemlerin SPSS 8.0 için syntax yazılımı hazırlandı değerlerin elde edilmesi bilgisayarda yapıldı.

Fiziksel sağlık durumu (FSD) özet değerinin elde edilmesinde fizik işlev (physical functioning), fizik rol (role-physical) ve ağrı (bodily pain) ağırlıklı iken, mental sağlık durumu (MSD) özet değerinin elde edilmesinde mental rol (role-emotional) ve mental işlev (mental functioning) ağırlıklıdır. Genel sağlık algısı (general health), yaşamsallık (vitalite) ve sosyal işlev (social functioning) her iki özet değere benzer oranda katkı sağlamaktadır.

Şekil 3. SF 36 soruları, sağlık bileşenleri (bölümler) ve özet değerler



Değerlendirmede 2 soru dışında likert tipi ölçek kullanılmaktadır. Dördüncü ve beşinci sorular evet/hayır olarak yanıtlanmaktadır. Elde edilen değer sıfır ile yüz arasında değişen sürekli değişken olarak ifade edilmiştir. Sıfır kötü sağlığı, 100 iyilik durumunu göstermektedir. Aşağıda SF 36 alt bileşenlerinin ne anlama geldikleri özetlenmiştir.

SF 36 da yer alan sekiz sağlık kavramı

	Soru sayısı	Düşük puan	Yüksek puan
Fizik işlev (Fİ)	10	Yıkanma ya da giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri, sağlıkla ilgili bir kısıtlama olmaksızın yerine getirebilme
Fizik rol (FR)	4	Fiziksel sağlık nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Ağrı (A)	2	Çok şiddetli ve aşırı kısıtlayıcı ağrı	Ağrı ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Genel sağlık algısı (GS)	5	Sağlığın kötü olduğuna ve daha kötüye gideceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma
Yaşamsallık (Y)	4	Sürekli yorgun ve bitkin (worn out) hissetme	Her zaman yaşam dolu, canlı ve enerjik hissetme
Sosyal işlev (Sİ)	2	Fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeniyle normal sosyal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti	Normal sosyal etkinliklerin fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeniyle kesintiye uğramaksızın yürütülmesi
Mental rol (MR)	3	Duygusal sorunlar nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Duygusal sorunlar nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Mental işlev (Mİ)	5	Sürekli sinirlilik ve depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme

4.5.2. Bağımsız değişkenlerin değerlendirilmesi

a. Sosyodemografik ve ekonomik değişkenler

Yaş: Tek değişkenli analizlerde 29 yaş altı ve 29 yaş ve üzerinde olanlar olarak iki grupta ele alındı. Çok değişkenli analizlerde sürekli değişken olarak ele alındı.

Cins: Kadın ve erkek olarak değerlendirildi.

Öğrenim durumu: Öğrenim durumuna ilişkin veri okuma yazma bilmiyor, okur yazar, ilk, orta, lise, çırak okulu, meslek/ teknik lise, yüksekokul, üniversite bitirme durumuna göre gruplara ayrılarak toplandı.

Evlilik durumu: Evlilik durumu ile ilgili veri ankette evli, bekar, boşanmış, dul, eşinden ayrı yaşıyor alt başlıklarında gruplara ayrılarak toplandı. İstatistiksel değerlendirmede boşanmış, dul, eşinden ayrı yaşayan gruplar bekar olarak ele alındı.

Ekonomik durum: İki ayrı soru ile değerlendirildi

1. Geçim durumu ile ilgili görüşü: Bireylere gelir durumları açısından nasıl geçindikleri soruldu. Yanıtlar: Rahat geçiniyorum, idare ediyorum, sıkıntı çekiyorum ve çok zor durumdayım şeklinde düzenlendi. Analizlerde idare ediyorum diyen grup ve sıkıntı çekiyorum diyen grup birleştirildi.

2. Eve giren ortalama net gelir soruldu. Veri 49 milyondan az, 50-99 milyon, 100- 299 milyon, 300-499 milyon, 500-999 milyon, 1 milyar ve üzeri gruplarına ayrılarak toplandı.

Mesleksel sınıf: Açık uçlu soruldu. Mesleksel sınıflar aşağıdaki üç grupta değerlendirildi.

Beyaz yakalılar: Müdürler, yüksek öğrenim gerektiren (mühendislik gibi) işler, büro çalışanları

Beceri / eğitim gerektiren mavi yakalılar: Belirli bir eğitim gerektiren el emeği ile çalışanlar, formenler.

Beceri / eğitim gerektirmeyen mavi yakalılar: Nitelsiz el emeği işlerinde çalışanlar, bir meslek belirtmeyenler.

b. Alışkanlıklar:

Sigara kullanma durumu: Sigara kullanma durumuna göre kullanıyor ve kullanmıyor olarak sınıflandı. Sigara kullananlara günde kaç tane sigara içtikleri, bırakmış olanlara ise ne zaman bıraktıkları ve bırakmadan önce ne sürede ve günde kaç tane sigara içtikleri öğrenildi.

Alkol kullanımı: Hiç kullanmıyor, iki üç ayda bir (ya da yalnızca özel günlerde içenler), ayda bir iki kez ve haftada bir iki kez olmak üzere dört grupta toplandı. Değerlendirme aşamasında kullanmayanlar, nadir kullananlar (haftada iki den az) ve sık kullananlar (haftada ikiden çok) olarak üç grupta incelendi.

Spor yapma durumu: Üç gruba ayrılarak toplandı.

Düzenli spor yapanlar: haftada en az bir kez ve spor yapmak amacı ile aktivite gösterenler

Düzensiz spor yapanlar: spor yapmak amacı ile zaman buldukça aktivite gösterenler

Hiç spor yapmayanlar.

c. İşsizlik ile ilgili değişkenler:

Bu sorular yalnızca işsiz gruba soruldu.

İş arama süresi: İş aramaya kaç ay önce başladığı açık uçlu olarak soruldu.

Son iki yılda işsiz kalma süresi: Son iki yılda toplam işsiz geçirdiği aylar açık uçlu olarak soruldu. Askerlikte geçen süre işsiz olarak kabul edilmedi.

Son yaptığı işin niteliği: Düzenli geliri olan ve olmayan (götürü işler, seyyar satıcılık vb.) işler olarak değerlendirildi.

Son iki yılda kaç kez iş değişikliği yaptı: Niteliğe bakılmaksızın girip çıktığı işlerin sayısı açık uçlu olarak soruldu.

Sosyal güvence durumu: Sosyal güvence durumu SSK, Bağkur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart, Özel ve Diğer seçenekleri ile soruldu. Sosyal güvencesi olanlar ve olmayanlar olarak değerlendirildi.

d. Çalışma yaşamı ile ilgili değişkenler:

Çalışma yılı: Şu anda çalıştığı iş yerinde kaç aydır (yıldır) çalıştığı değerlendirildi.

İşyerindeki konumu: İşyeri kayıtlarından işçi listeleri alındı ve çalışanın işyerindeki konumu aşağıdaki gruplara göre değerlendirildi

Büro çalışanı: Üretim hattında çalışmayan, her tür büro işi gören kişiler.

Üretim hattı asil çalışanı: Şirketin kendi elemanı (taşeron ya da geçici işçi konumunda olmayanlar) olarak üretim hattında çalışanlar.

Geçici işçi: Geçici sözleşme ile çalışan kişiler.

Taşeron: İşyerinde bulunan iki taşeron şirketin çalışanları.

Denetleme durumu: İşlerini yaparken başka çalışanların yaptıklarından sorumlu olmaları, onlara yapacakları işleri söyleme yetkileri var/yok olarak değerlendirildi. Denetleme görevi olanlara kaç kişiden sorumlu oldukları soruldu.

Vardiya çalışması: Vardiya çalışması yapıyor / yapmıyor olarak toplandı ve değerlendirildi.

Gece çalışması: Gece çalışması yapıyor / yapmıyor olarak toplandı ve değerlendirildi.

Fazla çalışma yapma durumu: Fazla çalışma yapanlar ve yapmayanlar olarak değerlendirildi. Ayrıca fazla çalışma yapanların haftalık ortalama fazla çalışma saatleri açık uçlu olarak soruldu.

İş kontrolü: Çalışanların yaptıkları işte kontrollerinin değerlendirilmesi için işlerine kendi istekleri ile ara verip veremedikleri soruldu.

Çalışanların iş güvencesi ile ilgili görüşleri: İşten çıkartılmalarının kendilerine göre kolay ya da zor olduğunu değerlendirmeleri istendi.

İş arama durumu: “Şu anda iş arıyor musunuz” sorusuna verilen yanıt ile değerlendirildi. Yanıt evet ya da hayır olarak iki seçeneliydi.

İş hoşnutluğu: Yaptıkları işten hoşnut olma durumları üç başlık altında toplandı: Yaptığı işten hoşnut, hoşnut değil ya da kısmen hoşnut. Değerlendirmede kısmen hoşnut ve hoşnut olmayan gruplar birleştirildi.

Sosyal destek: Çalışanlardan işyerindeki sosyal destek programlarını yeterli ya da yetersiz olarak değerlendirmeleri istendi. Sosyal destek uygulamaları için maddi yardımlar, çalışanlara yönelik iş dışı eğitim ya da eğlencelerin değerlendirilmesi istendi.

4.6. İSTATİSTİK DEĞERLENDİRME

4.6.1. Tek değişkenli analizler

Veriler SPSS 8.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Elde edilen SF 36 özet değerleri sürekli değişken olarak değerlendirildi. Tek değişkenli analizlerde, bağımsız değişkenlerden ikili olanların incelenmesinde Mann-Whitney U test kullanıldı. İki'den fazla kategorili değişkenler için Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Nonparametrik testlerin seçilmesinin temel nedeni yaş, cins gibi temel bağımsız değişkenler için yaşam kalitesi değerlerinin normal dağılım göstermemesidir. Sonuçlar ortalama ve ortalamanın standart sapması (Ort. ± S) olarak sunuldu.

4.6.2. Çok değişkenli analizler

Çalışan ve işsizlerin yaşam kalitesi düzeylerini açıklamak için çoklu regresyon modelleri oluşturuldu. FSD ve MSD için oluşturulan modellere yaş, cins, evlilik durumu, iş durumu, alkol kullanma durumu, spor yapma durumu, öğrenim durumu, mesleki sınıf, geçim durumu değişkenleri alındı. Tek değişkenli analizlerde özet

yaşam kalitesi düzeylerini etkilediği gözlenen çocuk sahibi olma durumu, evlilik durumu ile yüksek korelasyon gösterdiği için modele yalnızca evlilik durumu değişkeni alındı. Benzer olarak eve giren aylık gelir ile geçim durumu hakkındaki görüşü değişkenlerinin korelasyonu yüksek olduğu için çoklu regresyon modelinde ekonomik gösterge olarak geçim durumu değişkeni kullanıldı.

İkiden fazla kategorisi olan değişkenler için yapay değişkenler oluşturuldu. Yapay değişkenler modele blok olarak alındı ya da çıkartıldı. Son modelin oluşturulmasında, ilk modelden yola çıkılarak p değeri en büyük değişkenlerin modelden çıkartılmasıyla geriye doğru eleme yöntemi kullanıldı⁷⁰.

Çok değişkenli analizlerin sonuçları kısmi korelasyon katsayıları (β) ve bunların standart hataları (S_β) olarak sunuldu. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklayabilme özelliği regresyon katsayıları t testi ile yapıldı ve sonuçları t ve p değerleri olarak gösterildi.

4.7. ZAMAN ÇİZELGESİ

Yıl	2000												2001					
Ay	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
Kaynak tarama																		
Planlanma																		
zinlerin alınması																		
Ön çalışma																		
Veri toplama																		
Değerlendirilme																		
Yazım																		
Dağıtım																		

5. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

1. Çalışma kesitseldir. Bu nedenle nedensel ilişki göstermesi açısından sınırlıdır.
2. Çalışmanın kaynak ve insan gücü açısından sınırlılıkları vardır. Bu nedenle çalışma toplum tabanlı olarak yapılamamıştır.
3. Çalışma İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvuran işsizlerde yapılmıştır. Bu kuruma başvuran işsizler Türkiye'de yaşayan işsizlerin kısıtlı bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu nedenle sonuçlar genellenemez.
4. Türkiye'de toplumsal (kurumsal) anlamda sosyal destek programları olmamasına rağmen ekonomik yoksunluk durumunda aile ve yakın dostluk ilişkileri bireylerin gerek ekonomik gerekse duygusal durumlarına etki edebilmektedir. Bu çalışmada işsizlerde bu türden sosyal destekler değerlendirilmemiştir.
5. Araştırma yalnızca bir fabrikada gerçekleştirilebilmiştir. Değişik iş kolları ve çalışan gruplarında farklı sonuçlar elde edilebileceği akılda tutulmalıdır.
6. Çalışmanın yapıldığı dönemde Türkiye'de sağlıklı bireylerde genel toplumu temsil eden örnek ile yapılmış SF 36 yaşam kalitesi çalışması bulunmadığından özet değerlerin standardizasyonunda ABD ortalamaları kullanılmıştır. Bu durum ileride yapılacak çalışmalarda Türkiye ortalamaları kullanılmış ise göz önüne alınması gerekmektedir.

Çalışma süresi konusunda da Villerme, ceza sömürgelerinde kürek mahkumlarının günde 6 saat, Antiller'deki kölelerin 9 saat, oysa 1789 Devrimi'ni gerçekleştirmiş ve o gösterişli İnsan Hakları'nı ilan etmiş olan Fransa'da, bir buçuk saat yemek molası ile birlikte, atölye işçilerinin günde 16 saat çalıştırıldıklarını saptıyor.

**Paul Lafargue
Tembellik Hakkı**

6. BULGULAR

Araştırma 144 ü çalışan, 201 i işsiz olmak üzere toplam 345 kişide gerçekleştirildi.

Elde edilen bulgular üç bölümde irdelendi;

1. Çalışanların ve işsizlerin tanımlayıcı özellikleri özetlendi.
2. Çalışanların ve işsizlerin SF 36 özet değerlerine etki eden etmenler değerlendirildi.
3. Çalışanların ve işsizlerin SF 36 özet değerleri karşılaştırıldı.

6.1. Araştırmaya Katılan Çalışanların ve İşsizlerin Tanımlayıcı Özellikleri

A. Çalışanların ve işsizlerin demografik, sosyoekonomik özellikleri ve bireysel alışkanlıkları

En genci 17 en yaşlısı 59 yaşında olan çalışma grubu toplam 345 kişidir ve yaş ortalaması 28.9 dur. Çalışan grupta yer alan 144 kişinin yaş ortalaması 31.8 iken, 201 kişiden oluşan işsizlerin yaş ortalaması 26.9 olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların % 83.5 i erkek, % 16.5 i kadınlardan oluşmaktadır (Tablo 6). Araştırma grubunun % 53.3 ü evli, % 46.7 si bekar, dul ya da boşanmıştır. Çalışanların % 66.0 sı evliyken, işsizlerin % 44.3 ü evlidir. Araştırma grubunun % 56.2 sinin çocuğu vardır. Çalışanlarda çocuğu olanların oranı % 58.3, işsizlerde % 33.3 dür.

Araştırmada yer alanların % 53.0 ü ortaokul ve altında öğrenim görmüştür. Çalışanların % 49.3 ünün, işsizlerin % 55.7 sinin öğrenimi ortaokul ve altındadır.

Tablo 6: Çalışanların ve işsizlerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

	Çalışan (n=144)		İşsiz (n=201)		Toplam (n=345)	
	Sayı	yüzde*	Sayı	yüzde*	Sayı	yüzde*
Yaş grupları						
≤24	28	19.4	77	38.3	105	30.4
25-34	63	43.8	107	53.2	170	49.3
35-44	43	29.9	14	7.0	57	16.5
≥45	10	6.9	3	1.5	13	3.8
Cins						
Kadın	18	12.5	39	19.4	57	16.5
Erkek	126	87.5	162	80.6	288	83.5
Öğrenim durumu						
Ortaokul ve altı	71	49.3	112	55.7	183	53.0
Lise	24	16.7	28	13.9	52	15.1
Teknik lise/çırak okulu	29	20.1	49	24.4	78	22.6
Yüksek	20	13.9	12	6.0	32	9.4
Evlilik durumu						
Evli	95	66.0	89	44.3	184	53.3
Bekar / dul / boşanmış	49	34.0	112	55.7	161	46.7
Çocuk durumu						
Yok	60	41.7	134	66.7	194	56.2
Var	84	58.3	67	33.3	151	43.8

* sütun yüzdesi

Araştırmaya katılanların % 64.3 ü (n=222) sigara kullanmaktadır. Çalışanlarda sigara kullananların oranı % 70.8 (n=102), işsizlerde % 59.7 (n=120) dir. Çalışmaya katılanların % 65.5 i (n=226) hiç alkol kullanmazken, % 34.5 u (n=56) alkol kullanmaktadır. Araştırma grubundaki bireylerin % 29.3 ü düzenli, % 35.9 u düzensiz olarak spor yaptıklarını belirtmiştir. Yaklaşık % 35 lik bir grup ise hiç spor yapmamaktadır.

Tablo 7 de çalışan ve işsizlerin mesleki sınıflarına göre dağılımları gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların % 59.1 i beceri gerektirmeyen mavi yakalı mesleklerdendir. Her iki grupta da beceri gerektirmeyen mavi yakalılar ağırlıktadır.

Tablo 7: Çalışanların ve işsizlerin mesleki sınıflarına göre dağılımları

Mesleki sınıfı	Çalışan (n=144)		İşsiz (n=201)		Toplam(n=345)	
	Sayı	yüzde*	Sayı	yüzde*	Sayı	yüzde*
Beyaz yaka	24	16.7	27	13.4	51	14.8
Beceri gerektiren mavi yaka	34	23.6	56	27.9	90	26.1
Beceri gerektirmeyen mavi yaka	86	59.7	118	58.7	204	59.1

* sütun yüzdesi

Araştırmaya katılanların geçim durumları ile ilgili görüşleri Tablo 8 de özetlenmiştir. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu (%84.1) sıkıntılı ya da çok zor durumda olduğunu belirtmişlerdir. İşsizlerde çok zor durumdayım diyenlerin oranı % 29.9 iken, çalışan grupta çok zor durumda olduklarını belirtenlerin oranı % 14.6 dir.

Tablo 8: Çalışanların ve işsizlerin geçim durumları ile ilgili görüşleri ve yaşadıkları eve giren ortalama aylık gelirlerine göre dağılımları

	Çalışan (n=144)		İşsiz(n=201)		Toplam (n=345)	
	Sayı	yüzde*	Sayı	yüzde*	Sayı	yüzde*
Geçim durumları ile ilgili görüşleri						
Rahat geçiniyor	40	27.8	15	7.5	55	15.9
Sıkıntı çekiyor	83	57.6	126	62.7	209	60.6
Çok zor durumda	21	14.6	60	29.9	81	23.5
Eve giren ortalama aylık gelir (milyon TL)**						
0-49	0	0.0	27	13.4	27	7.8
50-99	25	17.4	87	43.3	112	32.5
100-299	66	45.8	75	37.3	141	40.9
300-499	30	20.8	10	5.0	40	11.6
500 ve üzeri	23	16.0	2	1.0	25	7.2

* sütun yüzdesi

Eve giren ortalama aylık geliri 50-299 milyon TL arasında olanların oranı % 73.4 dür. İşsiz 27 kişinin (% 13.4) yaşadığı eve giren aylık gelir 50 milyondan azdır. Ayda 300 milyon ve üzerinde geliri olanların oranı çalışanlarda % 36.8, işsizlerde % 6.0 dır.

** çalışmanın yapıldığı dönemde 1\$ yaklaşık 600,000 TL idi.

6.1.1. Çalışanların çalışma yaşamı ile ilgili özellikleri

Çalışanların işyerinde yaptıkları işe göre konumları Tablo 9 da gösterilmiştir. Çalışanların % 45.9 u geçici işçi konumunda ya da taşeron şirketin çalışanı olarak görev yapmaktadır. Çalışanlardan 54 kişinin (%37.5) başka bir çalışana denetleme görevi vardı.

Çalışanların %38.9 u bir yıldan kısa süredir bu işyerinde çalışmaktaydı (Tablo 9).

Tablo 9: Çalışanların işyerindeki konumları ve çalışma süresine göre dağılımı

	Sayı (n=144)	Yüzde
İşteki konum		
Büro çalışanı	26	18.0
Üretim hattı çalışanı	52	36.1
Geçici işçi	41	28.5
Taşeron işçisi	25	17.4
İşyerinde çalışma süresi		
0 -11 ay	56	38.9
1 - 3 yıl	19	13.2
>3 yıl	69	47.9

Çalışanların % 60.4 ü kolaylıkla işten çıkartılabileceğini düşünüyordu. Son iki yılda hiç iş değişikliği yapmayanların oranı % 71.0 di. İki ve üzerinde iş değişikliği yapanların oranı % 10.4 olarak saptandı.

Tablo 10 da çalışanların iş arama durumları gösterildi. Çalışanların % 13.9 u araştırmanın yapıldığı dönemde iş aramaktaydı.

Tablo 10: Çalışanların iş arama ve işten çıkartılma durumları ile ilgili görüşleri

	Sayı (n=144)	Yüzde
İş arama durumu		
İş aramıyor	124	86.1
İş arıyor	20	13.9

Çalışanların % 66.7 si gece çalışması, % 72.9 u fazla çalışma yapmaktaydı (Tablo 11). Fazla çalışma yapanların % 43.8 i haftada 7-18 saat, %18.1 i 19 saat ve üzerinde fazla çalışma yapmaktaydı*.

Araştırmaya katılan çalışanların % 63.2 si rutin dinlenme araları (çay molası) dışında herhangi bir nedenle işe ara vermelerinin kendi kontrollerinde olmadığını ifade etmiştir (Tablo 11).

Tablo 11: Çalışanların gece çalışması, fazla çalışma yapma ve iş kontrolü durumlarına göre dağılımları

	Sayı (n=144)	Yüzde
Gece çalışması		
Yapıyor	96	66.7
Yapmıyor	48	33.3
Fazla çalışma		
Yapıyor	105	72.9
Yapmıyor	39	27.1
İşine ara verme durumu		
Kendi isteği ile ara veremiyor	91	63.2
Kendi isteği ile ara veriyor	53	36.8

Araştırmanın yapıldığı işyerinde uygulanmakta olan sosyal destek programlarını yeterli olarak değerlendirenlerin oranı % 23.6, yetersiz bulanların oranı % 76.4 olarak saptandı.

6.1.2. İşsizlerin iş deneyimi ile ilgili özellikleri

İşsizlerin % 25.4 ü altı aydan uzun süredir iş aramaktaydı (Tablo 12). Son iki yılda 12 aydan uzun süre işsiz kalanların oranı % 33.3 olarak saptandı.

Araştırmanın yapıldığı dönemde işsizlerden 15 kişinin (% 7.5) daha önce hiç iş deneyimi yoktu ve ilk kez iş aramaktaydı. Son çalıştığı işten düzenli gelir elde edenlerin oranı % 58.7, son olarak düzensiz ya da götürü işlerde çalışmış olanların oranı % 41.3 olarak saptandı. İşsizlerin % 51.3 ü son iki yılda iki ve üzerinde iş değişikliği yapmıştı. İşsizlerin % 62.7 sinin herhangi bir sosyal güvencesi yoktu.

Tablo 12: İşsizlerin çalışma yaşamı ile ilgili özellikleri

	Sayı (n=201)	Yüzde
İş arama süresi		
≤ 6 ay	150	74.6
> 6 ay	51	25.4
Son iki yılda kaç ay işsiz kaldı		
1 – 6	86	42.8
7 –12	48	23.9
13 ve üzeri	67	33.3
En son yaptığı işin niteliği		
Düzenli geliri olan	118	58.7
Düzenli geliri olmayan	83	41.3

Yasal sınır günde 3 saat ya da haftada 18 saat.

6.2. ÇALIŞANLARIN VE İŞSİZLERİN SF 36 YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNE ETKİ EDEN ETMENLER

Çalışanların FSD ortalaması 52.6 ± 5.5 , MSD ortalaması 46.3 ± 8.6 olarak saptanmıştır.

6.2.1. Çalışanlarda yaşam kalitesine etki eden etmenler

Çalışanların sosyodemografik özelliklerine göre SF 36 özet değerleri Tablo 13 de gösterilmiştir. 29 yaş altı ve 29 yaş ve üzerinde olanların FSD ve MSD özet değerleri arasında fark yoktur.

FSD özet değerleri erkeklerde daha yüksek olmakla birlikte aradaki fark anlamlı değildir. Benzer olarak çalışanlarda MSD ortalamaları açısından cinsler arasında fark yoktur (Tablo 13).

Bekar, dul ya da boşanmış olanların, evli olanlara göre FSD ve MSD ortalamaları anlamlı olarak daha yüksektir. Evlilik durumu ile uyumlu olarak çocuk sahibi olmayanların, olanlara göre FSD ve MSD ortalamaları anlamlı olarak daha yüksektir.

Çalışanların öğrenim durumuna göre özet değerleri farklı değildir.

Tablo 13: Çalışanlarda sosyodemografik değişkenlerin SF 36 özet değerlere göre dağılımı

	FSD		MSD	
	Ort.±S	p	Ort.±S	p
Yaş grupları¹				
<29	53.3±5.6	0.252	46.0±8.7	0.917
≥29	51.9±5.3		46.6±8.8	
Cinsiyet¹				
Kadın	49.6±7.0	0.053	47.6±8.4	0.898
Erkek	53.0±5.1		46.1±8.6	
Evlilik durumu¹				
Evli	51.6±5.6	0.003	45.3±8.8	0.028
Bekar / dul / boşanmış	54.4±4.7		48.2±8.1	
Çocuk durumu¹				
Yok	54.6±4.6	<0.001	48.5±7.6	0.005
Var	51.1±5.7		44.7±9.1	
Öğrenim durumu²				
Ortaokul ve altı	52.2±5.4	0.252	45.2±8.7	0.178
Lise	53.5±6.6		46.0±7.8	
Teknik lise/çırak okulu	53.3±4.5		46.6±10.3	
Yüksek	51.5±5.7		50.0±8.7	

1. Mann-Whitney U test

2. Kruskal-Wallis test

Çalışan grupta özet değerler sigara kullanma alışkanlığına göre farklı değildir. Alkol kullanmayanların FSD ve MSD ortalamaları kullananlara göre daha yüksektir ve MSD ortalaması açısından fark anlamlıdır (p=0.005). Çalışanlarda özet değerlerin ortalamaları spor yapma açısından farklı değildir.

Mesleki sınıflar incelendiğinde beyaz yakalılarda FSD ortalamaları, mavi yakalılara göre daha düşüktür, MSD ortalamaları mavi yakalılardan daha yüksektir. Ancak aradaki fark anlamlı değildir (Tablo 14).

Tablo 14: Çalışanların mesleksel sınıflarına göre FSD, MSD dağılımı

	FSD		MSD	
	Ort.±S	p	Ort.±S	p
Mesleksel sınıfı¹				
Beyaz yaka	51.0±5.9		47.6±9.7	
Beceri gerektiren mavi yaka	52.5±5.4	0.197	46.5±9.5	0.502
Beceri gerektirmeyen mavi yaka	53.1±5.4		45.8±8.1	

¹ Kruskal-Wallis test

Araştırmaya katılan çalışanların geçim durumları ile ilgili görüşlerine göre FSD ve MSD özet ortalamaları Tablo 15 de gösterildi. FSD ortalamaları arasında fark yokken, MSD açısından anlamlı fark vardır (p=0.045).

Tablo 15: Çalışanların geçim durumları ile ilgili görüşleri ve eve giren ortalama gelire göre FSD, MSD ortalamaları dağılımı

	FSD		MSD	
	Ort.±S	p	Ort.±S	p
Geçim durumu ile ilgili görüşü¹				
Rahat geçiniyor	50.7±6.6		47.1±10.2	
Sıkıntı çekiyor	53.7±4.4	0.061	46.8±8.2	0.045
Çok zor durumda	51.7±6.1		43.2±7.0	
Eve giren ortalama aylık gelir (milyon TL)¹				
0-99	54.3±4.7		48.3±7.8	
100-299	53.0±4.7	0.212	46.8±8.0	0.069
300-499	50.4±7.5		42.2±10.1	
500 ve üzeri	52.0±5.0		47.8±8.9	

¹ Kruskal – Wallis test

Çalışanların işyerindeki konumlarına göre özet değerleri Tablo 16 da gösterilmiştir. İşyerindeki konuma göre gruplar arasında MSD açısından fark yokken, FSD anlamlı olarak farklıdır ($p=0.023$). FSD açısından geçici işçi konumunda çalışanlar en yüksek ortalamaya sahiptir (54.6). Bu grubu taşeron çalışanları (53.1) izlemektedir.

Çalışanların yaptıkları iş üzerindeki kontrolleri, kendi istekleri ile işlerine ara vermeleri açısından değerlendirildi. Kendi isteği ile işine ara verebilenler ile veremeyenler arasında özet değerler açısından fark yoktur. Benzer olarak denetleme görevi olan ve olmayan gruplar arasında FSD ve MSD açısından fark yoktur.

Tablo 16 da işyerinde çalışma süresine göre SF 36 özet değerleri gösterilmiştir. İşyerinde 3 yıldan uzun süredir çalışanların FSD ortalamaları 3 yıldan kısa süredir çalışanlardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0.011$).

Tablo 16: Çalışanlarda işyerindeki konumları, işteki kontrolüne ve işyerinde çalışma süresine göre FSD, MSD dağılımı

	FSD		MSD	
	Ort.±S	p	Ort.±S	p
Çalışanların işyerindeki konumları²				
Büro çalışanı	51.6±6.1		47.2±9.9	
Üretim çalışanı (asil)	51.3±5.4	0.023	44.1±9.9	0.127
Geçici işçi	54.6±4.1		48.4±7.2	
Taşeron işçisi	53.1±6.0		46.5±7.3	
İşteki kontrolü¹				
Kendi isteği ile ara veremiyor	52.6±5.0	0.627	46.0±8.7	0.461
Kendi isteği ile ara veriyor	52.5±6.3		46.9±8.8	
Denetleme görevi¹				
Var	51.7±6.2	0.239	46.3±8.9	0.918
Yok	53.1±5.0		46.4±8.6	
İşyerinde çalışma süresi¹				
≤3 yıl	53.8±4.6	0.011	47.6±7.4	0.141
>3 yıl	51.2±6.0		44.9±9.8	

1 Mann-Whitney U

2 Kruskal – Wallis test

Tablo 17 de çalışanların araştırmanın yapıldığı dönemde iş arama durumları, işten çıkartılmaları ile ilgili görüşleri ve iş hoşnutluğuna göre SF 36 özet değerleri gösterilmiştir. Çalışan grupta iş arayanlar ve aramayanlar arasında FSD açısından fark yokken, MSD iş arayanlarda anlamlı olarak daha düşüktür (p=0.01).

Kolaylıkla işten çıkartılabileceklerini düşünenler ve işten çıkartılmalarının kolay olmadığını düşünenlerde FSD ve MSD farklı değildir (p=0.150). Yaptıkları işten hoşnut olduklarını söyleyenlerin MSD ortalaması (47.0), hoşnut olamayanlara (44.0)

göre daha yüksektir, ancak aradaki fark anlamlı değildir ($p=0.073$). FSD ortalaması işinden hoşnut olan ve olmayan grupta farklı değildir.

Tablo 17: Çalışanlarda iş arama durumu, iş güvencesi ile ilgili görüş ve işten hoşnut olma durumuna göre FSD, MSD dağılımı

	FSD		MSD	
	Ort.±S	p	Ort.±S	p
İş arama durumu¹				
Aramıyor	52.5±5.6	0.825	46.9±8.7	0.01
Arıyor	52.9±5.2		42.8±8.2	
İş güvencesi görüşü¹				
İşten kolaylıkla çıkartılabileceğini düşünüyor	52.7±6.2	0.824	45.8±8.3	0.150
İşten kolaylıkla çıkartılabileceğini düşünmüyor	52.3±6.2		47.1±9.4	
İş hoşnutluğu¹				
İşinden hoşnut değil	51.4±6.5	0.346	44.0±9.4	0.073
İşinden hoşnut	52.9±5.2		47.0±8.4	

¹ Mann-Whitney U test

Gece çalışması ve fazla çalışma yapma durumu açısından FSD ve MSD farklı değildir.

İşyerinde uygulanmakta olan sosyal destek programlarını yeterli bulanların MSD ortalaması 48.9 ve yetersiz bulanların ortalaması 45.5 olarak saptandı. Aradaki fark anlamlı değildir ($p=0.054$).

6.2.2. İşsizlerde yaşam kalitesine etki eden etmenler

Çalışmaya katılan işsizlerin sosyodemografik özelliklerine göre özet değerlerin ortalamaları Tablo 18 de gösterilmiştir. 29 yaş altı ve 29 yaş ve üzerinde olanların FSD ve MSD ortalamaları arasında fark yoktur (Tablo 18).

İşsizlerde FSD ve MSD ortalamaları cinsler açısından farklı değildir (Tablo 18).

Çalışmaya katılan işsizlerde bekar ve evli, dul ya da boşanmış olanların FSD ortalamaları birbirine yakındır. MSD ortalamaları anlamlı olmamakla birlikte bekar, dul ya da boşanmış olanlarda daha yüksektir ($p=0.054$). Çocuk sahibi olmayanların MSD ortalamaları, çocuk sahibi olanlardan yüksek olmakla birlikte aradaki fark anlamlı değildir. Öğrenim durumu açısından FSD ve MSD ortalamaları farklı değildir.

İşsizlerde sigara kullanma açısından FSD ve MSD ortalamaları arasında fark yoktur. Gerek FSD gerekse MSD ortalamaları, kullanım sıklığı gözetilmeksizin alkol kullananlarda anlamlı olarak daha düşüktür. Spor yapma durumuna göre FSD ve MSD ortalamaları farklı değildir

Tablo 18: İşsizlerde sosyodemografik değişkenlerin SF 36 özet değerlere göre dağılımı

	FSD*		MSD*	
	Ort.±S	p	Ort.±S	p
Yaş grupları¹				
<29	54.8±5.3	0.448	47.9±8.9	0.066
≥29	54.5±5.9		45.5±10.2	
Cins¹				
Kadın	53.0±5.8	0.058	47.5±9.2	0.421
Erkek	55.2±5.2		46.2±8.5	
Evlilik durumu¹				
Evli	55.0±6.3	0.932	45.7±10.1	0.054
Bekar / dul / boşanmış	55.0±4.6		48.5±8.0	
Çocuk durumu¹				
Yok	54.9±5.1	0.727	48.0±8.9	0.097
Var	54.4±6.0		45.8±9.3	
Öğrenim durumu²				
Ortaokul ve altı	54.4±5.7	0.70	46.2±9.4	0.073
Lise	55.1±5.0		46.6±8.0	
Teknik lise/çırak okulu	55.4±4.7		50.2±8.1	
Yüksek	54.2±6.5		47.0±9.1	

1. Mann-Whitney U test

2. Kruskal-Wallis test

Araştırmaya katılan işsizlerin mesleki sınıflarına göre FSD ortalamaları farklı değildir (Tablo 19). Beyaz yakalı mesleklere sahip olanların MSD ortalaması 50.4 iken, beceri gerektiren mavi yakalıların 47.9, beceri gerektirmeyen mavi yakalıların 46.2 dir. Meslek sınıfları açısından MSD ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır (p=0.044).

Tablo 19: İşsizlerin mesleksel sınıflarına göre FSD, MSD dağılımı

Mesleksel sınıfı ¹	FSD		MSD	
	Ort.±S	p	Ort.±S	p
Beyaz yaka	55.0±4.7	0.837	50.4±9.0	0.044
Beceri gerektiren mavi yaka	54.2±5.6		47.9±8.1	
Beceri gerektirmeyen mavi yaka	54.9±5.5		46.2±9.4	

1 Kruskal-Wallis test

Araştırmaya katılan işsizlerin geçim durumları ile ilgili görüşlerine göre FSD ve MSD ortalamaları Tablo 20 de gösterilmiştir. FSD ortalamaları arasında fark yokken, MSD açısından anlamlı fark vardır ($p<0.001$). Rahat geçindiğini söyleyenlerin MSD ortalaması 55.0, sıkıntı çekenler ve çok zor durumda olanların MSD ortalamaları sırasıyla 48.1 ve 43.8 olarak saptandı. Eve giren aylık gelir durumuna göre FSD ve MSD ortalamaları farklı değildir.

Tablo 20: İşsizlerin geçim durumları ile ilgili görüşleri ve eve giren ortalama gelire göre FSD ve MSD değerleri dağılımı

Geçim durumu ile ilgili görüşü ¹	FSD		MSD	
	Ort.±S	p	Ort.±S	p
Rahat geçiniyor	56.3±3.0	0.193	55.0±4.7	<0.001
Sıkıntı çekiyor	54.3±5.4		48.1±8.8	
Çok zor durumda	55.5±5.6		43.8±9.1	

Eve giren ortalama aylık gelir (milyon TL) ¹	FSD		MSD	
	Ort.±S	p	Ort.±S	p
0-99	54.6±5.7	0.543	46.0±9.5	0.113
100-299	55.0±4.7		48.8±8.3	
300-499	56.0±7.3		48.7±8.8	
500 ve üzeri	53.0±6.1		55.1±5.4	

1 Kruskal-Wallis test

Tablo 21 de çalışmaya katılan işsizlerin, işsizlik süreçleri ile ilgili değişkenlerinin özet değerlere göre dağılımı gösterilmiştir. MSD ortalaması altı aydan uzun süredir iş arayanlarda anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($p=0.003$). Altı aydan kısa süredir iş arayanlarda MSD ortalaması 48.4 iken 6 aydan uzun süredir iş arayanlarda 44.0'dür. FSD ortalaması iş arama süresi açısından farklı değildir.

Son iki yılda toplam işsiz geçirilen süre, iş deneyimi, en son yaptığı işin düzenli geliri olan bir iş olması ve son iki yılda iş değişikliği yapma sayısına göre FSD ve MSD ortalamaları farklı değildir (Tablo 21).

Sosyal güvencesi olan ve olmayanların FSD ve MSD ortalamaları farklı değildir.



Tablo 21: İşsizlerin işsizlik süreçleri ile ilgili özelliklerine göre FSD, MSD değerleri dağılımı

	FSD		MSD	
	Ort.±S	p	Ort.±S	p
İş arama süresi¹				
≤ 6 ay	54.4±5.2	0.165	48.4±8.9	0.003
> 6 ay	55.8±5.8		44.0±8.8	
Son iki yılda toplam kaç ay işsiz kaldı²				
0 – 6	54.1±5.8	0.362	47.7±9.3	0.386
7 –12	55.3±6.0		46.0±8.8	
13 ve üzeri	55.3±4.2		47.8±8.9	
İş deneyimi¹				
Hiç çalışmayan	52.5±5.4	0.101	50.7±6.5	0.166
Daha önce çalışan	54.9±5.3		47.0±9.1	
En son yaptığı iş¹				
Düzenli geliri olan	55.2±5.2	0.178	47.7±9.4	0.290
Düzenli geliri olmayan	54.1±5.6		46.8±8.5	
Son iki yılda kaç iş değişikliği yaptı²				
Yok	54.8±5.9	0.746	46.1±10.4	0.582
Bir	55.5±3.9		48.0±7.6	
İki ve üzerinde	54.5±5.4		48.2±7.6	
Sosyal güvencesi¹				
Var	53.9±5.3	0.076	47.8±9.0	0.497
Yok	55.3±5.3		47.0±9.0	

1 Mann-Whitney U test

2 Kruskal-Wallis test

6.3. ÇALIŞANLARIN VE İŞSİZLERİN YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırma kapsamına alınan çalışan ve işsizlerin FSD ortalamaları Tablo 22 de gösterilmiştir. FSD ortalaması çalışanlarda 52.7, işsizlerde 54.8 olarak saptandı. FSD ortalaması işsizlerde anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.000).

Tablo 22: Çalışanların ve işsizlerin FSD ortalamaları

	N	Ortalama ± S	t	p
Çalışan	136	52.6 ± 5.5	3.564	0.000
İşsiz	185	54.8 ± 5.4		
Toplam	321	53.8 ± 5.5		

Çalışanların MSD ortalaması 46.3 iken, işsizlerin 47.3 olarak saptandı (Tablo 23). Çalışanlar ve işsizler arasında MSD açısından anlamlı fark yoktur (p=0.381).

Tablo 23: Çalışan ve işsizlerin MSD ortalamaları

	N	Ortalama ± S	t	p
Çalışan	136	46.3±8.6	0.976	0.330
İşsiz	185	47.3±9.1		
Toplam	321	46.8±8.9		

6.3.1. Çalışanların ve işsizlerin SF 36 değerlerinin çok değişkenli model ile incelenmesi

FSD ve MSD için oluşturulan modellere yaş (sürekli), cinsiyet (0= erkek 1=kadın), medeni durum (0=evli 1=bekar), iş durumu (0=işsiz 1=çalışıyor), alkol kullanma durumu (0= kullanmıyor 1=kullanıyor), spor yapma durumu (0=yapmıyor 1=yapıyor) değişkenleri alındı.

Modellere ikiden fazla kategorisi olan değişkenler, yapay değişkenleri oluşturularak alındı. Buna göre öğrenim durumu için yüksek okul mezunu olmak referans kabul

edildi ve diğer kategoriler için 3 yapay değişken yaratıldı; *öğrenim durumu1* (0=diğer 1=orta), *öğrenim durumu2* (0=diğer 1=lise), *öğrenim durumu3* (0=diğer 1=teknik lise).

Mesleksel sınıf için beyaz yakalı grup referans alındı diğer kategoriler için 2 yapay değişken kullanıldı. Buna göre *mesleksel sınıf1* (0=diğer 1=beceri gerektirmeyen mavi yakalılar), *mesleksel sınıf2* (0=diğer 1=beceri gerektiren mavi yakalılar)

Geçim durumu değişkeni için 'rahat geçinenler' referans kabul edildi ve *geçim durumu1* (0=diğer 1= zor durumda), *geçim durumu2* (0=diğer 1=sıkıntı çekiyor) değişkenleri modele alındı.

FSD için oluşturulan çoklu regresyon modeline verileri tam olan 321 kişi alındı, tüm değişkenlerin yer aldığı ilk model Tablo 24.A'da gösterildi. İlk modeldeki değişkenler FSD deki değişimin % 14.2'sini açıklamaktadır ($R^2=0.142$).

FSD için oluşturulan başlangıç modelinde cins ($\beta= -2.93$ $p=0.001$) , medeni durum ($\beta= 1.56$ $p=0.034$), alkol kullanma durumu ($\beta= -1.62$ $p=0.010$), iş durumu ($\beta= -1.72$ $p=0.011$) değişkenlerinin beta katsayıları istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 24.A).

Tablo 24.A: FSD için oluşturulan çoklu regresyon modeli (ilk model)

Değişkenler	β	S_{β}	t	p	
Sabit	52.061	2.357	22.090	0.000	
Yaş	(Sürekli değişken)	4.04	0.053	0.759	0.449
Cins	Erkek*				
	Kadın	-2.938	0.842	-3.488	0.001
Evlilik durumu	Evli*				
	Bekar	1.558	0.732	2.127	0.034
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor*				
	Kullanıyor	-1.622	0.622	-2.609	0.010
Spor yapma durumu	Yapmıyor*				
	Yapıyor	1.176	0.650	1.810	0.071
Geçim durumu	Rahat*				
	Sıkıntı çekiyor	0.988	0.927	1.329	0.185
	Zor durumda	1.445	1.087	1.329	0.185
Öğrenim durumu	Yüksek*				
	Teknik ok.	0.457	1.350	0.338	0.735
	Lise	-0.181	1.717	-1.105	0.916
	Orta ok. ve altı	-1.360	1.580	-0.861	0.390
Mesleksel sınıf	Beyaz yakalı*				
	Mavi yakalı (beceri gerektirmeyen)	1.186	1.455	0.816	0.415
	Mavi yakalı (beceri gerektiren)	-0.509	1.232	-0.413	0.680
İş durumu	İşsiz*				
	Çalışıyor	-1.724	0.673	-2.561	0.011

*referans

FSD'nun ilk modelinden p değeri en yüksek olan öğrenim durumu, mesleki sınıf, yaş, maddi durum ve spor yapma durumu değişkenleri sırasıyla çıkartılarak oluşturulan son model Tablo 24.B'de gösterilmiştir. Modelden bu değişkenlerin çıkartılmasıyla birlikte modelin R² 'si 0.109'a düşmüştür. Son modelde FSD ile modele giren değişkenler arasındaki ana ilişki belirgin olarak değişmemekle birlikte iş durumu ve medeni durum değişkenlerinin β katsayıları yükselmiş p değerleri küçülmüştür.

Tablo 24.B: FSD için oluşturulan çoklu regresyon modeli (son model)

Değişkenler	β	S β	t	p
Sabit	54.858	0.559	98.197	0.000
Cins	Erkek*			
	Kadın	-2.973	0.800	-3.715
Evlilik durumu	Evli*			
	Bekar	1.733	0.608	2.851
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor*			
	Kullanıyor	-1.660	0.618	-2.685
İş durumu	İşsiz*			
	Çalışıyor	-1.832	0.612	-2.851

*referans

Oluşturulan modele göre FSD erkeklerde kadınlardan 2.973 birim, işsizlerde çalışanlardan 1.832 birim, bekar olanlarda evlilerden 1.733 birim, alkol kullanmayanlarda kullananlardan 1.660 birim daha yüksektir.

Son modele giren değişkenlerin regresyon eşitliği aşağıdadır:

$$\text{FSD} = 54.858 - 2.973 (\text{cins}) + 1.733 (\text{medeni durum}) - 1.660 (\text{alkol kullanma durumu}) - 1.832 (\text{iş durumu})$$

Buna göre erkek, evli, alkol kullanmayan, ve işsiz bir kişinin FSD 54.86 olarak tahmin edilebilir.

Tek değişkenli analizde işsizlerin FSD ortalaması, çalışanların ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çoklu regresyon analizinde de iş durumu değişkeninin son modelde yer alması bu ilişkiyi desteklemektedir.

MSD için oluşturulan çoklu regresyon modeline verileri tam olan 319 kişi alındı, tüm değişkenlerin yer aldığı ilk model Tablo 25.A'da görölmektedir. İlk modeldeki değişkenler MSD daki değişimin % 14.6'sını açıklamaktadır ($R^2=0.146$).



Tablo 25.A: MSD için oluşturulan çoklu regresyon modeli (ilk model)

Değişkenler		β	S_{β}	t	p
Sabit		50.328	3.644	13.813	0.000
Yaş	(Sürekli değişken)	5.09	0.082	0.617	0.537
	Cins				
	Erkek*				
	Kadın	-1.684	1.302	-1.293	0.197
Evlilik durumu	Evli*				
	Bekar	1.486	1.136	1.308	0.192
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor*				
	Kullanıyor	-3.638	0.964	-3.775	0.000
Spor yapma durumu	Yapmıyor*				
	Yapıyor	1.444	1.007	1.435	0.152
Geçim durumu	Rahat*				
	Sıkıntı çekiyor	-2.443	1.439	-1.697	0.091
	Zor durumda	-6.453	1.687	-3.826	0.000
Öğrenim durumu	Yüksek*				
	Teknik ok.	1.593	2.120	0.751	0.453
	Lise	-1.226	2.673	-0.459	0.647
	Orta ok. ve altı	-0.733	2.459	-0.298	0.766
Mesleksel sınıf	Beyaz yakalı				
	Mavi yakalı	-0.861	2.262	-0.381	0.704
	(beceri gerektirmeyen)	-1.881	1.923	-0.978	0.329
	Mavi yakalı (beceri gerektiren)				
İş durumu	İşsiz*				
	Çalışıyor	-1.454	1.042	-1.396	0.164

*referans

MSD için oluşturulan ilk modelden geriye doğru eleme yöntemi ile p değeri en yüksek olan değişkenler sırası ile çıkartılmıştır. Dışarıda kalan değişkenler yaş, cins, spor yapma durumu, öğrenim durumu, mesleksel sınıf ve iş durumudur. Oluşturulan son model Tablo 25.B de gösterilmiştir. Dışarıda bırakılan değişkenlerle birlikte ilk

modelde anlamlı olmayan evlilik durumu değişkeni anlamlı olmuştur ($\beta=2.160$ $p=0.020$). Son modelde yer alan diğer değişkenlerde (geçim durumu ve alkol kullanma durumu) belirgin bir değişiklik olmamıştır. Son modelde kalan değişkenler evlilik durumu ($\beta=2.160$ $p=0.020$), alkol kullanma durumu ($\beta=-3.582$ $p=0.000$) ve geçim durumudur (sıkıntı çekenler için $\beta=-2.492$ $p=0.054$, zor durumda olanlar için $\beta=-6.23$ $p=0.000$). Oluşturulan son modelde kalan değişkenler MSD değişkeninin % 11.4 ünü açıklamaktadır ($R^2= 0.114$).

Tablo 25.B: MSD için oluşturulan çoklu regresyon modeli (son model)

Değişkenler	β	S_{β}	t	p	
Sabit	50.322	1.273	39.519	0.000	
Evlilik durumu	Evli*	...			
	Bekar	2.160	0.920	2.347	0.020
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor*				
	Kullanıyor	-3.582	0.954	-3.755	0.000
Geçim durumu	Rahat*				
	Sıkıntı çekiyor	-2.492	1.289	-1.933	0.054
	Zor durumda	-6.323	1.481	-4.271	0.000

*referans

Modele göre bekar olanlar evlilerden 2.160, alkol kullanmayanlar kullananlardan 3.582, rahat geçinenler sıkıntı çekenlerden 2.492 ve zor durumda olanlardan 6.323 birim yüksek MSD puanı elde etmişlerdir.

Son modelden elde edilen regresyon eşitliği aşağıdaki gibi özetlenebilir.

$$\text{MSD} = 50.322 + 2.160 (\text{evlilik durumu}) - 3.582 (\text{alkol kullanma durumu}) - \beta (\text{geçim durumu})$$

Buna göre evli, alkol kullanmayan ve geçim durumu için sıkıntı çeken bir kişinin MSD puanı 47.83 olarak tahmin edilebilir.

Tek değişkenli analizde işsizlerin ve çalışanların MSD ortalaması farklı değildir. Çoklu regresyon analizinde iş durumu değişkeninin son modelde yer almaması bu bulguyu desteklemektedir.



...

İhtiyar keyifle gülümsedi ve Voreux ocağını gösterdi:

“Evet evet ...” dedi. “ Beni oradan, tam üç kere paramparça çıkardılar. Birincisinde saçım, sakalım baştan aşağı yanmıştı. İkinci sefer gırtlığıma kadar toprağa gömüldüm, son defa ise karnım su ile şişmişti... Ölmeye niyetim olmadığını anlayınca, alay olsun diye adımları Bonnemort koydular.”

Emile Zola
Germinal

7. TARTIŞMA

Bu çalışmada İzmir İş ve İşçi Bulma Kurumu'na (İİBK) başvuran işsizlerin ve fabrika çalışanlarının yaşam kaliteleri kesitsel olarak değerlendirilmiştir. Kesitsel araştırmalar belirli bir zamanda ele alınan toplumun ya da grupların anlık durumları ile ilgili bilgi içerirler, ancak neden ve sonuçlar aynı anda ölçüldüğü için nedensel ilişkiyi göstermezler. Bu sınırlılığına rağmen çalışma Türkiye'de yapılmış işsizlik, çalışma yaşamı ve sağlık ilişkisinin alan araştırılması ile incelendiği ilk çalışma olması nedeniyle önemlidir⁷¹. Halk sağlığı alanında yapılan toplum tabanlı çalışmalarda yaşam kalitesi ölçeklerinin daha sık kullanılması ile toplumu oluşturan değişik gruplar (işsizler, kadınlar, yaşlılar, çocuklar, engelliler vb.) hakkında ayrıntılı bilgi birikimimiz olabilecek ve sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli ip uçları sağlanabilecektir.

İzmir 1998 yılı verilerine göre İzmir İİBK'na başvuran işsizlerin %77.3 ü erkek ve gençlerden oluşmaktadır (35 yaş ve altında olanların oranı % 89). Çalışma kapsamında değerlendirilen işsiz grubun demografik özellikleri de İzmir İİBK'na başvuran işsizlerin özellikleri ile benzerdir. Çoğunluğu erkek (% 80.6) ve gençlerden (35 yaş altında olanların oranı % 92.5) oluşmaktadır. Bu veri, Türkiye'de kentsel işsizliğin genç erkeklerde daha yaygın olduğu bulgusu ile uyumludur⁴⁷.

Türkiye'de 1998 yılında İİBK'na başvuranların %74.5 i beden işçisi olarak bildirilmiştir⁷². Bu çalışmada beceri gerektirmeyen -niteliksiz- iş arayanlar işsizlerin % 58.7 sini oluşturmaktadır. İİBK istatistik yıllığında İzmir'de yapılan başvuruların mesleklere göre dağılımı bildirilmemiştir. Bu nedenle aradaki farkın İzmir'e özel bir durum olup olmadığı değerlendirilememiştir.

Çalışmaya alınan işsizlerde meslek okulunu bitirmiş olanların oranı % 24.4 olarak saptanmıştır. HİA' de bu oran % 8 kadardır. İzmir İİBK'na başvuranlarda ise bu oran 1998 yılı için % 19.4 dur. Bu bulgular İİBK'na başvuranlarda, Türkiye'deki genel işsiz görünümünden farklı olarak meslek eğitimi almış kişilerin ağırlıkta olduğunu göstermektedir.

Araştırma kapsamında incelenen çalışan grup ile karşılaştırıldığında, işsizlerin çalışanlara göre daha genç ve düşük eğitilmiş oldukları gözlenmektedir. İİBK'na

başvuran işsizlerin diğer işsizlerden (örneğin “amele pazarlarında” iş arayanlardan) eğitimlerinin daha yüksek olduğu düşünülürse işsiz ve çalışanlar arasındaki farkın daha yüksek olduğunu tahmin edebiliriz.

Bu çalışmada işsizlerin FSD ve MSD ortalamaları 29 yaş altında ve üzerinde olanlarda farklı değildir. Çok değişkenli analizlerde “yaş” değişkeni oluşturulan modellere sürekli değişken olarak alınmıştır. Ancak bu analizlerde de yaş ile mental ve fiziksel özet sağlık düzeyi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Yaş arttıkça işsizliğin daha sık mental sağlık sorunlarına neden olduğu bildirilmektedir^{73,74,75}. Bizim çalışmamızda 45 yaş ve üzerinde olanlar yalnızca % 3.8 lik bir grubu oluşturmaktadır. Bu oran yaşlı ve gençlerde karşılaştırma yapmak için yetersiz kalmıştır.

Bu çalışmada çalışanlarda ve işsizlerde evli olanların MSD ortalamaları bekar, dul ya da boşanmış olanlardan düşük olarak saptanmıştır. İşsizlerde arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlılığı sınırdadır ($p=0.054$). Çalışanlarda evli olanların FSD ve MSD ortalamaları bekar olanlardan çok anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır sırasıyla ($p=0.003$, $p=0.028$). Bu bulguya benzer olarak çocuk sahibi olanların da MSD ve FSD ortalamaları anlamlı düzeyde düşüktür. Çok değişkenli analizlerde de evlilik durumu son modele girmiştir. Kirschenbaum ve ark. çalışmalarında, evli ve çocuk sahibi olmanın iyilik durumunu olumsuz yönde etkilediğini ve çalışanlarda kaza riskini artırdığını bildirmiştir⁷⁶. Türkiye’de Belek’in çalışmasında da bizim çalışmamızla benzer olarak, evlenmemiş olanların dul ya da evli olanlardan daha iyi algılanan sağlıkları olduğu bildirilmiştir⁷⁷. Bu bulgular ekonomik yoksunluk içinde çalışan ve işsiz bireylerde evliliğin ve çocuk sahibi olmanın ek bir stres kaynağı olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma grubunda değerlendirilen çalışan ve işsizlerde alkol kullananların yaşam kalitesi değerleri, kullanmayanlara göre düşüktür ve fark ileri derecede anlamlıdır. Çok değişkenli analizlerde, sosyodemografik ve ekonomik değişkenler kontrol edildiğinde alkol kullanımının etkisi sürmektedir. İşsizlik ve alkol kullanımının incelendiği çalışmalar çelişkilidir. İşsizlikte alkol kullanımının düştüğü ancak aşırı alkol alımının arttığı bildirilmektedir^{78,79}. Arjas ve ark. çalışmasında inşaat işkolunda işsiz kalan bireylerde alkol tüketiminin ve spor yapma sıklığının arttığı bildirilmiştir⁸⁰. Bizim çalışmamızda yapılan değerlendirmede alkol alım sıklığı sorulmuş ancak alkol

tüketim miktarı incelenmemiştir. Alkol kullanımının yaşam kalitesine etkisinin daha ayrıntılı incelendiği çalışmalara gereksinim vardır.

Bu çalışmada işsizlerde mesleki sınıflara göre MSD ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Çalışan grupta ise mesleki sınıflar arasında MSD ve FSD ortalamaları farklı değildir. Sınıf ve sağlık ilişkisi kaçınılmaz olarak gelir, iş durumu, yoksulluk gibi değişkenlerle birlikte ele alınmalıdır. Sınıfların mesleklere göre değerlendirilmesi pratik olmakla birlikte sömürü ilişkilerini değerlendirmez⁸¹. Bu çalışmada, çalışmaya alınan işsiz ve çalışan grubun sömürü ilişkilerini içeren bir sınıf değerlendirmesi yapabilecek kadar geniş olmaması, sınıf-sağlık ilişkisinin yeterince değerlendirilmesine olanak sağlamamaktadır. Bununla beraber gerek çalışanlarda gerekse işsizlerde mesleki sınıflar geriledikçe MSD ortalamaları da düşme eğilimi göstermektedir. Mesleki sınıf ya da sosyoekonomik durumun sağlık üzerine olumsuz etkisinin olduğu değişik ülke örneklerinde^{82,83} ve değişik sağlık çıktıları için gösterilmiştir^{77,84,85,86,87}. İşsizlik riski beceri gerektirmeyen el emeği ile çalışanlar ya da bu tür iş arayanlarda, beceri gerektiren mesleklere sahip olanlardan daha yüksektir⁸⁸. Nitelsiz işler aynı zamanda daha kötü çalışma ortamı ve koşullarını da beraberinde getirir⁸⁹. Vahtera ve ark. çalışmalarında mavi yakalılarının, beyaz yakalı çalışanlara göre erkeklerde 4.9, kadınlarda 2.8 kat daha fazla hastalık nedeniyle işe devam etmediklerini bildirmişlerdir⁹⁰. Kirschenbaum taşeron şirkette çalışmanın, mavi yakalı olmanın ve erkek olmanın kaza riskini artırdığını bildirmiştir⁷⁶. SF 36 ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada alt sosyoekonomik düzeyde olanların düşük yaşam kalitesi düzeyleri elde ettikleri gösterilmiştir³³.

Bu çalışmada mesleki sınıfın yanı sıra sosyoekonomik gösterge olarak eve giren gelir ve bireylerin geçim durumları hakkındaki görüşleri sorulmuştur. Eve giren gelir düzeyi ile yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla beraber geçim durumu ile ilgili görüşe göre MSD ortalamaları anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($p < 0.001$). Çok değişkenli analizlerde diğer değişkenler kontrol edildiğinde bu ilişki sürmüştür. Modele göre rahat geçinenlere göre sıkıntı çekenler – 2.5, zor durumda olanlar – 6.3 birim daha düşük MSD puanı almaktadır. Ekonomik yoksunluğun mental sağlık sorunlarına neden olduğu diğer çalışmalarda da bildirilmiştir^{64,50,91}. İşsizliğin yoksulluk ile ilişkisini ülkenin ekonomik ve sosyal politikaları belirler. Finlandiya gibi sosyal politikaların gelişmiş olduğu ülkelerde

yoksul işsiz oranları % 9.3 iken, İngiltere gibi liberal ekonomilerde bu oran % 40 kadar olabilmektedir. Türkiye’de işsiz kalmak doğrudan yoksulluk anlamına gelebilmektedir. Bireyler çoğunlukla “yoksulluk” ile “kötü çalışma” arasında seçim yapmaya zorlanmaktadır. Özellikle uzun süreli işsizliğin mental sağlık üzerine olumsuz etkilerinin açıklanmasında ekonomik yoksunluğun başat rolü olduğu bildirilmektedir⁹². İngiltere’de yapılan çalışmada zor geçindiklerini ifade edenlerde mental sağlık sorunlarının daha uzun sürdüğü bildirilmiştir⁹³. Belek algılanan sağlık üzerinde gelirin değil, gelirin “tüketim kalıplarına yeterlilik” ölçüsünün daha etkili olabileceğini bildirmiştir⁷⁷. Bizim çalışmamızda da geçim durumu ile ilgili görüş ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki varken eve giren gelir ile bu ilişkinin saptanmaması bu yorumu destekler niteliktedir.

Bu çalışmada altı aydan uzun süredir iş arayanların MSD ortalaması, altı aydan kısa süredir iş arayanların ortalamasından ileri derecede anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($p=0.003$). Uzun süreli işsizliğin mental sağlığı olumsuz yönde etkilediğini bildiren çok sayıda çalışma vardır. Studnicka ve ark. çalışmasında işsizlik süresi ve algılanan sağlık arasında ters yönde ilişki olduğu bildirilmiştir ($r:0.237$, $p=0.02$)⁷³. İşsizliği izleyen görece olarak kısa sürede (ilk altı ay ya da 1 yıl) mental sağlık sorunlarında artış, daha uzun dönemde ise fiziksel sağlıkta bozulmanın gözlenebileceği bildirilmektedir^{94,95,96,97}. Bizim çalışmamız da literatür ile uyumlu olarak uzun süreli işsizliğin MSD üzerine olumsuz etkisi olduğunu desteklemektedir.

Çalışan grupta iş arayanlar ve aramayanlar arasında FSD açısından fark yokken, MSD iş arayanlarda anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0.01$). İşsizliğin yalnızca işsiz kalan bireylerde değil aynı zamanda çalışanlar üzerinde de baskı oluşturduğu bilinmektedir⁹⁸. Bu bulgu iş aramanın, işsiz kalmanın ötesinde, kendi başına bir stres etmeni olabileceğini düşündürmektedir. Kapatılacağı önceden duyurulan bir işyerinde yapılan çalışmada işsiz kalma nedeni ile oluşan stresin, işsiz kalındığı ya da yeni işe başlandığı zamandakilerden farklı olmadığı bildirilmiştir⁹⁹. İtalya’da yapılan bir çalışmada kazançlarının % 80 kadarının ödenmeye devam edildiği işsizlerde depresyonun çalışanlara göre daha sık gözlemlendiği bildirilmiştir⁵¹. Bizim çalışmamızda çalışan ve aynı zamanda iş arayanların MSD ortalamaların iş aramayanlardan daha düşük bulunması işsizlik-sağlık ilişkisinde tek etiyolojinin gelir kaybı olmadığı görüşünü destekler niteliktedir⁵¹.

Bu çalışmada son iki yıldır işsiz kalınan toplam süreye göre MSD ortalamaları farklıdır. İleriye yönelik yapılan bir kohort çalışmasında, daha önce mental sağlık duyarlılığı olmayanların işsizlikle birlikte depresyon risklerinin 2.30 (RR:2.30, GA: 1.44-3.65) kat arttığı bildirilmiştir. İşsizliğin mental sağlık üzerine etkisinin birikici özelliği olmadığı aynı çalışmada bildirilmektedir¹⁰⁰. Montgomery birikici işsizliğin mental sağlık üzerine etkisinin bulunmamasını, iş güvencesi olmayan işlerin mental sağlık üzerine olumsuz etki etmediği şeklinde yorumlamaktadır. Dooley ve ark. yakın tarihli bir çalışmalarında eksik istihdamın depresyon etkilerini incelemişlerdir. Bu çalışmada eksik istihdamın depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir. Gelir, evlilik durumu ve iş doyumu, depresyon – eksik istihdam ilişkisinde etkili olan değişkenler olarak bildirilmiştir¹⁰¹. Ferrie ve ark. İngiltere’de yaptıkları (Whitehall II) çalışmada özelleştirme sonrasında iş güvencelerini yitiren çalışanların sağlık durumlarının bozulduğunu bildirmiştir^{58,59}. Bizim çalışmamızda işsizlere en son yapılan işin niteliği sorulmuş ancak en son yapılan işin düzenli geliri olması ya da olmamasına göre FSD ve MSD ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Ancak bu bulgular iş güvencesini doğrudan ölçmemektedir. İş güvencesinin, toplum tabanlı sağlık araştırmalarına değişken olarak alınması önemli ip uçları sağlayacaktır.

Bu çalışmada çalışanların FSD ortalamaları, işsizlerden anlamlı düzeyde daha düşük olarak saptanmıştır. İş doyumunun algılanan sağlığın temel belirleyicilerinden birisi olduğu bildirilmektedir¹⁰². İş stresinin SF 36 ile ölçülen yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir¹⁰³. Belek’in Antalya’da yaptığı çalışmada gelir getiren bir işe sahip olanların algılanan sağlıklarının işsizlerden farklı olmadığı bildirilmiştir⁷⁷. Friis ve ark. İsveç’te maden işçilerinde yaptıkları çalışmada, madenin kapanmasının ardından bildirilen sağlık düzeyinin daha iyi olduğunu saptamışlardır¹⁰⁴.

Bizim çalışmamızda çalışan grubun daha düşük fiziksel sağlık düzeyine sahip olması iki yönden irdelenmelidir. Birincisi çalışanlar sağlıksız çalışma ortamı ve koşulları nedeniyle fiziksel açıdan kısıtlanmış hissedebilirler. İkinci olarak işsizler fiziksel olarak kendilerini “iyi” gösterme çabasında olabilirler (information bias)¹⁰⁵. Çalışmaya istekli ve iş arayan bir kişinin sağlığının iyi olduğunu göstermeye çalışması beklenen bir durumdur. Daha sık işsizlik sorunu ile karşılaşanlar daha kötü çalışma ortamı ve koşullarını kabul etmektedirler. Bu nedenle kötü çalışma ortamı ve koşulları

kaçınılmaz olarak işsizlikle birlikte belirli bir sınıf üzerinde etkili olmaktadır. Hammarström ve Janlert uzun süreli işsizlik deneyiminin, çalışma yaşamı ve sağlık durumuna etkisinin olduğunu bildirmişlerdir⁶⁸. Graetz genel sağlık durumu anketi ile yaptığı ileriye yönelik çalışmasında çalışan ve işsizlerde sağlık sonuçlarının işin kalitesine bağlı olarak değiştiğini bildirmiştir. En düşük risk tatmin edici işlerde çalışanlardayken, en yüksek risk tatmin edici işleri olmayanlar olarak belirlenmiştir. Bu iki uç arasında işsizler ve öğrenciler yer almaktadır⁷⁵. Bartley ve Owen sosyoekonomik olarak daha düşük katmanlarda yer alanların iş bulma olasılıklarının daha zor ve bu kişilerde uzun süreli hastalıkların daha sık görüldüğünü bildirmiştir¹⁰⁶.

Araştırmaya katılan çalışanların %38.9 u bir yıldan kısa süredir bu iş yerinde çalışmaktadır. Çalışanların % 45 i taşeron şirkette ya da geçici işçi konumundadır. Kolaylıkla işten çıkartılabileceğini düşünenlerin % 12.6 sı büro çalışanı, % 87.4 ü üretim çalışanından oluşmaktadır. Taşeron şirkette çalışanların %76.0 sı, geçici işçi konumunda olanların % 70 i kolaylıkla işten çıkartılabileceklerini düşünmektedir. Taşeron şirkette çalışmak aynı zamanda iş güvencesinden yoksun, çalışma ortamının daha bozuk ve çalışma koşullarının belirsizliğini beraberinde getirmektedir. Aynı işyerinde çalışılmasına rağmen taşeron şirket çalışanları ile diğer çalışanlar arasında eşitsizlikler ortaya çıkmaktadır. Örneğin çalışmanın yapıldığı işyerinde taşeron şirket çalışanlarına ve diğer personele ayrı yemek çıkartılması, taşeron şirket çalışanları tarafından ayrımcılık olarak yorumlanmaktadır. Benzer olarak taşeron şirkette çalışanlar daha riskli çalışma ortamında ve koruyucu önlemlerin daha gevşek tutulduğu işlerde çalışmaktadır. Sendikasız, iş güvencesinden ve sosyal destekten yoksun çalışma ilişkileri içinde kazalar artmaktadır⁷⁶. Çalışma saatlerinin uzaması ile birlikte hekime başvurularda artış olduğu bildirilmektedir¹⁰⁷. Bizim çalışmamızda da fazla çalışma yapanlar fazla çalışma yapmayanlardan daha düşük MSD ortalamalarına sahiptir ancak aradaki fark anlamlı değildir. Fazla çalışma ile belirli hastalıklarda artış gözlenirken mortalite ve morbiditede değişiklik gözlenmemektedir. Fazla çalışma yapanlarda kardiyovasküler hastalıkların ve diyabetin daha sık görüldüğü bildirilmiştir^{108,109, 110}.

Bu çalışma kapsamına alınan çalışanların iş güvencesi olmadan (% 60 ı işten kolaylıkla çıkartılacağını düşünüyor) fazla çalışma yapmakta olduklarını, buna karşın işsizlerin sıklıkla düzensiz geliri olan işlerde (%58) çalıştıklarını görüyoruz. Gece

çalışması yapanların % 50 si üretim hattı çalışanı, % 38.5 i geçici işçi konumunda çalışanlardan oluşmaktadır. Üretim hattı çalışanlarının % 90.4 ü fazla çalışma yaparken, geçici işçi konumunda çalışanların % 82.9 u, taşeron şirkette çalışanların % 52 si ve büro çalışanlarının % 10 u fazla çalışma yapmaktadır. Hepsi birlikte değerlendirildiğinde işsizlik ve kötü çalışma koşulları el emekçileri için kısır döngü görünümü sunmaktadır¹¹¹. Bizim çalışmamızda gece çalışması yapma durumuna göre MSD ve FSD ortalamaları farklı bulunmamıştır. Vardiya ve gece çalışmasının özellikle uyku düzeninde bozukluklara neden olduğu bildirilmektedir¹¹². SF 36 nın uyku sorunları ile ilgili soru içermemesi gece çalışması-sağlık ilişkisinin gösterilmesinde yetersiz kaldığını düşündürmektedir. Gerek sanayileşmiş ülkelerde, gerekse gelişmekte olan ülkelere yaşanmakta olan sosyoekonomik değişimin esnek çalışma, geçici işler ve belirsiz (kuralsız) sözleşmeleri de artan oranda beraberinde getirmektedir. Bu tür işlerin meslek hastalıkları ve iş kazalarını artıracığı, iş doyumunu azaltacağı bildirilmektedir¹¹³.

Yukarıda özetlenen bulguları toparlayacak olursak sömürüye dayalı sınıf, mesleksi sınıf, gelir, yoksulluk, algılanan yoksulluk, işsizlik, çalışma koşulları birbirleri ile iç içe geçmiş kavramlardır. Boratav'ın "İstanbul ve Anadolu'dan sınıf profilleri" çalışmasında İstanbul'da yaşayan hane reislerinin % 43'ünün yaşamının bir döneminde işsizlik ile karşılaşmış oldukları bildirilmiştir. Boratav'ın çalışması kentsel işsizliğin boyutları hakkında çok önemli bilgi sunmaktadır. Kentlerde "işsizlik" "çalışma" ile birlikte gündelik yaşamın bir parçasıdır¹¹⁴. Küreselleşme ile yeni liberalizmin yaygınlaşması sonucunda işsizliğin artması beklenmektedir¹¹⁵. Bu bulgular işsizlik-sağlık ilişkisinin tartışılmasında ve işsizliğin sağlık üzerine olumsuz etkilerinin düzeltilmesine yönelik yapılacak girişimlerde iş güvencesi, çalışma ortamı ve koşullarının öncelikli değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir¹¹⁶. Daha açık bir ifadeyle yalnızca işsizlik oranlarını düşürmeye yönelik yapılacak kuralsızlaştırma, esnek çalışma gibi girişimler toplum sağlığını olumsuz yönde etkileyecektir. Buna ek olarak bu tür girişimler ağıltaki eşitsizlikleri artırıcı etki gösterecektir. İş bulunmasında işin niteliğinin ön plana çıkartılması, iş güvencesinin sağlanması, çalışma ortamı ve koşullarının geliştirilmesi ve denetlenmesi çalışanların olduğu kadar işsizlerin de sağlıklarının gelişmesini sağlayacaktır.

8. SONUÇLAR

1. Uzun süreli işsizlik mental sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir .
2. İşsiz kalmanın ötesinde “iş aramak” mental sağlığa olumsuz yönde etki etmektedir.
3. İşsizlerde mesleki sınıf geriledikçe MSD ortalamaları düşmektedir.
4. İşsizlerin FSD ortalamaları çalışanlardan yüksektir. İşsizler sağlıklarını olduğundan daha iyi gösterme eğiliminde olduklarını düşündürmektedir .
5. Çalışanlar ve işsizler arasında MSD ortalamaları açısından fark bulunmamıştır.
6. Evli olanların FSD ve MSD ortalamaları bekar, dul ya da boşanmış olanlardan düşüktür.
7. Cinsler arasında MSD açısından fark yokken, FSD erkeklerde yüksektir.
8. Miktar gözetilmeksizin alkol kullananların, kullanmayanlara göre MSD ortalamaları düşüktür.

9. ÖNERİLER

1. İşsizlik ve sağlık ilişkisinin incelenmesinde çalışma yaşamı özellikleri de değerlendirilmelidir.
2. İstihdam biçimlerinin sağlık etkilerinin incelenmesi işsizlik, çalışma yaşamı ve sağlık ilişkisinin anlaşılmasında önemli bilgiler sağlayacaktır.
3. Halk sağlığı çalışmalarında yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılması ile toplumun değişik kesimlerinin (yaşlı, çocuk, işsiz, kadın...) "iyilik" durumları hakkında bilgi edinilebilir. Bu tür çalışmalar özellikle sağlıkta eşitsizliklerin gösterilmesinde önemli ip uçları verecektir.
4. İşsizliğe karşı alınacak önlemlerde bulunacak işin niteliği önemlidir. İşsizlik hızlarını azaltmaya yönelik yapılacak liberal girişimler (iş güvencesinin zayıflatılması, esnek sözleşme vb.) toplum sağlığını olumsuz etkileyecektir. Planlama iş güvencesi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi ile çalışanların ve işsizlerin yaşam kalitelerinin artırılması yönünde olmalıdır.

10. EKLER

Ek 1. SF 36 Güvenirlik test sonuçları

SF-36'nın MOS elde edilen iç güvenirlik (Chronbach's α) sonuçları değişik yaş, cinsiyet, eğitim, sosyoekonomik durum ve hastalıklarda 0.65 ve 0.94 arasında değişmektedir. Brazier ve ark. 2 hafta ara ile yaptıkları test-retest güvenirlik sonuçlarını 0.60-0.81 arasında bildirmiştir. Özet değerler için bildirilen güvenirlik değerleri 0.90'ın üzerindedir^{32, 24}.

SF-36 anketinin IQOLA projesi çerçevesinde Türkçe uyarlaması Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji AD'dan Dr. Fişek ve ark. tarafından yapılmıştır. Başka bir çalışmada romatizmal hastalarda geçerlik ve güvenirlik testleri yapılmıştır³⁰. Fişek ve ark. çalışmasında elde edilen Chronbach α değerleri 0.75 (mental rol) – 0.90 (mental işlev) arasında değişmektedir¹⁷.

Bu çalışmada işsizlerden elde edilen SF 36 değerleri için iç güvenirlik sonuçları değerlendirilmiştir¹¹⁸. En düşük Chronbach α değerleri 0.57 (Genel sağlık algısı) ve 0.84 (Fizik işlev) arasında değişmektedir.

İşsizlerde SF 36 anketi güvenirlik sonuçları

SF 36 sağlık bölümleri (soru sayısı)	N	Ortalama (S)	Chronbach's Alpha
Fizik işlev(10)	200	93.2 (12.7)	0.8471
Fizik rol (4)	197	79.2 (22.7)	0.7286
Ağrı (2)	199	83.0 (19.9)	0.7877
Genel sağlık algısı (5)	190	75.5 (17.4)	0.5710
Yaşamsallık (4)	192	68.2 (20.1)	0.7149
Sosyal işlev (2)	199	87.1 (24.9)	0.6411
Mental işlev (3)	194	73.0 (36.9)	0.7722
Mental sağlık(5)	192	65.7 (20.3)	0.8003

Ek 2.SF 36 anketi

Yönerge: Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır.

Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olmazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyin

1.Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

(birinin etrafına daire çizin)

Mükemmel.....	1
Çok iyi.....	2
İyi.....	3
Fena değil.....	4
Kötü.....	5

2. Geçen seneye karşılaştırıldığında, şimdi sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

(birinin etrafına daire çizin)

Bir yıl önceye göre çok daha iyi.....	1
Bir yıl önceye göre daha iyi.....	2
Hemen hemen aynı.....	3
Bir yıl önceye göre daha kötü.....	4
Bir yıl önceye göre çok daha kötü.....	5

3. Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınıza sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

FAALİYETLER	Evet oldukça kısıtlıyor	Evet biraz kısıtlıyor	Hayır hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren faaliyetler, örneğin, ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak	1	2	3
b. Orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak	1	2	3
c. Çarşı – pazar torbalarını taşımak	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f. Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürümek	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürümek	1	2	3
i. Yüz metre yürümek	1	2	3
j. Yıkanmak ya da giyinmek	1	2	3

4. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle, aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	Evet	Hayır
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza <u>verdiğiniz zamanı</u> kıstamak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden <u>daha azını</u> yapabilmek? (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi)	1	2
c. Yapabildiğiniz iş türünde ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
d. İş ya da diğer uğraşları yapmakta zorlanmak	1	2

5. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemleriniz nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunlardan herhangi biriyle karşılaştınız mı?

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	Evet	Hayır
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza <u>verdiğiniz zamanı</u> kıstamak zorunda kalmak.	1	2
b. Yapmak istediğinizden <u>daha azını</u> yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
c. İş ya da diğer uğraşları her zaman gibi dikkatlice yapamamak	1	2

6. Son bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemleriniz, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla ya da diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu?

Hiç.....	1
Biraz.....	2
Orta derecede.....	3
Epeyce.....	4
Çok fazla.....	5

7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu?

Hiç.....	1
Çok hafif.....	2
Hafif.....	3
Orta hafiflikte.....	4
Aşırı derecede.....	5
Çok aşırı derecede.....	6

8. Son bir ay (4 hafta) içerisinde ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

- Hiç olmadı 1
Biraz 2
Orta derecede 3
Epey 4
Çok fazla 5

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiğiyle ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarında...

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiç
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
c. Sizi hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5	6
f. Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
g. Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi...) engel oldu?

- Her zaman 1
Çoğu zaman 2
Bazen 3
Çok ender 4
Hiçbir zaman 5

11. Aşağıdaki herbir ifade sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a. Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
b. Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmeldir	1	2	3	4	5

TEŞEKKÜR EDERİZ...

Ek 3. Çalışanlara uygulanan anket

Tarih:

1. Yaş
2. Cinsiyet
1. Erkek
2. Kadın
3. Medeni durum
1. Evli
2. Bekar
3. Dul
4. Boşanmış
5. Eşinden ayrı
4. Çocuk sayısı
5. Öğrenim durumu
(en son bitirdiği okul)
1. okur yazar değil
2. okur yazar
3. İlkokul
4. Ortaokul
5. Çıracak okulu
6. Lise
7. Teknik lise
8. Yüksek okul
9. Üniversite
6. Mesleği nedir?
7. Sigara kullanıyor mu?
1. Hayır
2. Günde.....adet /.....yıldır
3. yıl önce bıraktı
8. Alkol kullanıyor mu?
1. Hayır
2. iki üç ayda bir
3. Ayda bir iki kez
4. Haftada bir iki
9. Spor yapıyor mu?
1. Hayır
2. Evet düzenli, (haftada en az bir kez)
3. Evet düzensiz
10. Doktor tarafından tanısı konulan herhangi bir hastalığı var mı?
1. Hayır
2. Evet
11. Fiziksel engel/ kısıtlılığınız var mı?
1. Hayır
2. Evet
12. Bu günlerde maddi durumu ile ilgili düşüncesi?
1. Rahat geçiniyor
2. İdare ediyor
3. Ücucuna yetiyor
4. Çok zor durumda

13. Eve giren
ortalama aylık geliri
ne kadar?

1. 0-49 milyon
2. 50-99 milyon
3. 100 – 299 milyon
- 4.300-499 milyon
5. 500 milyondan çok
6. Bir milyardan çok

14. Bu gelir kaç kişi
için harcanıyor ?

15. Eşi çalışıyor mu?
1. Hayır
2. Evet

16. Şu anda yaşadıkları
ev kime ait?
1.Kendisinin
2. Kira
3. Kira ödenmiyor
4. Diğer:belirtiniz.....

17. Oturduğu ev
dışında bir evi var mı?
1. Hayır
2. Evet

18. Yaşanılan evde aşağıda sayılan
eşyalardan hangileri var?

- | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|
| 1.Buzdolabı | 6.Telefon | 11.Cep telefonu |
| 2. Fırın | 7.Video | 12.Araba |
| 3.Bulaşık mak. | 8.Kamera | 13.Bilgisayar |
| 4.Çamaşır mak. | 9.TV | |
| 5.Elektrikli süpürge | 10.Müzik seti (CD) | |

19. Baba mesleği
nedir?
1.Ücretli ya da maaşlı devlet memuru / işçi
2.Kendi hesabına çalışıyor?
3.Tarım çalışanı (toprağı yok)
4.Tarım (toprak sahibi)
5. Diğer.....

20. Su an çalıştığı
işten elde ettiği
ortalama aylık gelir?
1. 0-49 milyon
2. 50-99 milyon
3. 100 – 299 milyon
4.300-499 milyon
5. 500 milyondan çok
6. Bir milyardan çok

21. Kaç yıldır şu anda
yaptığı işi yapıyor?
(Şu an çalıştığı fabrikada)

22. Hiç iş kazası geçirdi mi?

1. Hiç
2. Bir iş kazası
3. Birden fazla

23. İşinide başka çalışanların işini denetliyor mu?

1. Hayır
2. Evet.....kişiyi denetliyor

24. Son altı aydır fazla çalışma (fazla mesai) yapıyor mu?

1. Hayır
2. Evet haftada ortalamasaat

25. Son altı aydır vardiya çalışması yapıyor mu?

1. Hayır
2. Evet

26. Son altı aydır gece çalışması yapıyor mu?

1. Hayır
2. Evet

27. Çalışırken kendi isteği ile dinlenme arası verebiliyor mu?

1. Hayır
2. Evet

28. Kolaylıkla işten çıkartılabileceğini düşünüyor mu?

1. Hayır
2. Evet

29. Sizce işyerinizde yeterince sosyal destek programı var mı?

1. Hayır
2. Evet

30. Son iki yılda kaç iş değişikliği yaptı?

1. Hayır
2. Evet

31. Şu an iş arıyor mu?

1. Hayır
2. Evet

32. Yaptığı işten memnun mu?

1. Hayır
2. Evet
3. Kısmen evet

Adı Soyadı:

Teşekkür ederiz.

Ek 4: İş arayanlara uygulanan anket (ilk 19 soru çalışanlar ile aynı)

20. Daha önce bir işte hiç çalıştı mı?

1. Hayır
2. Evet

21. En son ne tür bir işte çalıştı?

1. Düzenli ücretli bir iş
2. Düzenli geliri olan bir iş değil ya da parça başı iş yaptı
3. Seyyar satıcılık benzeri işler
4. Kendi hesabına ya da aile işçisi olarak
5. Diğer

22. **Son 2 yılda** toplam kaç ay işsiz kaldı?

.....

23. **Son 2 yılda kaç kez** işsiz kaldı?
(kaç iş değiştirdi)

.....

24. Kaç aydır iş arıyor?

.....

25. Sosyal güvencesi var mı?

1. Yok
2. SSK
3. Emekli Sandığı
4. BAĞKUR
5. Özel sigorta
6. Yeşil kart
7. Diğer.....

Teşekkür ederiz.

Ek 5: İş ve işçi Bulma Kurumu

Türkiye'nin tek istihdam kuruluşu İş Kurumudur (İK). Daha önce İş ve İşçi Bulma Kurumu olarak çalışan İK 29.06.2000. tarihinde çıkartılan kanun hükmünde kararname ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı Genel müdürlük olarak çalışmalarını sürdürmektedir. Türkiye'de 12 Bölge Müdürlüğü ve 85 Şube Müdürlüğü bulunmaktadır. 1998 yılında İİBK'na Türkiye genelinde 430,407 başvuru yapılmıştır. İzmir İİBK Bölge Müdürlüğü'ne aynı yıl 22,622 başvuru yapılmıştır. İzmir İİBK'na başvuranların % 77.3 ü erkek, % 22.7 si kadındır ⁷².

Ek 6. SF 36 yaşam kalitesi boyutları için elde edilen değerler

A. Araştırma kapsamına alınan çalışan ve işsizlerin yaşam kalitesi değerleri.

	Toplam Ortalama ± S	Çalışan Ortalama ± S	İşsiz Ortalama ± S	p*
FSD	53.8 ± 5.5	52.7 ± 5.5	54.8 ± 5.4	<0.001
Fizik işlev	92.6 ± 11.7	90.9 ± 12.9	93.8 ± 10.7	0.009
Fizik rol	87.4 ± 24.0	87.4 ± 23.7	87.4 ± 24.5	0.869
Ağrı	79.7 ± 22.1	74.5 ± 24.1	83.4 ± 19.8	<0.001
Genel sağlık algısı	74.2 ± 17.2	72.3 ± 16.8	75.6 ± 17.4	0.056
MSD	46.9 ± 8.9	46.3 ± 8.7	47.3 ± 9.1	0.381
Vitalite	66.7 ± 19.8	64.8 ± 19.1	68.2 ± 20.3	0.080
Sosyal işlev	76.2 ± 24.0	72.0 ± 25.2	79.2 ± 22.8	0.007
Mental rol	74.2 ± 35.4	75.6 ± 33.4	73.1 ± 36.9	0.751
Mental işlev	66.0 ± 19.2	66.4 ± 17.5	65.6 ± 20.4	0.762

* Mann-Whitney U test

B. İşsizlerde sosyodemografik değişkenlerin SF 36 alt bileşen ortalama değerlerine göre dağılımı

	Fi ^a	FR ^a	A ^a	GS ^a	Y ^a	Si ^a	MR ^a	Mi ^a
1	94.0±10.6	86.9±24.6	83.8±19.1*	76.7±16.7*	68.9±19.7	79.3±22.4	72.5±37.0	66.8±19.5*
2	93.0±11.3	93.8±19.4	79.4±26.9	63.6±21.4	60.6±25.4	78.1±28.0	79.2±36.3	53.3±26.4
3	91.9±9.0*	91.2±16.9	75.1±23.0**	70.3±18.9	61.0±22.1*	78.2±23.6	65.7±41.2	61.2±20.4
4	94.2±11.0	86.6±26.0	85.5±18.4	76.9±16.8	69.9±19.4	79.5±22.7	74.9±35.7	66.7±20.3
5	92.1±13.1	87.7±24.0	83.3±20.6	74.0±19.0	64.1±23.2*	78.9±24.4	72.2±38.4	61.6±22.9
6	95.3±8.1	87.3±24.6	83.5±19.2	76.8±16.1	71.3±17.2	79.5±21.6	73.8±35.8	68.7±17.8
7	94.4±10.7	86.8±24.7	84.3±18.4	76.2±16.1	69.7±18.8	79.1±21.8	72.4±37.0	68.0±19.0*
8	92.7±10.6	88.7±23.5	81.6±22.3	74.3±20.1	64.8±22.9	79.4±24.9	74.5±37.0	60.5±22.6
9	93.2±11.1	86.8±24.5	82.5±21.0	72.7±17.4*	67.3±21.2*	77.2±24.8	72.4±36.5	62.4±21.1*
10	94.6±6.8	91.1±18.2	84.5±17.7	75.1±17.4	64.4±17.6	80.4±23.2	71.4±37.1	64.6±18.6
11	95.2±11.3	86.7±27.5	85.7±18.0	91.8±15.2	73.6±20.0	82.0±18.6	73.1±39.1	73.7±17.5
12	92.1±11.2	87.5±19.9	80.5±20.9	77.4±21.1	62.1±15.6	83.3±17.9	83.3±33.3	65.0±20.4

a. Fi: Fizik işlev, FR: Fizik rol, A: Ağrı, GS: Genel sağlık algısı, Y: yaşamsallık, Si: sosyal işlev, MR: mental rol, Mi: Mental işlev

1. Mann-Whitney U test

2. Kruskal-Wallis test

* p<0.05

** p<0.01

C. Çalışanlarda sosyodemografik değişkenlerin SF 36 alt bileşenleri ortalama değerlerine göre dağılımı

	FI ^a	FR ^a	A ^a	GS ^a	Y ^a	SI ^a	MR ^a	MI ^a
Yaş¹								
≤34	93.2±10.9**	86.1±23.7	75.6±25.4	72.1±17.5	65.4±20.3	71.1±25.3	79.0±30.1	67.9±18.3
≥35	86.9±15.1	89.4±23.9	72.4±22.1	72.7±15.8	63.8±17.1	73.1±25.2	69.2±37.8	63.8±16.2
Cins¹								
Kadın	83.1±16.0*	81.9±23.9	70.1±23.8	72.6±20.3	60.8±18.9	75.0±25.0	76.3±32.6	70.2±16.0
Erkek	92.0±12.1	88.2±23.7	75.1±24.2	72.3±16.4	65.4±19.1	71.6±25.3	70.4±39.4	65.8±17.7
Medeni durum¹								
Evli	89.6±12.9*	84.6±26.5	69.9±25.6**	71.2±17.3	63.2±20.4	68.3±26.3*	74.2±34.5	65.5±17.3
Evli değil	93.6±12.5	92.9±16.1	83.4±18.1	74.5±15.7	67.9±15.9	79.4±21.5	78.2±31.6	68.7±17.9
Çocuk durumu¹								
Yok	94.2±11.7***	90.8±20.6	84.5±17.8***	76.3±15.8*	68.9±15.2*	78.3±20.7*	81.9±29.2	70.5±16.3**
Var	88.6±13.3	84.9±25.6	67.2±25.5	69.3±17.0	61.8±21.1	67.5±27.2	71.1±35.6	63.4±17.9
Öğrenim durumu²								
Ortaokul ve altı	88.7±15.0*	86.1±23.6	75.0±24.2	70.9±16.3	62.8±19.8	70.2±26.0*	70.5±36.1	65.2±17.8
İlise	93.8±11.5	85.4±26.5	76.2±27.0	74.7±18.7	66.3±15.8	73.2±26.3	70.8±31.6	64.7±17.6
Teknik işe/çırak okulu	96.2±5.3	88.8±26.4	71.2±25.8	75.7±17.2	68.3±23.4	64.7±24.7	83.3±30.8	68.7±18.5
Üksek	88.0±12.0	92.5±16.4	75.2±18.6	69.1±15.7	64.8±12.8	86.8±14.9	88.3±24.8	69.2±15.5

a. FI: Fizik işlev, FR: Fizik rol, A: Ağrı, GS: Genel sağlık algısı, Y: yaşamsallık, SI: sosyal işlev, MR: mental rol, MI: Mental işlev

1 Mann-Whitney U test

2 Kruskal-Wallis test

* p<0.05, ** p<0.01, ***p<0.001

Ek 7. SF-36 özet değerlerinin hesaplanması:

SF-36, 36 sorudan ve 8 ayrı bölümden oluşur. Bölüme dahil edilen soruların ağırlıklı toplanarak bölüm değeri elde edilir^{119,120}. Daha sonra sekiz sağlık bölümünden elde edilen değerlerden, özet sağlık düzeyleri elde edilir. Özet değerlerin elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlamasıdır.

Fiziksel sağlık durumu özet değeri fiziksel sağlık durumunun bir göstergesi olarak fiziksel işlev (Fi), fiziksel rol (FR), ağrı (A) ve genel sağlık algısı (GS) alt bileşen değerlerinden etkilenmektedir. Mental sağlık durumu özet değeri yaşamsallık (Y), sosyal işlev (Sİ), mental rol (MR) ve mental işlev (Mİ) alt bileşenlerinin bir işlevi olarak değerlendirilmektedir.

Özet değerlerin elde edilmesi üç basamakta yapılmaktadır.

1. Sorular puanlanır:

SF 36 sorularının puanlaması aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir:

Soru 1

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5.0
2	4.4
3	3.4
4	2.0
5	1.0

Soru 3a – 3j

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0

Soru 4a – 4d

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0

Soru 5a-5c

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0

Soru 6

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Soru 7

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	5.4
3	4.2
4	3.1
5	2.2
6	1.0

Soru 8 (eğer 7 ve 8 sorular yanıtlanmış ise)

Başlangıç puan değeri	7.soru başlangıç değeri	Son puan değeri
1	1.0	6.0
1	2-6 arasında	5.0
2	1-6 arasında	4.0
3	1-6 arasında	3.0
4	1-6 arasında	2.0
5	1-6 arasında	1.0

Soru 8 (eğer 7. soru yanıtlanmamış ise)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	4.75
3	3.5
4	2.25
5	1.0

Soru 9a, 9d, 9e ve 9h

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

Soru 9b, 9c, 9f, 9g ve 9i

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6

Soru 10

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Soru 11a ve 11c

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Soru 11b ve 11d

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

2. Soruların birleştirilmesi ile ölçekler (scales, boyut, bölüm) elde edilir.

Ölçek (boyut)	Soruların son puan değerleri toplamı	Olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	Olası ham değer aralığı
Fizik işlev	$3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3i+3j$	10 – 30	20
Fizik rol	$4a+4b+4c+4d$	4 – 8	4
Ağrı	7+8	2 – 12	10
Genel sağlık algısı	$1+11a+11b+11c+11d$	5 – 25	20
Yaşamsalılık	$9a+9e+9g+9i$	4 – 24	20
Sosyal işlev	6+10	2 – 10	8
Mental rol	$5a+5b+5c$	3 – 6	3
Mental sağlık	$9b+9c+9d+9f+9h$	5 – 30	25

Boyut değeri = $\frac{\text{alınan ham puan} - \text{olası en düşük ham puan}}{\text{olası ham puan aralığı}} \times 100$

Örnek:

Fizik işlev ham puanı 21 ise (olası en düşük değer 10 ve olası ham puan aralığı 20)

$$FF = \frac{21-10}{20} \times 100$$

$$FF = 55$$

3. Boyutların Z skor dönüştürülmesi ile ağırlıklı toplamları hesaplanarak özet değerler elde edilir.

Z skor dönüştürmesi

$$f_i_z = (F_i - 84.52404) / 22.89490$$

$$f_r_z = (FR - 81.19907) / 33.79729$$

$$a_z = (A - 75.49196) / 23.55879$$

$$g_s_z = (GS - 72.21316) / 20.16964$$

$$y_z = (Y - 61.05453) / 20.86942$$

$$s_i_z = (S_i - 83.59753) / 22.37642$$

$$m_r_z = (MR - 81.29467) / 33.02717$$

$$m_i_z = (MS - 74.84212) / 18.01189$$

$$FS = (f_i_z \times 0.42402) + (f_r_z \times 0.35119) + (a_z \times 0.31754) + (g_s_z \times 0.24954) + (y_z \times 0.02877) + (s_i_z \times (-0.00753)) + (m_r_z \times (-0.19206)) + (m_i_z \times (-0.22069))$$

$$MS = (f_i_z \times (-0.22999)) + (f_r_z \times (-0.12329)) + (a_z \times (-0.09731)) + (g_s_z \times (-0.01571)) + (y_z \times 0.23534) + (s_i_z \times 0.26876) + (m_r_z \times 0.43407) + (m_i_z \times 0.48581)$$

$$\text{Fiziksel özet sağlık değeri (FSD)} = 50 + (MS \times 10)$$

$$\text{Mental özet sağlık değeri (MSD)} = 50 + (FS \times 10)$$

11. KAYNAKÇA

1. Hagart J, Billington DR. Towards an understanding of health status: the perceived importance of health status dimensions. *Community Medicine* 1982; 4:12-24.
2. Belek İ. Sınıf Sağlık Eşitsizlik. Birinci Baskı. Sorun yayınları; 1998. S. 34-46.
3. Chiang CL, Cohen RD. How to measure health: A stochastic model for an index of health. *International Journal of Epidemiology* 1973; 2(1): 7-12.
4. Piyal B. İş Sağlığı politikası ve eylem programı için yöntem önerisi. [Doktora tezi]. Ankara. Hacettepe Üniversitesi; 1994.
5. Ergör OA. Makine ve Kimya Endüstrisi Kurumu'na bağlı dört fabrikada, 1994, 1995 ve 1996 yıllarında meydana gelen iş kazalarının incelenmesi. [Doktora tezi]. Ankara. Hacettepe Üniversitesi; 1997.
6. Marx K. Kapital. 1. cilt. Sol yayınları; 3. Baskı; S. 646-658.
7. Patrick DL. Constructing Social Metrics for Health Status Indexes. In: Elinson J, Siegmann AE. editors. *Socio-medical health indicators*. Baywood Publishing Co. NY; 1979: P. 75-85.
8. Navarro V. Health and work under capitalism: An international perspective. I. Chapter: Work, ideology, and science: the case of medicine. Baywood publishing. 1983.
9. Aksakoğlu G, Elçi ÖÇ. Sağlıkta özelleştirme ve sonuçları. *Toplum ve Hekim* 1996; 11(73):67-74.
10. Aksakoğlu G. İnsan, çevre ve sağlık. *Toplum ve Hekim* 1992; 50:44.
11. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı; (Toplum Hekimliği). Uludağ Üniversitesi Yay. II. Baskı 1993; S. 24-46.
12. Kunst AE, Mackenbach J. Measuring socio-economic inequalities in health. *World Health Organization*. EUR/ICP/RPD 416.
13. Drummond MF. Resource allocation decisions in health care: a role for quality of life assessments? *Journal of Chronical Disease* 1987; 40 (6):605-16.
14. Chren MM. Understanding research about quality of life and other health outcomes. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery* 1999; 3(6): 312.
15. Chen MK, Bryant BE. The measurement of health – A critical and selective overview. *International Journal of Epidemiology* 1975; 4(4): 257-64.
16. Marmot MG. Contribution of psychosocial factors to socioeconomic differences in health. *The Milbank Quarterly* 1998; 76(3):403-47.
17. Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology* 1997; 50(5):517-528.

-
18. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring?. *BMJ* 1998; 316:542-5.
 19. Dijkers M. Measuring quality of life; Methodological Issues. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 1999; 78(3): 286-300.
 20. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1999; 7 (2): 5-13.
 21. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *The New England J Med.* 1996; 334 (13):835-40.
 22. Fowle M, Berkeley J. Quality of life – a review of the literature. *Family Practices* 1987; 4(3):226-34.
 23. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring Health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine* 1993; 118:622-29.
 24. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic QOL instruments. *Pharmacoeconomics* 2000; 17 (1): 13-35.
 25. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. QOL measures in health care. 1: applications and issues in assessment. *BMJ*; 305:1074-7
 26. Jenkinson C, Layte R, Coulter A, Write L. Evidence for the sensitivity of the SF 36 health status measure to inequalities in health: results from the Oxford healthy lifestyles survey. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1996; 50:377-80.
 27. Bergsma J, Engel GL. Quality of life: does measurement help? *Health policy* 1988; 10:267-79.
 28. Tarlov AR, Ware JE, Greenfield S, Nelson EC, Perrin E, Zubkoff M. The Medical Outcomes Study. An application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA* 1989; 262 (7): 925-930.
 29. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30 (6): 473-83.
 30. Aydemir Ö, Konsültasyon - liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: kısa form-36 (SF-36). *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1999; 7 (2): 14-22.
 31. Ware JE. Measuring patients' views: the optimum outcome measure. *BMJ* 1993; 306: 1429-30.
 32. Brazier JE, Harper R, Jones NMB, O' Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ* 1992; 305 : 160-4.

-
33. Hemingway H, Nicholson A, Stafford M, Roberts R, Marmot M. The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36 Questionnaire: The Whitehall II Study. *American Journal of Public Health* 1997; 87(9):1484-90.
 34. Hemingway H, Stafford M, Stansfeld S, Shipley M, Marmot M. Is the SF-36 A valid measure of change in population health? Results from the Whitehall II Study. *BMJ* 1997; 315:1273-9.
 35. Garratt AM, Ruta DA, Abdalla MI, Buckingham JK, Russell I. The SF 36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *BMJ* 1993; 306:1440-4.
 36. McHorney C, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-item short form survey (SF-36): II. psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care* 1993; 31 (3): 247-63.
 37. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Health – related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy* 2001; 55:51-69.
 38. Soyer A, Piyal B. Çalışma süreci ve sağlık: tarihsel maddeci bir değerlendirme. *Toplum ve Hekim*. Nisan.1993. İngilizce'den çeviri. Orijinal metin için bkz. Navarro V. *International Journal of Health Services*. 12(1).1982.
 39. Schilling RSF. *Occupational Health Practice: Developments in Occupational Health*. 2nd Ed. 1981. P. 3-26.
 40. Weeks JL, Levy BS, Wagner GR. editors. *Preventing Occupational Disease and Injury: Chapter 1: A public health approach to preventing occupational diseases and injuries*. 1991.
 41. Güzel A, Okur AR. *Sosyal Güvenlik Hukuku: 5. Baskı*. 1996 S. 2-7.
 42. Talas C. *Toplumsal Ekonomi: Çalışma Ekonomisi*. İmge yayınları 7. Baskı. 1997.
 43. Gürsel S, Ulusoy V. *Türkiye'de işsizlik ve istihdam*. Yapı Kredi Yayınları. *Cogito/Ekonomi* 1999; 12-17.
 44. TÜSİAD Tartışma Tebliği Dizisi I. *Türkiye'de işsizlik: yapısal ve yapısal olmayan özellikleri* 1997; 11-20.
 45. Therborn G. The unemployment iceberg: what is beneath, behind, and ahead? *International Journal of Health Services* 1999; 29: 3 ;545-563.
 46. Ansal H, Küçükçiftçi S, Onaran Ö, Orbay BZ. *Türkiye'de emek piyasasının yapısı ve işsizlik*. Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı Yayını 2000;2-9.
 47. Bulutay T. *Employment, unemployment and wages in Turkey*. International Labour Office 1995; 220-60.
 48. Hane Halkı İşgücü Anketi Sonuçları. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. 1999.
 49. Ergönül Ö. *Türkiye'de işsizliğin boyutları*. Sağlık Toplum Siyaset 1999; 20-3.

-
50. Shortt SED. Is unemployment pathogenic? A review of current concepts with lessons for policy planners. *International Journal of Health Services* 1996; 26 (3): 569-89.
 51. Wilson SH, Walker GM. Unemployment and Health *Public Health* 1993; 107:153-162.
 52. Svensson PG. International social and health policies to prevent ill health in the unemployed: The World Health Organization perspective. *Social Science and Medicine* 1987; 25 (2); 201-4.
 53. Brenner MH. Mortality and economic instability: Detailed analyses for Britain and comparative analyses for selected industrialized countries. *International Journal of Health Services* 1983; 13(4): 563-619.
 54. Eyer J. Does unemployment cause the death rate peak in each business cycle? A multifactor model of death rate change. *International Journal of Health Services* 1977; 7(4): 625-61.
 55. Eyer J. Prosperity as a cause of death. *International Journal of Health Services* 1977; 7(1): 125-49.
 56. Moser KA, Fox AJ, Jones DR. Unemployment and mortality in the OPCS longitudinal study. *The Lancet*. 1984 Dec 8; 1324-8.
 57. Morris JK, Cook DG, Shaper AG. Loss of employment and mortality. *BMJ* 1994; 308: 1135-39.
 58. Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld S, Smith GD. Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. *British Medical Journal* 1995; 311(7015):1264-6.
 59. Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld S, Smith GD. An uncertain future: The health effects of threats to employment security in white collar men and women. *American Journal of Public Health* 1998; 88(7): 1030-6.
 60. Morrell S, Taylor R, Quine S, Kerr C, Western J. A case-control study of employment status and mortality in a cohort of Australian youth. *Social Science and Medicine* 1999; 49:383-92.
 61. Westin S, Schlesselman JJ, Korper M. Long-term effects of factory closure: Unemployment and disability during ten years' follow up. *Journal of Clinical Epidemiology* 1989; 42(5):435-41.
 62. Dooley D, Catalano R, Does economic change increase mental disorder? A synthesis of recent research. In: Westcott G, Svensson PG, Zöllner HFK. editors. *Health Policy Implication of Unemployment*; WHO; 1985. P. 57-86.
 63. Ostama A, Lahelma E, Lönnqvist J. Transitions of employment status among suicide attempters during a severe economic recession. *Social Science and Medicine* 2001; 52 (11): 1741-50.

-
64. Johansson SE, Sundquist J. Unemployment is an important risk factor for suicide in contemporary Sweden: an 11 year follow up study of a cross-sectional sample of 37,789 people. *Public Health* 1997; 111:41-45.
65. Lewis G, Sloggett A. Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *British Medical Journal* 1998; 317:1283-6.
66. Petti A, Miotto P. Suicide and unemployment in Italy, 1982-1994. *Journal of Community Health* 1999; 53:694-701.
67. Brenner SO, Levi L. Long- term unemployment among women in Sweden. *Social Science and Medicine* 1987; 25(2):153-161.
68. Hammarström A, Janlert U. Do early unemployment and health status among young men and women affect their chances of later employment? *Scandinavian Journal of Public Health* 2000; 28:10-15.
69. Rodriguez E, Lasch K, Mead JP. The potential role of unemployment benefits in shaping the mental health impact of unemployment. *International Journal of Health Services* 1997; 27(4): 601-23.
70. Altman DG. Relation between two continuous variables. In: *Practical statistics for medical research. Multiple regression* 1991; P: 336-51.
71. Türkiye'de çalışma yaşamı bibliyografyası. Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı.2000.
72. İş ve İşçi Bulma Kurumu İstatistik Yıllığı.1998.
73. Studnicka M, Studnicka-Benke A, Wögerbauer G, Rastetter D, Wenda R, Gathmann P, Ringel E. Psychological health, self-reported physical health and service use. Risk differential observed after one year of unemployment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1991; 26:86-91.
74. Hammarström A, Janlert U, Theorell T. Youth unemployment and ill health: results from a 2 year follow up study. *Social Science and Medicine* 1988; 26(10): 1025-33.
75. Graetz B. Health consequences employment and unemployment: longitudinal evidence for young men and women. *Social Science and Medicine* 1993; 36 (6):715-24.
76. Kirschenbaum A, Oigenblick L, Goldberg AI. Well being, work environment and work accidents. *Social Science and Medicine* 2000; 20:631-9.
77. Belek İ. Algılanan sağlıkta sınıfsal ve sosyoekonomik eşitsizlikler. Antalya'da bir alan araştırması. *Toplum ve Hekim* 1998; 13 (4):292-9.
78. Claussen B. Alcohol disorders and re-employment in 5 year follow-up of long term unemployed. *Addiction* 1999; 94(1):133-8.
79. Morris JK, Cook DG, Shaper AG, Non-employment and changes in smoking, drinking, and body weight. *BMJ* 1992; 304:536-41.

-
80. Arjas PL, Liira J, Mutanen P, Malvivaara A, Matikainen E. Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study. *BMJ* 1999; 319: 600-5.
81. Write EO. A general framework for the analysis of class. In: *Classes*. P: 64-104. Verso.1997.
82. Pekkanen J, Tuomilehto J, Uutela A, Vartiainen E, Nissinen A. Social class, health behaviour, and mortality among men and women in eastern Finland. *BMJ* 1995; 311: 589-593.
83. Power C, Matthews S. Origins of health inequalities in a national population sample. *The Lancet* 1997; 350:1584-9.
84. Syme SL. Social and economic disparities in health: Thoughts about intervention. *The Milbank Quarterly* 1998; 76(3):493-505.
85. Borrell C, Rohlfis I, Ferrando J, Pasarin MI, Berjon FD, Plasencia A. Social inequalities in perceived health and the use of health services in a southern European urban area. *International journal of Health Services* 1999; 29 (4): 743-64.
86. Marmot MG, Fuhrer R, Ettner SL, Marks NF, Bumpass LL, Ryff CD. Contribution of psychosocial factors to socioeconomic differences in health 1998; 76(3).
87. Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: A European perspective. *The Milbank Quarterly* 1998; 76(3):469-91.
88. Burstrom B, Whitehead M, Lindholm C, Diderichsen F. Inequality in the social consequences of illness: how well do people with long term illness fare in the British and Swedish labor markets?. *International Journal of Health Services* 2000; 30 (3): 435-51.
89. Schrijvers CTM, Mheen HD, Stronks K, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in the working population: the contribution of working conditions. *International Journal of Epidemiology* 1998; 27:1011-8.
90. Vahtera J, Virtanen P, Kivimaki M, Pentti J. Workplace origin of health inequalities. *Journal of Epidemiology and community Health* 1999; 53:399-407.
91. Kessler RC, Turner JB, House S. Effects of unemployment on health in a community survey: Main, modifying, and mediating effects. *Journal of Social Issues* 1988; 44(4): 69-85.
92. Stern J. The relationship between unemployment, morbidity and mortality in Britain. *Population Studies* 1983; 37:61-74.
93. Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ*1998; 317(7151):115-20.
94. Smith R. "I feel really ashamed": how does unemployment lead to poorer mental health. *BMJ* 1985; 291:1409-12.

-
95. Brinkmann C. Health problems in the initial phase of unemployment. Health policy implications of unemployment 1985; 273-91. WHO.
 96. Smith R. Bitterness, shame, emptiness, waste: an introduction to unemployment and health. British Medical Journal 1985; 291:10247.
 97. Forbes JF, McGregor A. Male unemployment and cause specific mortality in post war Scotland. International Journal of Health Services 1987; 17 (2):233-9.
 98. Westcott G, Svensson PG, Zöllner HFK. Health policy implications of unemployment. World Health Organisation 1985.
 99. Tınar MY. Çalışma psikolojisi. Birinci Baskı: 98-112.1996.
 100. Montgomery SM, Cook DG, Bartley MJ, Wandsworth EJ. Unemployment pre-dates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men. International Journal of Epidemiology 1999; 28:95-100.
 101. Dooley D, Prause J, Kathleen A. Underemployment and depression: longitudinal relationships. Journal of Health and Social Behaviour 2000; 41:421-36.
 102. Peterson M, Wilson J. Job satisfaction and perceptions of health. Journal of Occupational and Environmental Medicine 1996; 38 (9):891-898.
 103. Cheng Y, Kawachi I, Coakley EH, Schwartz J, Colditz G. Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. British Medical Journal 2000; 320:1432-6.
 104. Friis L, Carter N, Edling C. Self reported health problems among Swedish miners one year after unemployment. Occupational Medicine; 48(5): 297-301.
 105. Abramson JH, Abramson ZH. Epidemiological research evaluation clinical trials. In: Survey methods in community medicine Fifth Ed. 1999; p: 301.
 106. Bartley M, Owen C. Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973-93. BMJ 1996; 313 (7055):445-9.
 107. Sabancı A. Ergonomi Baki kitapevi. 1999; S. 103.
 108. Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, David S, Bugel I, Landre MF. Psychosocial work environment and cardiovascular risk factors in an occupational cohort in France. Journal of Epidemiology and Community Health 1998; 52:93-100.
 109. Sokejima S, Kagamimori S. Working hours as a risk factor for acute myocardial infarction in Japan. BMJ 1998; 317 (7161):775-81.
 110. Kawakami N, Araki S, Takatsuka N, Shimizu H, Ishibashi H. Overtime, psychosocial working conditions, and occurrence of non-insulin dependent diabetes mellitus in Japanese men. Journal of Epidemiology and Community Health 1999; 53:359-63.

-
111. Wannamethee SG, Shaper G. Socioeconomic status within social class and mortality: A prospective study in middle aged British men. *International Journal of Epidemiology* 1997; 26(3):532-41.
112. Nicholson PJ, D'Auria DAP. Shift work, health, the working time regulations and health assessments. *Occupational Medicine* 1999; 49(3):127-37.
113. Benavides FG, Benach J, Diez-Roux AV, Roman C. How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on working conditions. *Journal of Community Health* 2000; 54:494-501.
114. Boratav K. İstanbul ve Anadolu'dan sınıf profilleri. *Tarih Vakfı Yurt Yayınları* 1995; S.57.
115. <http://www.ilo.org>: World Employment Report 2001: Life at work in the information economy. ILO.
116. Ferrie JE. Health consequences of job insecurity. In: Ferrie JE, Marmot MG, Griffiths J, Ziglio E. editors. *Labour market changes and job insecurity*. WHO Regional Publications, European Series, No.81. 1999; 59.
117. Demirsoy AC. The MOS SF-36 Health Survey: A validation study with a Turkish sample. [Master tezi] . Boğaziçi Üniversitesi. İstanbul. 1999.
118. Demiral Y, Aslan BU, Ergör A. Internal consistency of Turkish version of SF 36 in a group of unemployed individuals. Inaugural Euroconference-Eastern Mediterranean Region. Atina. 7-10 Ocak. 2001; 40-2.
119. International Resource Center for health Care Assessment. How to score the SF-36 Health Survey. Boston MA. 2nd printing, 1994.
120. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 physical and mental health summary scales: A user's manual. Health assessment Laboratory. New England Medical Center. Boston MA. 5th Ed. 1994.