



Meslek hastalıkları polikliniğine başvuranlarda yaşam kalitesi düzeyi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi

Seher Kurtul¹, Funda Kaya Ak², Meral Türk³

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye.

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye.

³ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye.

Öz

Meslek hastalıkları polikliniğine başvuranlarda yaşam kalitesi düzeyi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi

Amaç: Yaşam kalitesi; bireyin fiziksel fonksiyonu, iş ve kişisel yaşamı, psikolojik durumu, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkileri ve kişinin yaşadığı çevreden, sağlık ve istihdam politikalarından etkilenebilen çok boyutlu bir yapıdır. Çalışmamızda meslek hastalıkları polikliniğine başvuranlarda yaşam kalitesini değerlendirmeyi, ilişkili sosyodemografik, mesleki özellikler, sağlık durumlarını ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: Kasım 2018–Kasım 2019 tarihleri arasında meslek hastalıkları polikliniğine başvuran 168 katılımcı çalışmaya dahil edildi. Yaşam kalitelerini değerlendirmek için Dünya Sağlık Örgütü, Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların %87.5'i erkek, yaş ortalaması 40.46(±0.7) idi. WHOQOL-BREF alt parametre alan ortalamaları sırasıyla çevre alanı (58.6±16.8), psikolojik alan (56.4±18.9), sosyal ilişkiler alanı (56.2±22.7), fiziksel sağlık alanı (47.9±20.6) idi. Çalışmamızda kadınlarda, işsiz olanlarda, vardiyalı çalışan, aylık geliri düşük, meslek hastalığı ve komorbid hastalığı olanlarda yaşam kalitesi puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu gözlenmiştir(p<0.05).

Sonuç: Yaşam kalitesi ile ilişkili etmenlerden; cinsiyet, çalışma durumuna yönelik gelir dağılımındaki eşitsizlik ve işsizlik sorununu giderici politikalar geliştirilmeli ve ayrıca meslek hastalığı risk faktörleri için çalışma ortamı yeniden düzenlenmeli, düzenli sağlık muayeneleri yapılmalı ve işçi sağlığı ve güvenliği kurallarının yerine getirilmesi sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çalışma ortamı, Yaşam kalitesi, Meslek hastalığı

Abstract

Evaluation of quality of life level and related factors in those who applied to the occupational diseases outpatient clinic

Objective: Quality of life; is a multidimensional structure that can be affected by an individual's physical function, work and personal life, psychological state, social relations within and outside the family, and the environment in which the person lives. We aimed to evaluate the quality of life in patients who applied to the occupational diseases outpatient clinic, to reveal the related sociodemographic, occupational characteristics and health status.

Method: The World Health Organization, Short Form of the Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF) was used to assess 168 participants' quality of life who applied to outpatient clinic between November 2018 and November 2019.

Results: 87.5% of the participants were male and the mean age was 40.46 (±0.7). The mean of WHOQOL-BREF sub-parameter domains were environmental (58.6±16.8), psychological (56.4±18.9), social relations (56.2±22.7) and physical health (47.9±20.6), respectively. It was observed that quality of life scores were significantly lower in women, unemployed, working in shifts, low monthly income, and those with occupational diseases and comorbid diseases (p<0.05).

Conclusion: Policies should be developed for the problem of gender, inequality in income distribution and unemployment, and also the working environment should be reorganized for risk factors of occupational diseases, periodic health examinations should be made and employees should be ensured to obey with occupational health and safety rules.

Keywords: Workplace, Quality of life, Occupational disease

Nasıl Atf Yapmalı: Kurtul S, Ak FK, Türk M. Meslek hastalıkları polikliniğine başvuranlarda yaşam kalitesi düzeyi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. MKÜ Tıp Dergisi. 2022;13(46):144-151. <https://doi.org/10.17944/mkutfd.978078>

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Seher Kurtul, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye.

Email: seherkurtul79@gmail.com

ORCID id: 0000-0003-1287-4373

Geliş/Received: 3 Ağustos 2021

Kabul/Accepted: 30 Mart 2022

GİRİŞ

Yaşam kalitesinin tüm bilimler açısından kesin ve net bir tanımı olmamakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini “bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve endişelerine göre kendi yaşamını algılaması” olarak tanımlamıştır (1). Yaşam kalitesi; bireyin fiziksel fonksiyonu, iş ve kişisel yaşamı, psikolojik durumu, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkileri ve kişinin yaşadığı çevreden etkilenebilen çok boyutlu bir yapıdır (2). Zaman içinde değişebilir, bireylerin yaşantısı ve beklentileriyle ilişkilidir, bu nedenle objektif olarak ölçülmesi zordur (3,4). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki etkilerini ve bireylerin yaşamlarındaki algıladıkları fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal işlevselliği ifade etmektedir. Yaşam kalitesi belirleyicileri arasında; cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal destek, yaşanılan konut ve özellikleri, sağlık, eğitim, gelir, iş yaşamı, boş zaman aktiviteleri sayılabilmektedir (5).

Çalışma ortamı, yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. İş yaşamı sosyal bir aktivitedir ve çalışanların sağlık, sosyal ve kültürel durumlarına ve yaşam kalitesine olumlu veya olumsuz yönde etki eden faktörlere sahiptir (6). Çalışmak gelirin yanı sıra, kişinin kendini yeniden üretmesini sağlamakta, aynı zamanda sosyal temas, yaratıcı olma, yeni şeyler öğrenme ve tatmin ve keyif duygusu veren faaliyetlerde bulunma fırsatları sunmaktadır. Kişinin yaşam kalitesi, iş nedeniyle ayrımcılık, taciz, güvensizlik veya fiziksel yaralanma korkusu yaşadığında veya yetersiz olduğunu düşündükleri bir ücret için uzun saatler çalışmak zorunda kaldıklarında bozulabilmektedir (7). Çalışma yaşamı ve sağlık ilişkisinde temel belirleyiciler çalışma ortamı (fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikososyal risk faktörleri), çalışma koşulları (süre, ücret, vardiya, gece çalışma), çalışma ilişkileri (örgütlenme, iş güvencesi, istihdam biçimi), bireysel ve yaşanılan çevreye özgü özelliklerdir (8).

Kronik hastalıklar ve komplikasyonları bireyin fonksiyonel kapasitesinin azalmasına, çalışma performansının düşmesine, yaşam kalitesinin bozulmasına ve sosyal izolasyona neden olurken; ailenin yaşam tarzı ve ilişkilerini de olumsuz yönde etkilemektedir (9). İşyerine ait risk faktörlerine maruz kalım sonucu ortaya çıkan meslek hastalığına ve kronik hastalığa sahip olan bireylerde yapılan çalışmalarda bireylerin yaşam kalitesinin bozulabildiği gösterilmiştir (10-12).

Çalışanların yaşam kalitesi bilindiğinde, refahın artırılması için gerekli değişiklikleri tespit etmek mümkündür. Sağlık programları, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçütleri yaygın olarak kullanılmaktadır (13,14).

Bu çalışmanın amacı, bir üniversite hastanesi meslek hastalıkları polikliniğine başvuranlarda yaşam kalitesini değerlendirmek ve sosyodemografik, mesleki özellikler, sağlık durumları gibi ilişkili faktörleri belirlemektir.

YÖNTEM

Bu çalışma bir üniversite hastanesinde meslek hastalıkları polikliniğine başvuran işçiler üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmadır. Kasım 2018–Kasım 2019 tarihleri arasında meslek hastalıkları polikliniğine başvuranların tamamı (168 katılımcı) araştırma kapsamına alınmıştır. Tüm katılımcılara çalışmanın içeriği ve amacı açıklanmış ve katılımın gönüllülük esasına dayandığına dair kişisel onamları alınmıştır. Anket sorularını eksiksiz yanıtlayan tüm bireyler değerlendirmeye alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak Ege Üniversitesi İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniği anamnez formu ve Dünya Sağlık Örgütü, Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) kullanılmıştır. Ölçek, Eser ve arkadaşları tarafından 1999 yılında Türkçeye uyarlanmış ve geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları gerçekleştirilmiştir (15). WHOQOL-BREF, bireylerin son 15 güne ait bedensel (7 madde), ruhsal (6 madde), sosyal (3 madde) ve çevresel (8 madde) iyilik hallerini ölçmekte ve 26 sorudan oluşmaktadır. Soruların cevapları 5'li Likert Ölçeği üzerinden 1-5'e kadar puanlanan kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. Bedensel alanda, gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, hareketlilik, ağrı, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili sorular yer almaktadır. Ruhsal alan, olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, dış görünüş, kişisel inançlar, dikkatini toplama; sosyal alanı ise diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Çevre alanında ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmetleri, ulaşılabilirlik, boş zamanları değerlendirme fırsatları, fiziksel çevre ve ulaşım ile ilgili sorular bulunmaktadır. Fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanında alan puan ortalamaları hesaplanabilmektedir. Ölçeğin toplam puanı olmayıp her bir alan, birbirinden bağımsız olarak kendi alanındaki yaşam kalitesini ifade etmektedir. Alan puanları 4-20 arasında ve 0-100 arasında ayrı ayrı hesaplanabilmektedir. Bu çalışmada 0-100 arası puanlar kullanılmıştır. Her alan için puan yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir (16).

Sosyodemografik değişkenler olarak cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim düzeyi, vücut kitle indeksi (VKİ), sigara ve alkol kullanımı, komorbid hastalık varlığı; işle ilgili faktörler olarak çalıştığı sektör, vardiyalı çalışma öyküsü, mevcut çalışma durumu, aylık gelir ve aldıkları meslek hastalığı tanılarına ilişkin bilgilere poliklinikte kullanılmakta olan Meslek Hastalıkları Anamnez Formu'ndan ulaşılmıştır. Katılımcıların meslek hastalıkları tanısı meslek hastalıkları uzmanı tarafından konulmuş ve sağlık kurulu raporu düzenlenmiştir.

Katılımcılar yaşa (≤ 40 yaş, >40 yaş) ve VKİ'ne göre (<25 kg/m² veya ≥ 25 kg/m²) sınıflandırıldı. Sigara ve alkol tüketimi için son 6 aylık süre dikkate alındı: Aktif veya son 6 ay içerisinde içenler ve hiç içmeyen veya son 6 aydan önce bırakmış olanlar şeklinde gruplandı. Son 1 yıl veya daha uzun süredir düzenli olarak dönüşümlü gece vardiyasında çalışanlar vardiyalı çalışan olarak kabul edildi.

İstatistiksel Analiz

Araştırmanın verileri SPSS 21 paket programı yardımıyla değerlendirilmiştir. Ölçüm değişkenleri ortalama \pm standart sapma (SS) olarak, gruplandırılmış veriler ise sayı (yüzde) tabloları ile sunulmuştur. Ölçümle elde edilen verinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Smirnov testi ile değerlendirildi. İkili gruplarda ölçüm değişkenlerinin karşılaştırılmasında Student's t testi, Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grupta ölçüm değişkenlerinin karşılaştırılması için ise One Way Anova, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Farkın kaynaklandığı değişkeni belirlemek üzere Bonferroni düzeltmesi ile Mann Whitney U testi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edildi.

BULGULAR

Katılımcıların %87.5'i erkek, %81.5'i evli, %57.1'i ilköğretim mezunu idi. Yaş ortalaması 40.46(± 0.7) olup %50'sinin yaşı 40 ve üzerinde, %56'sının VKİ 25 ve üzerinde idi. Başvuranların %50'si sigara, %11.5'i alkol içme öyküsüne sahipti. %47.6'sı sanayi sektöründe, %42.9'u vardiyalı sistemde çalışıyordu. Katılımcıların % 47.6'sı poliklinik başvurusu esnasında emekli olmadığı halde herhangi bir işyerinde çalışmıyordu ve çalışılan dönemde %72.6'sı asgari ücretten fazla kazanmaktaydı. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki verileri ayrıntılı olarak Tablo 1'de gösterilmiştir.

Katılımcıların, fiziksel sağlık ortalama puanı 47.9 \pm 20.6, psikolojik puanı 56.4 \pm 18.9, sosyal ilişkiler puanı 56.2 \pm 22.7, çevre puanı 58.6 \pm 16.8 olarak bulundu. Katılımcıların sosyodemografik, mesleki özellikleri ile yaşam kalitesi ölçeğinin ortalamalarının karşılaştırmalı analizini değerlendirdiğimizde; kadınlarda, işsiz olanlarda, geliri asgari ücret düzeyinde olanlarda fiziksel sağlık alanı ortalama puanlarının; vardiyalı çalışanlarda ve işsiz olanlarda psikolojik ortalama puanlarının; işsiz olanlarda, geliri asgari ücret düzeyinde olanlarda sosyal ilişkiler ortalama puanlarının; vardiyalı çalışanlarda, geliri asgari ücret düzeyinde olanlarda çevre ortalama puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu izlendi (Tablo 2, Tablo 3).

Tablo 1 : Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerin dağılımı

	n	%	
Cinsiyet	Erkek	147	87.5
	Kadın	21	12.5
Yaş	40 yaş altı	84	50
	40 yaş ve üzeri	84	50
Medeni durum	Evli	137	81.5
	Bekar	31	18.5
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	96	57.1
	Ortaöğretim	58	34.5
	Üniversite	14	8.3
Vücut Kitle İndeksi	<25	74	44
	≥ 25	94	56
Sigara içme öyküsü	Evet	84	50
	Hayır	84	50
Alkol içme öyküsü	Evet	19	11.5
	Hayır	149	88.7
Çalıştığı sektör	Tarım	41	24.4
	Sanayi	80	47.6
	Hizmet	47	28
Vardiyalı çalışma	Var	72	42.9
	Yok	96	57.1
Mevcut çalışma durumu	Çalışıyor	68	40.5
	İşsiz	80	47.6
	Emekli	20	11.9
Gelir durumu	Asgari ücret	46	27.4
	Asgari ücretten fazla	122	72.6

Katılımcıların mevcut sağlık durumlarına baktığımızda, %75.6'sının meslek hastalığı tanısı aldığı ve %61.9'unun ise en az bir komorbid hastalığı olduğu izlendi. Meslek hastalığı tanısı alanların ise %51.9'u tek bir sisteme ait olan meslek hastalığı tanısı mevcuttu (Tablo 4). Tanı konulan meslek hastalıklarının arasında sırasıyla kas iskelet sistemi rahatsızlıkları (%39.9), işitme bozuklukları (%38.7), solunumsal bozukluklar (%19), deri hastalıkları (%5.4), psikiyatrik bozukluklar (%3.6) yer almaktaydı.

Katılımcıların mevcut sağlık durumları ile yaşam kalitesi ölçeği ortalamalarının karşılaştırmalı analizini değerlendirdiğimizde; meslek hastalığı tanısı alanlarda, çoklu sisteme ait meslek hastalığı ve komorbid hastalığı olanlarda fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler alan ortalama puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu izlendi (Tablo 4).

Tablo 2. Katılımcıların WHOQOL-BREF ölçeğinin ortalama puanların dağılımı ve sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması

		Fiziksel Sağlık ^a	Psikolojik ^a	Sosyal İlişkiler ^a	Çevre ^b
		(ortalama±SD)	(ortalama±SD)	(ortalama±SD)	(ortalama±SD)
Toplam katılımcı		47.9±20.6	56.4±18.9	56.2±22.7	58.6±16.8
Cinsiyet	Erkek	49.2±20.3	57.1±18.8	56.8±22.8	58.5±16.90
	Kadın	38.7±20.6	52.1±20.0	51.9±21.8	59.0±16.1
	p değeri	0.036	0.400	0.416	0.897
Yaş	40 yaş altı	45.9±19.1	57.2±18.1	56.8±19.9	58.9±16.4
	40 yaş ve üzeri	49.9±21.9	55.7±19.7	55.6±25.2	58.3±17.3
	p değeri	0.297	0.261	0.736	0.820
Medeni durum	Evli	49.0±20.7	57.4±18.9	57.4±16.3	58.8±17
	Bekar	42.9±19.3	52.1±18.9	50.8±22.2	57.4±16.3
	p değeri	0.148	0.215	0.129	0.669
Eğitim düzeyi	İlköğretim	47.6±19.6	57.2±17.4	57.0±22.4	58.2±17.1
	Ortaöğretim	49.0±21.5	55.8±22.3	55.0±24.8	58.8±17.1
	Üniversite	45.4±24.3	54.1±13.4	55.9±14.7	60.0±13.9
	p değeri	0.803	0.814	0.982	0.925
Vücut Kitle İndeksi	<25	46.4±21.1	55.3±18.5	56.4±23.6	57.7±16.6
	≥25	49.1±20.2	57.4±19.3	56.1±22.0	59.3±17.0
	p değeri	0.392	0.577	0.729	0.539
Sigara kullanımı	Evet	48.8±23.0	55.8±19.7	59.2±24.1	59.5±17.8
	Hayır	47.0±17.9	57.1±18.2	53.2±20.8	57.7±15.8
	p değeri	0.718	0.852	0.066	0.476
Alkol kullanımı	Evet	53.1±22.4	59.8±15.0	62.2±20.4	62.3±18.1
	Hayır	47.2±20.3	56.0±19.4	55.4±22.9	58.1±16.6
	p değeri	0.262	0.635	0.298	0.310

^a : Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis Testi ^b : Student's t testi, One Way Anova

TARTIŞMA

Bir üniversite hastanesinde meslek hastalıkları polikliniğine başvuranlarda yaşam kalitesini değerlendiren çalışmamızda meslek hastalığı tanısı alanlarda WHOQOL-BREF alt parametre alan ortalamaları sırasıyla çevre alanı (57.4±15.9), psikolojik alan (55.1±17.6), sosyal ilişkiler alanı (54.3±21.7), fiziksel sağlık alanı (45.6±19.4) olarak bulundu. Fiziksel, psikolojik ve sosyal alan puanlarının meslek hastalığı tanısı almayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görüldü.

Çalışmamızda erkek katılımcılar fiziksel sağlık alanında daha yüksek puana sahipti. Katılımcıların çoğunluğu yüksek derecede fiziksel güç ve dayanıklılık gerektiren sanayi ve tarım sektöründe çalışmaktaydı. Erkeklerin bu işler için daha uygun olabileceği düşünüldüğü için katılımcıların

%87.5'i erkeklerden oluşmaktaydı. Ayrıca toplumsal cinsiyet rolü olarak tanımlanan ve toplumların kadınlara yüklediği yemek pişirme, temizlik, çocuk ve diğer aile üyelerinin bakımı gibi farklı beklenti ve sorumluluklar kadınların yaşam kalitelerini erkeklere oranla oldukça aşağıya çekmektedir (17,18). Çalışan kadınların tatmin edici bir iş-yaşam dengesi kurmada erkeklerden daha fazla zorlandıkları görülmektedir (19).

Değişen sosyal şartlar, artan gelir düzeyi, işverenin tercihi, teknolojik değişimler, rekabet ortamı gibi çeşitli nedenlerden dolayı gece çalışmak, giderek daha yaygın hale gelmektedir Vardiyalı çalışanlar, alışılmış çalışma ve sosyal yaşamının dışına çıkılmasından ve uyku-uyanıklık periyodundaki bozulmasından ötürü pek çok fiziksel ve psikiyatrik sorunlarla karşı karşıyadırlar (20). Bu sonuçlarla

Tablo 3 : Katılımcıların mesleki özellikler ile WHOQOL-BREF ölçeği ortalama puanlarının karşılaştırılması

Mesleki özellikler		Fiziksel Sağlık ^a (ortalama±SD)	Psikolojik ^a (ortalama±SD)	Sosyal ilişkiler ^a (ortalama±SD)	Çevre ^b (ortalama±SD)
Çalıştığı sektör	Tarım	52.7±21.7	58.6±15.1	58.7±24.2	56.3±19.0
	Sanayi	48.9±20.8	57.6±21.3	56.2±23.6	61.6±15.2
	Hizmet	42.0±18.1	52.6±17.4	54.0±19.8	55.5±16.8
	p değeri	0.066	0.223	0.571	0.085
Vardiyalı çalışma	Var	46.9±20.0	53.9±18.9	54.5±23.3	56.1±16.5
	Yok	49.3±21.4	59.9±18.5	58.5±21.7	61.9±16.7
	p değeri	0.504	0.046	0.285	0.025
Mevcut çalışma durumu ^c	Çalışıyor	53.2±22.4	61.7±19.9	61.5±20.3	60.8±16.8
	İşsiz	41.9±17.0	51.2±16.2	50.0±20.3	56.0±16.0
	Emekli	47.3±19.2	53.3±18.8	56.2±23.2	58.2±18.8
	p değeri	0.005	0.001	0.008	0.220
Gelir durumu	Asgari ücret	40.7±15.4	52.4±19.1	49.8±23.0	52.1±15.0
	Asgari ücretten fazla	50.6±21.7	58.0±18.7	58.6±22.1	61.0±16.9
	p değeri	0.008	0.113	0.032	0.002

^a : Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis Testi ^b : Student's t testi, One Way Anova, ^c : Bonferroni düzeltmesi ile Mann Whitney-U testi

Tablo 4 : Katılımcıların mevcut sağlık durumlarının dağılımı ve WHOQOL-BREF ölçeği ortalama puanlarının karşılaştırılması

		n	%	Fiziksel Sağlık ^a (ortalama±SD)	Psikolojik ^a (ortalama±SD)	Sosyal ilişkiler ^a (ortalama±SD)	Çevre ^b (ortalama±SD)
Meslek hastalığı tanısı	Evet	127	75.6	45.6±19.4	55.1±17.6	54.3±21.7	57.4±15.9
	Hayır	41	24.4	55.1±22.6	60.7±22.2	61.9±24.9	54.7±16.5
	p değeri			0.017	0.032	0.018	0.097
Meslek hastalıkları grup	Tek sistem etkilenmesi	68	51.9	50.5±19.9	59.2±16.6	58.0±19.8	59.6±14.7
	Çoklu sistem etkilenmesi	63	48.1	40.3±16.9	50.9±17.8	50.1±23.0	62.4±19.1
	p değeri			0.002	0.008	0.027	0.076
Komorbid hastalık	Var	104	61.9	43.7±19.1	53.2±17.1	52.9±21.6	57.0±15.4
	Yok	64	38.1	54.6±21.2	61.7±20.6	61.5±23.5	61.1±18.7
	p değeri			0.001	0.011	0.033	0.124

^a : Mann Whitney-U testi, ^b : Student's t testi

uyumlu olarak çalışmamızda vardiyalı sistemde çalışanlarda psikolojik ve çevresel alanda önemli ölçüde daha düşük puan ortalamasına sahip olduğu izlendi. Gece vardiyasında çalışan insanlar, yaşam ortamlarına erişmek veya bunlarla etkileşim kurmak için daha az fırsata sahip olmaktadır (21). Ayrıca vardiyalı çalışmadan dolayı uyku kalitesi bozulmuş çalışanlarda anksiyete belirtileri ve depresif belirtilerin daha sık olduğu gösterilmiştir. Sonuç olarak da yaşam kalitesi etkilenmektedir (22).

Çalışma, üretken insanların özerkliğini, bağımsızlıklarını ve onurlarını korumaya katkıda bulunmaktadır ve bu nedenle gerçek bir temel sosyal haktır. Sonuçlara baktığımızda mevcut durumda başvuru sırasında herhangi bir işte çalışmayanlarda fiziksel sağlık, psikolojik ve sosyal ilişkiler alanında puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu izlendi. İşsizlik hem bireysel hem de sosyal düzeyde negatif etkilere neden olmaktadır. İşsizlikle birlikte gelirin yitirilmesi psikolojik yıkım sürecini başlatmakta ve zaman içerisinde yoksullaşmayla beraber fiziksel ve ruhsal sağlık bozulmakta ve özgüven yitirilmektedir. Sosyolojik açıdan ise bireyin toplumla bütünleşmesini sağlayan iş bağının kopmasına neden olmaktadır (23). McKee-Ryan ve arkadaşları, işsiz bireylerin çalışan akranlarına göre daha düşük psikolojik ve fiziksel iyiliğe sahip olduğunu gözlemiştir (24).

Yaşam kalitesini en temel belirleyicilerinden biri şüphesiz aylık gelir düzeyidir. Bireylerin temel fiziksel ihtiyaçlarını giderebilme düzeyini belirlemesinin yanı sıra daha iyi eğitim, sağlık, konut, sosyal etkileşim, genel yaşam tarzı koşulları, dolayısıyla yaşam kaliteleri ile de doğrudan ilişkilidir (25). Plastik cerrahlarda yapılan bir çalışmada aylık gelirin yüksek olması ile fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevre puanlarının yüksekliği ilişkili bulunmuştur (26). Genel olarak yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalara bakıldığında gelir seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı görülmektedir (27,28). Bununla uyumlu olarak çalışmamızda asgari ücretten daha fazla miktarda gelire sahip olanlarda, asgari ücret gelire sahip olanlara oranla anlamlı düzeyde fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, çevre alan puan ortalamaları daha yüksek olduğu görüldü.

Meslek hastalıkları, mesleki risk faktörlerine maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalıklardır. Meslek hastalıkları da kronik hastalıklar gibi bireylerin yaşam kalitesinde önemli ölçüde azalmaya yol açabilmektedir. Çalışmamızda meslek hastalığı tanısı alanlarda ve birden fazla meslek hastalığına sahip olanlarda fiziksel, psikolojik ve sosyal alan puanları anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görüldü. Çin'de 303 meslek hastalıkları tanısı alanlarda yapılan bir çalışmada fizyolojik, enerji, fiziksel ağrı, genel sağlık, sosyal, emosyonel ve zihinsel sağlık puanları Çin'deki genel popülasyondan daha düşük olduğu bulunmuş ve bu farklılıkların istatistiksel

olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yaşam kalitesi puanlarını etkileyen başlıca faktörlerin ise; meslek hastalıklarının türleri, özürülük düzeyi, hastalık süresi, başka hastalıklardan muzdarip olma durumu, yaş, eğitim düzeyi, ekonomik gelir, sağlık güvencesi, iş kazası sigortası ve ayrıca ve sosyal desteğe hak kazanıp kazanmadıkları olduğu izlenmiştir (12). Li ve arkadaşları, meslek hastalığı olanlarda yaşam kalitesinde sosyal, psikolojik, fizyolojik ve çevresel alan puanlarını anlamlı derecede düşük olarak saptamış ve her bir alandaki puanların akciğer hasarının derecesi, komplikasyonlar, hastalığın seyri, başlangıç yaşı, gelir ve istihdam durumundan etkilendiğini göstermiştir (10).

Kronik hastalıkların çoğu, bireyin yaşama yeteneğini kısıtlayarak, genel sağlığı kötüleşmesine, performansın sınırlanmasına, yaşam kalitesinde düşmeye ve artan sağlık bakım maliyetlerine yol açabilmektedir (29). En az bir tane komorbid hastalığa sahip olan katılımcıların fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler alanlarında istatistiksel olarak daha yüksek ortalama puana sahip olduğu izlendi. Çalışmamızla benzer olarak 2009 yılında Brezilya'da 920 katılımcı üzerinde yapılan bir çalışmada, kronik hastalık varlığının yaşam kalitesinin azalmasına neden olabileceğini göstermiştir (30). Özellikle kas-iskelet sistemi hastalıkları çok sayıda hastalık nedeni izinlerden sorumludur ve çalışanların yaşam kalitesi ve esenliği üzerinde doğrudan etkiye sahiptir (31).

Bu çalışma ülkemizde farklı sektörlerde çalışan ve meslek hastalıkları tanısı almış olanlarda yapılmış ilk çalışmadır. Bu nedenle çalışmanın sonuçları, hem işyerlerinde yer alan çalışan sağlığı ile ilişkili risk faktörlerini anlamak hem de bu faktörlerin yaşam kalitesine etkisine dikkat çekmek açısından literatüre katkı sağlamaktadır.

Çalışmamızın birtakım sınırlılıkları mevcuttur. Çalışmamız kesitsel tasarımı nedeniyle nedensel bir ilişki ortaya koyamamaktadır. Ayrıca katılımcıların ön planda sanayi ve tarım sektöründen olması nedeniyle kadın çalışan sayısı erkeklerden çok azdı. Katılımcıların mesleki verileri kendi ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

SONUÇ

Çalışmamızda kadınlarda, işsiz olanlarda, vardiyalı çalışan, aylık geliri düşük, meslek hastalığı ve komorbid hastalığı olanlarda yaşam kalitesi puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu gözlenmiştir. Yaşam kalitesi düşüklüğü ile ilişkili bulunan cinsiyet açısından hem kadının hem işgücüne katılımındaki engellerin, eğitim alanındaki eşitsizliklerin, çifte iş yükü, toplumsal cinsiyet rolü gibi muhafazakar, ataerkil düzeni destekleyen politikalarla vazgeçilmesi yaşam kalitesi açısından önemlidir. Yaşam kalitesi ilişkili olan işsizlik sorunu bireysel düzeyde çözülemeyecek bir sorun olup ancak istihdamın geliştirilen politikalarla artırılması, iş güvencesinin

sağlanması ile mümkün olacaktır. Gelir dağılımındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması yönündeki politikalar, iş güvencesinin sağlanması ile mümkün olup yaşam kalitesini yükseltmede etkili olacaktır. Kronik hastalıklar sağlık hizmetine erişimdeki engeller nedeniyle yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Meslek hastalığı açısından çalışma ortamı yeniden düzenlenmeli, düzenli sağlık muayeneleri yapılmalı ve çalışanların iş sağlığı ve güvenliği kurallarına uymaları sağlanmalıdır.

BİLDİRİMLER

Değerlendirme

Dış danışmanlarca değerlendirilmiştir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir malî destek kullanımı bildirmemişlerdir.

Etik Beyan

Bu çalışma için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 17.10.2018 tarih ve 18-10.1T/21 sayılı yazı ile izin alınmış olup Helsinki Bildirgesi kriterleri göz önünde bulundurulmuştur.

Yazarlık Katkısı

Fikir: S.K., F.K.A., M.T., Tasarım: S.K., M.T., Gözetim: S.K., F.K.A., Veri toplama ve işleme: S.K., Analiz ve yorumlama: S.K., F.K.A., M.T., Literatür tarama: S.K., F.K.A., Yazma: S.K., M.T., Eleştirel inceleme: M.T.

KAYNAKLAR

- Fleck MPA, Louzada SL, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref" RevSaudePublica. 2000;34:178-183. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.
- Seidl EM, Zannon CM. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos [Quality of life and health: conceptual and methodological issues]. Cad Saude Publica. 2004;20 (2):580-8. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>.
- The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med. 1998;46 (12):1569-85. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536 \(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536 (98)00009-4).
- Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience? BMJ. 2001;322 (7296):1240-3. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7296.1240>.
- Aydiner Boylu A, Paçacıoğlu B. Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD). 2016; 8 (15): 137-150.
- Tabeleão VP, Tomasi E, Neves SF. Qualidade de vida e esgotamento profissional entre docentes da rede pública de Ensino Médio e Fundamental no Sul do Brasil [Quality of life and burnout among public high school and primary school teachers in Southern Brazil]. Cad Saude Publica. 2011;27(12):2401-8. Portuguese. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200011>
- European Commission Statistics Explained. Quality of life indicators-productive or main activity. [Son güncelleme 24 Haziran 2021]. Erişim adresi: https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Quality_of_life_indicators_-_productive_or_main_activity
- Bilir N, Yıldız AN, editörler. İş Sağlığı ve Güvenliği. 3. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2014. s:189-341.
- Türkmen E. Kronik hastalıklar ve önemi. Durna Z, editör. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012. s:37-49.
- Li H, Lin M, Zhang W, Li J, Zou J. [Relationship between quality of life and disability level in patients with occupational disease]. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. 2015;33 (10):735-8.
- Kumsar AK, Yılmaz FT. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.2014;2 (2):62-70.
- Hu ZY, Hu XC, Zhu AA, Zhou YJ, Yu MJ, Fu YK, et al. [Study on quality of life and influencing factors of occupational disease patients in hangzhou]. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. 2020;38 (8):590-593. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20191111-00524>.
- What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum. 1996;17 (4):354-6.
- Fidan D, Ünal B, Demiral Y. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. Sağlık ve Toplum 2003;13:3-8.
- E Eser, H Fidaner, C Fidaner, SY Eser, H Elbi, E Göker. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 1999;7 (Ek 2):23-40
- World Health Organization. Division of Mental Health. (1996). WHOQOL-BREF : introduction, administration, scoring and generic version of the assessment : field trial version, December 1996. World Health Organization. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>.
- Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N, Mercier M. Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 health survey. Health Qual Life Outcomes. 2003;1:30.

- <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-30>.
18. Stuart Shapiro (1998) Places and Spaces: The Historical Interaction of Technology, Home, and Privacy, *The Information Society*, 14:4, 275-284.
<https://doi.org/10.1080/019722498128728>
 19. TC. İç İşleri Bakanlığı, Araştırma ve Etütler Merkezi (2007). Birinci Avrupa Yaşam Kalitesi Anketi: Türkiye’de Yaşam Kalitesi [Son güncelleme tarihi 05 Kasım 2012]. Erişim adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/arem/birinci-avrupa-yasam-kalitesi-anketi-t-rkiye-de-yasam-kalitesi>
 20. Selvi Y, Özdemir PG, Özdemir O, Aydın A, Beşiroğlu L. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010;23:238-243.
<https://doi.org/10.5350/DAJPN2010230403>
 21. Naz S, Hashmi AM, Asif A. Burnout and quality of life in nurses of a tertiary care hospital in Pakistan. *J Pak Med Assoc.* 2016;66(5):532-6.
 22. Ardekani ZZ, Kakooei H, Ayattollahi SM, Choobineh A, Seraji GN. Prevalence of mental disorders among shift work hospital nurses in Shiraz, Iran. *Pak J Biol Sci.* 2008;11 (12):1605-9.
<https://doi.org/10.3923/pjbs.2008.1605.1609>
 23. Adak N. Sosyal Bir Problem Olarak İşsizlik Ve Sonuçları. *Toplum ve Sosyal Hizmet.* 2010;21 (2):105-116.
 24. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *The Journal of Applied Psychology.* 2005;90 (1):53-76.
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.53>
 25. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.* 2010;2 (4): 145-154.
 26. de Arruda FC, de Paula PR, Porto CC. Quality of Life of the Plastic Surgeon in the Midwest of Brazil. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2018;6 (8):e1802.
<https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000001802>
 27. Lam CLK, Guo VY, Wong CKH, Yu EYT, Fung CSC. Poverty and health-related quality of life of people living in Hong Kong: comparison of individuals from low-income families and the general population. *J Public Health (Oxf).* 2017;39 (2):258-265.
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw046>
 28. Lahana E, Pappa E, Niakas D. The impact of ethnicity, place of residence and socioeconomic status on health-related quality of life: results from a Greek health survey. *Int J Public Health.* 2010;55 (5):391-400.
<https://doi.org/10.1007/s00038-010-0171-2>
 29. Megari K. Quality of Life in Chronic Disease Patients. *Health Psychol Res.* 2013 Sep 23;1 (3):e27.
<https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e27>
 30. Azevedo AL, Silva RA, Tomasi E, Quevedo Lde Á. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde [Chronic diseases and quality of life in primary health care]. *Cad Saude Publica.* 2013;29 (9):1774-82.
<https://doi.org/10.1590/0102-311x00134812>
 31. Dyniewicz AM, Moser AD, Santos AF, Pizoni H. Avaliação da Qualidade de Vida de Trabalhadores em Empresa Metalúrgica: um subsídio à prevenção de agravos à saúde [Life quality of the metallurgy industrial plant workers]. *Fisioter Mov.* 2009;22 (3):457-466.