



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**FINDIK FABRİKASINDA ÇALIŞAN İŞÇİLERİN BAZI
KRONİK HASTALIK RİSKLERİNİN ANALİZİ VE
KORUYUCU SAĞLIK DAVRANIŞLARI BENİMSEME
DURUMLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba KAVALLALI ERDOĞAN

Samsun

Temmuz-2015



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**FINDIK FABRİKASINDA ÇALIŞAN İŞÇİLERİN BAZI
KRONİK HASTALIK RİSKLERİNİN ANALİZİ VE
KORUYUCU SAĞLIK DAVRANIŞLARI BENİMSEME
DURUMLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba KAVALALI ERDOĞAN

Danışman

Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI

Samsun

Temmuz-2015

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Tuğba KAVALALI ERDOĞAN tarafından Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI Danışmanlığında hazırlanan Fındık Fabrikasında Çalışan İşçilerin Bazı Kronik Hastalık Risklerinin Analizi ve Koruyucu Sağlık Davranışları Benimseme Durumu başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 10/08/2015 tarihinde yapılan sınav ile Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN Karadeniz Teknik Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY Ondokuz Mayıs Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

... / ... /

Doç. Dr. Aydın HİM
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmamın başından sonuna kadar bütün aşamalarında bana rehberlik eden, yüksekisans eğitimim boyunca hiçbir zaman desteğini ve emeğini esirgemeyen, hayatımın her alanında kendime örnek aldığım, Sayın Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya,

İstatistik konusunda yardımcı olan Sayın Doç. Dr. Kamil ALAKUŞ'a,

Çalıştığım kurumda bana her zaman destek olan değerli mesai arkadaşlarıma,

Araştırmanın yapıldığı Ordu'daki fındık fabrikasının tüm çalışanlarına,

Yüksekisans eğitimim boyunca beraber olduğum, destek ve yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım Sayın Ar. Gör. Alaattin ALTIN, Ar. Gör.,Özge ÖZ'e, Ar. Gör. Dilek ÇELİK EREN'e, Ar. Gör.Tina Sani MALEKİ'ye, Mesiya AYDIN'a ve Tuba YILMAZ'a,

Anketleri uygulamam da bana yardımcı olan arkadaşım Beyzanur PENEKLİ'ye,

Her zaman yanımda olan ve desteğini hiç esirgemeyen annem Fatma KAVALALI, babam Esat KAVALALI ve kardeşim Burak KAVALALI'ya,

Bana daima güç ve cesaret veren biricik eşim Engin ERDOĞAN'a teşekkür ediyorum.

Tuğba KAVALALI ERDOĞAN

Samsun-2015

ÖZET

FINDIK FABRİKASINDA ÇALIŞAN İŞÇİLERİN BAZI KRONİK HASTALIK RİSKLERİNİN ANALİZİ VE KORUYUCU SAĞLIK DAVRANIŞLARINI BENİMSEME DURUMLARI

Amaç : Bu araştırma, bir fındık fabrikasında çalışmakta olan işçilerin bazı kronik hastalık risklerini analiz etmek ve koruyucu sağlık davranışlarını benimseme durumlarını araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evrenini Ordu ilinde Ocak-Mart 2015 tarihleri arasında bir fındık fabrikasında çalışan işçiler oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini fabrikada çalışan 120 işçi, örneklemini ise 104 işçi oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, ‘Tanıtıcı Özellikler Anket Formu’, ‘Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği B formu’ ve ‘Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği’ kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; yüzdeler hesaplanmıştır, aritmetik ortalama, t testi, tek faktör varyans analizi, ANOVA testi, pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması $39,9 \pm 9,7$ ’dir. İşçilerin %81,7’si kadın, %65,4’ü ilköğretim mezunu, %68,3’ü evlidir. İşçilerin yalnızca %10,6’sı normal kilodadır. İşçilerin %57,7’sinin hipertansiyon, %13,5’inin diyabet sorunu olduğu saptanmıştır. İşçilerin %79,8’i sigara, %93,3’ü alkol kullanmamaktadır. İşçilerin %41,1’i kan basıncı takibi, %65,4’ü açlık kan şekeri takibi ve %38,3’ü sağlık kontrolü yaptırmamaktadır. Kadın işçilerin %71,8’i klinik meme muayenesi yaptırmamış, %78,8’i mamografi yaptırmamış ve %96,5’i pap smear yaptırmamıştır. İşçilerin %90,4’ü akciğer filmi yaptırmamıştır. Araştırma kapsamındaki işçilerin, Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği puan ortalamaları orta düzeyde olup, işçiler ölçek alt gruplarından en fazla puanı içsel sağlık kontrolünden, en düşük puanı ise şans etkisinden almışlardır. İşçilerin Sağlık Durumunu Algılama Ölçeğine puan ortalaması $7,67 \pm 1,2$ (min=4, max=10) çıkmıştır. İşçilerin cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalık durumu, koruyucu sağlık davranışları, kanser taraması yaptırmama durumları, kan basıncı, açlık kan şekeri ve beden kitle ölçümleri ile Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0,01$, $p < 0,05$). İşçilerin cinsiyet, eğitim durumları, kronik hastalık durumları, koruyucu sağlık davranışları ve kan basıncı ölçüm

değerleri ile Sağlık Durumu Algılama Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmıştır ($p<0,01$)($p<0,05$).

Sonuç: Bu araştırma, işçilerin kronik hastalıklar açısından risk taşıdığını göstermektedir. İş yeri hemşiresi tarafından işçilerin kronik hastalıkların erken tanı, bilgi, uygulamalarına ve koruyucu sağlık davranışlarını geliştirmesine yönelik eğitimler yapmaları önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Fındık İşçisi, Koruyucu Sağlık Davranışı, Kronik Hastalık



Tuğba KAVALALI ERDOĞAN, Yüksek Lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi- Samsun, Temmuz-2015

ABSTRACT

ANALYSIS OF SOME CHRONIC DISEASE RISKS OF WORKERS WORKING AT HAZELNUT FACTORY AND ADAPTATION STATUS OF PREVENTIVE HEALTH BEHAVIORS

Aim: This study was carried out in order to analyze specific chronic disease risks of workers working at a hazelnut factory and search for adaptation status of preventive health behaviors.

Material and Method: Study universe is composed of workers working between January and March 2015 at a hazelnut factory in Ordu. Study universe is composed of 120 workers working in the hazelnut factory and sample is composed 104 workers. As data collection tool, indicative characteristics survey, Multidimensional Health Locus of Control Scale B Form and Perception of Health Status Scale was used. In statistical evaluation fo data, percentage evaluation, arithmetic average, t test, single factor varience analysis, ANOVA test, pearson correlation analysis were used.

Results: The mean age of study population is 39.9 ± 9.7 . 81.7% of the workers are women, 65.4% are primary school graduates, 68.3% are married. Only 10.6% of workers are normal weight. It was found that the 57.7% of workers had hypertension and 13.5% had diabetes problem. 79.8% of workers do not smoke and 93.3% of them do not drink alcohol. 41.1% of the workers do not take any take bloog pressure control, 63.4% of them do not take any fasting blood glucose control and 38.3% of them do not take any health control. 71.8% of women workers did not have any clinical breast examination, 78.8% of them did not take any mammography and 96.5% did not take any pap smear test. 90.4% of workers have taken a chest X-ray. The workers in the search radius has average points of Multidimensional Health Locus of Control Scale and they have the highest point from internal health locus of control and the least point from chance locus of control in the scale subgroup. Workers Perception of Health Scale Status average points are 7.67 ± 1.2 (min=4, max=10). It was found that there is a statistical relation between gender, educational status, chronic disease status, preventive health behaviors, cancer screening status, tension, fasting blood glucose and body mass index and Multidimensional Health Locus of Control Scale scores ($p<0.01$, $p<0.05$). It was determined that there is a statistical relation between gender, educational status,

chronic disease status, preventive health disease and tension measurement values of laborers and their Perception of Health Scale Status scores ($p<0.01$) ($p<0.05$).

Conclusion: This study shows that workers have risk in the sense of chronic diseases. Workplace nurses' giving training about chronic diseases, information, application and development of preventive health behaviours of workers is important.

Keywords: Chronic Disease, Hazelnut Laborers , Preventive Health Behaviors



Tuğba KAVALALI ERDOĞAN, Master Thesis
Ondokuz Mayıs University- Samsun, July-2015

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADA: American Diabetes Association, Amerikan Diyabet Birliği

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BGT: Bozulmuş Glikoz Toleransı

ÇYSDOÖ: Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği

DNA: Deoksiribonükleikasit

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EHIS: Avrupa Sağlık Görüşme Araştırmaları

ESH/ESC: Avrupa Hipertansiyon Derneği / Avrupa Kardiyoloji Derneği

Eurostat: Avrupa Topluluğu İstatistik Ofisi

HT: Hipertansiyon

IDF: International Diabetes Federation, Uluslar Arası Diyabet Federasyonu

ILO: International Labour Organization, Uluslar Arası Çalışma Örgütü

ISH: Uluslar Arası Hipertansiyon Komitesi

JNC: Joint National Committee, Birleşik Ulusal Komite

OGTT: Oral Glikoz Tolerans Testi

p: Significant Önemlilik Değeri

SDAÖ: Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TEKHARF: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

THK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TURDEP I: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obesite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalas Çalışması I

TURDEP II: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obesite ve Endokrinolojik Hastalıklar
Prevalas Çalışması II

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu



İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
İÇİNDEKİLER	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. İş Sağlığı.....	5
2.1.1. İş Sağlığı Tanımı ve Amacı.....	5
2.1.2. İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Önemi	7
2.2. Kronik Hastalıklar	7
2.2.1 Hipertansiyon.....	9
2.2.2. Hipertansiyonun Etiyolojisi.....	10
2.2.3. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi.....	11
2.2.4. Diyabetes Mellitus	11
2.2.5. Diyabetes Mellitusun Etiyolojisi.....	13
2.2.6. Diyabetes Mellitusun Epidemiyolojisi	13
2.2.7. Obezite	14
2.2.8. Obezitenin Etiyolojisi.....	15
2.2.9. Obezitenin Epidemiyolojisi.....	15
2.2.10. Kanser	16
2.2.11. Kanserin Etiyolojisi.....	16
2.2.12. Kanserin Epidemiyolojisi	17
2.3. Kronik Hastalıklarda Koruyucu Sağlık Davranışları.....	18
2.4. İş Sağlığı Hemşiresinin Sağlığı Korumadaki Rolü.....	20
3. MATERYAL VE METOT	23
3.1. Araştırmanın Şekli.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Veri Toplama Araçları.....	23
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Anket Formu	23
3.4.2. Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği.....	24

3.4.3. Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği B Formu	24
3.5. Verilerin Toplanması.....	25
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	26
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
KAYNAKLAR	60
ÖZGEÇMİŞ	67



1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) iş sağlığını; ‘Tüm mesleklerde işçilerin bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik durumlarını en üst düzeye ulaştırmak ve bu düzeyde sürdürmek; çalışma koşulları yüzünden sağlıklarının bozulmasını önlemek; çalışmalarını sırasında sağlıklarına aykırı etmenlerden korumak; onları fizyolojik ve psikolojik durumlarına en uygun çalışma ortamına yerleştirmek ve bu durumu sürdürmek; özetle işin insana, insanın işe uyumunu sağlamaktır’ şeklinde tanımlamaktadır (Gülduran ve ark., 2013).

İş sağlığında temel yaklaşım sağlığın korunmasıdır. İş sağlığı, iş hayatındaki sağlık sorunlarını tanımlayan ve çalışan sağlığına yönelik tedbirler alan bir alandır. İş sağlığı anlayışı; çalışanların iyilik haline, iş doyumuna ve yaşam kalitesine dayanan geniş bir disiplindir (Esin ve Aktaş, 2012).

Bireyler ihtiyaçlarını karşılamak için çalışmayı gereklilik olarak görmektedirler. Çalışmak, bireyin ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılar, bireyin kişisel ve toplumsal açıdan gelişmesine de katkı sağlamaktadır. İş hayatında kişinin beden ve ruh sağlığı, çalışma ortamının çevresel etmenlerinden kaynaklanan sağlık riskleri ile karşılaşır. Bu risklerin bir bölümü tamamen önlenirken, bir bölümü de uygun önlemlerle denetim altına alınabilirler (Gökmen, 2007).

Sağlığı koruyabilmek için öncelikle sağlık üzerinde rol oynayan ve sağlığı bozan faktörlerin bilinmesi önemlidir. Çalışan bir bireyin sağlık düzeyinin belirlenmesinde bireyin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, genetik yapısı gibi özellikleri ile çalışma koşullarının birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir (Esin ve Aktaş, 2012).

Yapılan araştırmalarda birçok sağlık sorununun oluşmasının temelini sağlığın korunmasına ilişkin tutum ve davranışların olmaması ve sedanter yaşam tarzının benimsenmesi oluşturmaktadır. Halkın büyük çoğunluğu taranarak yapılan araştırmalarda, sedanter yaşam tarzının birçok kronik hastalığa zemin hazırladığı bildirilmektedir (Arslan ve Ceviz, 2007).

Kronik hastalık, giderek artan hasara ve geri dönüşü olmayan değişikliklere neden olan, uzun dönem gözetim, koruma, rehabilitasyon ve bakım gerektiren durum olarak tanımlanmaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü, gelişen ve gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıkların görülme sıklığının beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı değişiklikleriyle azaltılabileceğini belirtmektedir. Sağlıklı beslenme uygulamalarına ve eğitimlerine önem verilerek bazı kronik hastalıkların önlenebildiği bilinmektedir (Ulaş ve ark, 2007).

Kronik hastalıklar ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bakılmaksızın günden güne artmaktadır. Bu hastalıkların başlıcaları arasında kardiyovasküler hastalıklar (%49), kanserler (%18), kronik solunum yolu hastalıkları (%9) ve diyabet (%2) sayılabilir (WHO, 2011).

İnsan sağlığı, beslenme, çevre koşulları ve genetik gibi birçok etmeden etkilenmektedir. İş yaşamındaki koşullar da çevre koşulları arasına girmektedir. İş yerindeki bir çok etmen insan sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Akdevelioğlu, 2012).

Çalışma ortamının insan sağlığını etkilediği ilk olarak 18. yüzyılda Bernardo Ramazzini tarafından açıklanmıştır. Çeşitli korunma önlemleri alınmadan kullanılan kimyasal maddeler, güvenlik önlemi alınmadan kullanılan makinalar, iş yeri ortamının yetersiz miktarda havalandırılması ve uzun süren çalışma saatleri gibi faktörler insan sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. İşçi sağlığı ile çalışma ortamı arasında çift yönlü bir etkileşim bulunmaktadır. Çalışma ortamının olumsuz olması, bireyin meslek hastalıklarına yakalanmasına, iş kazası yapmasına ve iş dışı ortamdan kaynaklanan bazı sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Buna karşın işçinin sağlıklı olması verimliliği, üretkenliği artırmakta ve devamsızlığı azaltmaktadır (Esin, 1997).

Günümüzde teknolojik ilerlemeler ve değişen yaşam koşulları nedeniyle insanlar daha çok oturarak işlerini halletmektedirler. Kendilerine daha fazla zaman ayırabilmelerine rağmen, gün içinde harcadıkları enerji miktarı azalmaktadır (Akdevelioğlu, 2012).

Özellikle oturarak çalışmak zorunda olan bireylerde kilo alımı artmakta, buna bağlı olarak da obezite sorunu ortaya çıkmaktadır. Amerika'da yapılan çalışmalar da

obezite ile çalışma koşulları arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Özellikle haftalık çalışma saatlerinden uzun süreli, vardiyalı ve yoğun iş yüküyle çalışan bireylerde obezite sıklığı daha yüksek oranda görülmektedir (Ferguson ve ark, 2014). Obezite; kalp hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, kanser, infertilite, depresyon, ortopedik, sosyal ve psikolojik sorunlar gibi bir çok sağlık sorununa neden olabilmektedir (Ferguson ve ark, 2014).

Bazı sektörlerde çalışan bireyler işleri gereği günlük ortalama sekiz saat oturmaktadırlar. Çalışma koşulları nedeniyle uzun süre hareketsiz kalan bireyler, hem fiziksel açıdan sağlıklarını korumak hem de günlük aldıkları enerjiyi harcamak için hareket etmeleri gerekmektedir. Araştırmalar, uzun süre hareketsiz kalan ve beslenmesine dikkat etmeyen işçilerin obeziteye daha yatkın olduğunu göstermektedir (Bonauto ve ark, 2014).

Teknolojinin gelişmesi ile iş yerlerinde bilgisayar kullanımı artmıştır. Bilgisayar kullanımının artması çalışanların saatlerce oturur pozisyonda kalmasına neden olmaktadır. Bu şekilde çalışmak zorunda kalan bireyler sedanter yaşam tarzının bir parçası olmaktadır. Çalışma saatlerinin yarısından fazlasını oturarak geçirenler fazla kilolu veya obez olmaktadır. Obez kişilerin iş verimliliği ve yaşam kalitesi azalmakta, diğer bireylere göre sağlık bakım giderleri daha fazla olmaktadır. Örneğin, obez çalışanlar diğer çalışanlara göre daha fazla bel ağrısı çekmektedirler (Smith ve ark, 2014).

Fındık fabrikasında çalışan işçiler işleri gereği uzun süre oturarak çalışmak zorunda kalmaktadırlar. Bu durum ise koruyucu sağlık davranışlarının benimsenme durumunu ve hareketsizliğe bağlı ortaya çıkabilecek bazı hastalıkların önlenmesi hususunu daha önemli hale getirmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, fındık fabrikasında çalışan işçilerin kronik hastalık risklerini belirlemek ve işçilerin bu konudaki koruyucu sağlık davranışlarını tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. İşçilerin tanıtıcı özellikleri nedir ?

2. İşçilerin sağlığı algılama düzeyleri nedir ?
3. İşçilerin kronik hastalık durumu nedir?
4. İşçilerin koruyucu sağlık davranışları nedir?



2.GENEL BİLGİLER

2.1.İş Sağlığı

2.1.1.İş Sağlığının Tanımı ve Amacı

Sanayileşme ile birlikte hem toplumsal hem de teknolojik alanda birtakım değişiklikler meydana gelmiştir. Bu değişiklikler iş sağlığı alanında da önemli değişimlere neden olmuştur. Sanayinin gelişmesi, nüfusun artması, gelişen teknoloji ile birlikte globalleşen dünyada insanların ihtiyaçları artmıştır. Bu durum insanları para kazanmaya ve çalışmaya mecbur kılmıştır. Gelişmişlik düzeyinin en objektif göstergesi ülkelerin milli gelirleridir. Bir ülkenin gelişmişlik düzeyi; milli gelirin artışı, çalışanların sağlık ve iş güvenliliğinin sağlanması ile orantılıdır (Esin, 1997).

İlk olarak 1700'lü yıllarda Bernardo Ramazzini çalışma ortamı ile işçi sağlığı arasında bir ilişki olduğunu açıklamıştır. Bunu izleyen endüstri devrimi ile birlikte de, iş yeri sağlık sorunlarının öneminin anlaşılmasına, iş ortamındaki sorunlara daha özenle bakılmasına, çalışanların sağlığının değerli hale gelmesine hale neden olmuştur (Clark, 2008).

İşyerlerinde korunma önlemleri alınmadan kullanılan kimyasal maddelerin, tedbir alınmadan kullanılan makinelerin ve sağlıksız çalışma koşullarının insanları etkilediği anlaşılmış ve uluslararası düzeyde çözüm yolları bulunmaya çalışılmıştır. Bu amaçla 1919 yılında Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) kurulmuştur. ILO işçilerin ve iş ortamının daha sosyal, daha yasal, daha ekonomik ve daha sağlıklı olması için üye ülkelerin görüş ve önerilerini değerlendirip iş sağlığı standartlarını geliştirmek ve ileriye götürmek için kurulmuştur (Esin, 1997).

Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü'nün uzmanları iş sağlığını 1950 yılında şu şekilde tanımlamıştır: İş sağlığı; bütün çalışanların sağlığını, fiziksel, ruhsal, sosyal yönden iyilik hallerini en üst düzeye çıkarma, sürdürme ve geliştirme çalışmalarıdır. İş sağlığı, işçilerin işyerinde ve işyeri dışında karşılaştıkları sağlık ve güvenlik sorunlarını kapsamaktadır (Erci ve ark., 2014).

Pala iş sağlığı kavramını; ‘Kapitalist üretim ilişkileri içerisinde çalışanların gelir durumları, ülkedeki enflasyon oranı, işsizlik, iş güvencesi ve sosyal güvence durumları, sağlıkla ilgili güvenceleri, çalışma süreleri, örgütlenme özgürlükleri, kişisel farklılıkları, konut ve ulaşım olanakları gibi çok sayıda bileşenin etkilendiği bir alandır.’ şeklinde tanımlamıştır (Pala, 2000).

Uluslar Arası Çalışma Örgütü iş sağlığının amaçlarını şöyle sıralamaktadır:

1. Çalışanların sağlık kapasitelerini en yüksek seviyeye çıkarmak,
2. Çalışmanın olumsuz koşulları nedeniyle sağlığın bozulmasını önlemek,
3. Her işçiye fiziksel ve ruhsal yeteneklerine uygun işleri vermek ve çalıştırmak,
4. Yapılacak iş ve işçi arasında uyum sağlamak.

Çalışan sağlığı, sağlıklı bir yaşam için gereken tüm koşulları; çalışma güvenliği ise çalışanın yaşam ve beden bütünlüğüne yönelik tüm tehlikelerin ortadan kaldırılmasını ifade etmektedir (Erci ve ark., 2014).

Çalışma ortamının olumsuz olması işçi sağlığını etkilemektedir. Çalışma ortamında işçi sağlığını etkileyen faktörler şu şekilde sıralanabilir (Esin, 1997):

A. Genel Faktörler

1. Bireye bağlı özellikler
 - Kişilik yapısı
 - Yaş
 - Cinsiyet
 - Alışkanlık
2. Çevre (Fiziki, Sosyal ve Biyolojik çevre)
3. Etken (Kimyasal, Fiziksel, Biyolojik ve Mekanik etkenler)

B. İşyeri Ortam Faktörleri

1. Kimyasal ortam faktörleri (gaz, buhar, sıvı, toz)
2. Fiziksel ortam faktörleri (titreşim, ısı, nem, havalandırma, radyasyon,gürültü)
3. Biyolojik ortam faktörleri (bakteri, virüs, parazit)
4. Mekanik etkenler (çarpma, yaralanma, yırtılma...)

5. Ergonomik etkenler (monotonluk, insan-makine ilişkileri, bıkkınlık...)

İşçi sağlığı ile çalışma ortamı arasındaki ilişki çift yönlüdür. Bu ilişki uygun koşullar ile sağlanırsa iş kazası yaşanma oranı da azalacaktır (Öztek ve Kubilay, 2011; Esin, 1997).

2.1.2. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliğinin Önemi

İşçi sağlığı ve iş güvenliği çalışanlar ve işverenler açısından önemlidir. Kuşkusuz çalışanların açısından iş yerlerinin güvenli olması ve sağlıklarını tehdit etmemesi önemlidir. Fakat iş sağlığı sadece çalışma şartlarına bağlı olarak oluşan sorunlarla ilgilenmez; işçinin ve ailesinin sağlığını bozabilecek diğer ekonomik ve sosyal koşullar ile de ilgilenir. Çünkü sağlığını kaybeden işçinin hem kendisinin hem de ailesinin geleceği risk altındadır. Bu yüzden işçinin sağlığının korunması hem bireysel hem de toplumsal açıdan önemlidir. İş yerinde meydana gelen bir kaza işçiyi sakat bırakabileceği gibi işsiz de bırakabilir. Bu da işçi ve ailesinin maddi ve manevi yönden zarara uğramasına neden olur (Öztek ve Kubilay, 2011).

Sakat kalan ya da belirli uzuv veya uzuvlarını kaybeden işçinin psikolojisi de bu durumdan olumsuz yönde etkilenecektir. İşçi ile beraber ailesi de bu durumdan etkilenecek ve toplumun sağlığı da dolaylı olarak etkilenmiş olacaktır (Erdoğan, Karacan, 2011; Yiğit, 2005).

İş güvenliği sağlanmadığı takdirde, kaza ve meslek hastalıklarına daha fazla yatırım yapılacağı için maliyet artacak; oluşan iş kazaları ve meslek hastalıkları verimliliği etkilediği için ekonomik kayıplara yol açacaktır (Erci ve ark., 2014)

2.2. Kronik Hastalıklar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1974'te sağlığı, sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Bu tanım, sağlığın tek boyutlu değil, çok boyutlu bir kavram olduğunu göstermektedir (Karadeniz ve ark, 2008).

Hastalık ise, beden veya zihinde meydana gelen, rahatsızlık, dert ya da görev bozukluğuna yol açan belirli bir anormal duruma verilen isim olarak tanımlanmaktadır (Petek, 2013). Hastalıklar akut ve kronik olarak iki ana gruba ayrılır. Akut hastalıklar, beklenmedik bir anda birden başlayan ve tedavi ile sonlandırılan hastalıklardır (Avuçan ve ark., 2006).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kronik hastalıklar, giderek artan hasara ve geri dönüşü olmayan değişikliklere neden olarak betimlenmekte, uzun dönem gözetim, koruma, rehabilitasyon ve bakıma ihtiyacı olan durumlar olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalığı akut hastalıklardan ayıran özellik, iyileşmenin sağlanamaması ve ilerleyici bir durum olmasıdır (Özdemir ve Taşçı, 2013).

Amerikan Kronik Hastalık Ulusal Komisyonu'nun kronik hastalık tanımı ise; tan olarak iyileşmesi mümkün olmayan, yavaş ilerleyen, uzun süreli bakım, gözlem ve rehabilitasyon gerektiren kalıcı yetersizlikler olarak tanımlanmaktadır (Bilir, 2006).

Sağıksız beslenen, hareketsizlik olan ve sigara kullanan insanların kronik hastalıklara daha yatkın olduğu görülmektedir. Bu nedenler yüksek tansiyonu, obeziteyi, yüksek kan şekerini, yüksek kan-lipit seviyesini açıklamaktadır. Genetik, alkol kullanımı ve yaş da kronik hastalıkların diğer nedenlerindedir. Enfeksiyon, serviks ve akciğer kanserine; hava kirliliği de solunum sistemi hastalıklarına neden olmaktadır (WHO, 2005) .

Düşük doğum ağırlığının, kalp hastalıkları, yüksek tansiyon, inme ve diyabete yakalanma oranını arttırdığı görülmüştür. Ekonomik, sosyal ve kültürel değişikliklerin de kronik hastalıklara zemin hazırladığı ifade edilmektedir (WHO, 2005).

Dünyada birçok insanın yaşamı kanser, diyabet, felç, kalp ve solunum hastalıkları gibi kronik hastalıklar nedeniyle kısalmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde kronik hastalıklar nedeniyle meydana gelen ölüm oranı daha fazladır. Dünya genelinde 2012 yılında 56 milyon kişi hayatını kaybetmiş, yaklaşık 38 milyon kişinin ölüm sebebi bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Bu hastalıkların başında kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet ve kronik akciğer hastalıkları gelmektedir (WHO, 2012).

Bu ciddi problem hem halk sağlığını hem de ülkelerin ekonomisini önemli boyutta etkilemektedir. Tüm sağlık harcamalarının yaklaşık % 75'i kronik

hastalıklarının tedavisine ayrılmaktadır. Kronik hastalıklar arasında tedavisi en pahalı olan hastalıklar, kalp hastalıkları, kanser, mental hastalıklar ve solunum hastalıklarıdır. Kanser, inme, kalp hastalıkları, hipertansiyon, solunum hastalıkları, diyabet ve ruhsal rahatsızlıklara harcanan para 2007 yılında yayınlanan bir rapora göre yaklaşık 1,3 trilyon dolardır. Bu rakamın 2023 yılına gelindiğinde artarak 4,2 trilyon dolar olması beklenilmektedir (National Health Council, 2014).

Kronik hastalıklar, dünyada sakatlığın ve ölümün ana sebebidir. DSÖ'nün 2005 yılı verilerine göre dünyada ortalama 35 milyon insan kronik hastalığa sahiptir. Kronik hastalık ölümlerinin yaklaşık % 80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. 2012 yılında dünya genelinde 56 milyon kişi hayatını kaybetmiştir. Bu ölümlerin nedenlerine bakıldığında % 46'sı kardiyovasküler hastalık, % 22'si kanser, % 10,7'si kronik solunum hastalıkları, % 4'ü ise diyabet nedeniyle hayatlarını kaybetmişlerdir (WHO, 2012).

Türkiye İstatistik Kurumu 2013 verilerine göre Türkiye'de meydana gelen ölümlerin % 39,8'i dolaşım hastalıklarından, % 21,3'ü iyi ve kötü huylu tümörlerden, % 9,8'i solunum sistemi hastalıklarından, % 5,6'sı endokrin, beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklardan, % 5,5'i dışsal yaralanma ve zehirlenmelerden, % 4,1'i sinir sistemi ve duyu organları ile ilgili hastalıklar nedeniyle meydana gelmiştir. Dolaşım sistemi nedeniyle meydana gelen ölümlerin % 12,8'ini hipertansif hastalıklar oluşturmaktadır (TÜİK, 2013).

2.2.1. Hipertansiyon

Hipertansiyon (HT), sistolik kan basıncının 140mmHg'ya , diastolik kan basıncının ise 90 mmHg'ya eşit veya yüksek olması ile karakterize olan bir hastalıktır. (ESH/ESC Arteriyal Hipertansiyon Kılavuzu, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Hipertansiyon Komitesi'nin (ISH) tanımına göre hipertansiyon, antihipertansif ilaç kullanmayanlarda sistolik kan basıncının 140mmHg veya üzerinde, diastolik kan basıncının 90mmHg veya üzerinde olmasıdır (WHO/ISH Tedavi Kılavuzu, 1999).

Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Ulusal Komitesi 7. Raporunda (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation

and Treatment of High Blood Pressure, JNC-7) bu değerleri normal kabul etmektedir (JNC 7, 2003). En son yayınlanan JNC-8 kılavuzunda da aynı değerler kabul edilmekte ve günümüzde geçerliliği devam etmektedir (JNC 8, 2014) (Tablo 1).

Tablo 1. 18 yaş ve üzeri bireylerde kan basıncının sınıflandırılması

Özellik	Sistolik kan basıncı (mmHg)	Diyastolik kan basıncı (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
Yüksek normal	130-139	85-89
Hipertansiyon		
Evre 1	140-159	90-99
Evre 2	160-179	100-109
Evre 3	≥180	≥110
İzole sistolik hipertansiyon	140-160	<90
İzole diastolik hipertansiyon	≥160	<90

2.2.2. Hipertansiyonun Etiyolojisi

Hipertansiyon birçok faktörden etkilenmektedir. Etiyolojisine göre primer (esansiyel, idiyopatik, nedeni bilinmeyen, birincil) ve sekonder (ikincil nedeni bilinen) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Primer Hipertansiyon: Primer hipertansiyon nedeni henüz tam olarak açıklanamamış arteriyal kan basıncının normal olarak kabul edilen değerden sürekli yüksek çıkmasıdır. Hipertansif hastaların % 90-95'i bu gruba girmektedir. Primer hipertansiyon gelişmesine neden olan faktörler arasında; diyet, genetik, aşırı alkol ve sigara tüketimi, aşırı tuz kullanımı, fiziksel aktivite azlığı, aşırı kilo, hormonal ve hemodinamik değişikliklerin olduğu bilinmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2011).

Sekonder Hipertansiyon: Hipertansiyon bir nedene bağlı ise sekonder hipertansiyondan bahsedilmektedir. Tüm hipertansiyon olgularının yaklaşık %5-10'unu oluşturmaktadır. Çoğunlukla renal, endokrin, gebelik, sigara ve alkol kullanımı,

nörolojik hastalıklar, stres, intravasküler volüm artması gibi nedenlere bağlı olarak görülmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2011).

2.2.3. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Hipertansiyon, kalp-damar hastalıklarından en yaygın olanıdır. Gelişmekte olan bir çok ülkede hipertansiyon prevalansı %30-55 arasında değişmektedir (Yorgun ve Kabakçı, 2010). Dünya genelinde 18 yaş ve üzeri bireylerin yaklaşık %22'si hipertansiyon hastasıdır. DSÖ, bölgeler arasında hem erkek hem de kadınlarda hipertansiyon sıklığına baktığında en yüksek oran Afrika'da (%30), en düşük oran ise Amerika'da (%18) görülmüştür (DSÖ, 2014).

Hipertansiyon ülkemizde de sıklıkla görülen bir sağlık problemidir. Türkiye'de yüksek kan basıncı sıklığı 1990'da yapılan TEKHARF çalışmasında kadınlarda %38 iken, erkeklerde % 28,4 bulunmuştur. Ülkemizde 2010 yılında Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması'da (TURDEP II) kadınlarda hipertansiyon oranı % 32,3, erkeklerde ise % 30,9 olarak bulunmuştur. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'na göre 2003 yılı itibari ile ülkemizde 18 yaş üzeri erişkin nüfusta hipertansiyon görülme sıklığı % 31,8'dir. Bu oranın % 36,1'ini kadınlar, % 27,5'ini ise erkekler oluşturmaktadır. Hipertansiyon sıklığı yaş ilerledikçe artış göstermektedir. Ülkemize yaşam süresinin artmasına paralel olarak hipertansiyon sıklığı % 75,1 olmuştur (Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2013).

2.2.4. Diyabetes Mellitus

Diyabet, insülin hormonunun eksik olması yada periferde insüline direnç olması sonucu gelişen kan şekerinin yükselmesine neden olan ve buna bağlı birçok sistemin etkilendiği kronik metabolizma hastalığıdır (Kartal ve Özsoy, 2014).

Diyabetin ilk sınıflandırması 1979 yılında Amerikan Ulusal Diyabet Veri Grubu tarafından yapılmıştır. Daha sonra 1980 yılında DSÖ'nün yapmış olduğu sınıflandırma klinikte esas alınmıştır. Amerikan Diyabet Birliği (Amerikan Diabetes Association-ADA) 1997 yılında diyabetin tanı ve sınıflandırmasını yeniden düzenlemiştir. Dünya Sağlık Örgütü 1999 yılında diyabeti tekrar sınıflandırmıştır.

Günümüzde bu sınıflandırma güncelliğini korumaktadır (Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonların Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, 2013).

Tablo 2. ADA'ya göre Klinik Sınıflandırma

-
1. Tip 1 Diyabetes Mellitus
 2. Tip 2 Diyabetes Mellitus
 3. Gestasyonel Diyabet
 4. Diğer Spesifik Diyabetes Mellitus
 - a. B hücresi fonksiyonunun genetik defekti
 - b. İnsülin etkisinde genetik defektler
 - c. Ekzokrin pankreasın hastalıkları
 - d. Endokrinopatiler
 - e. İlaç ve kimyevi maddelere bağlı
 - f. Enfeksiyonlar
 - g. İmmün sebepli diyabetin ender rastlanan şekilleri
 - h. Bazen diyabetle görülen diğer genetik sendromlar
-

(Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2013)

Diyabetes mellitusun tanı kriterleri belirlenirken birçok kez belirlenen kriterler değişikliğe uğramıştır. Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından 2006 yılında yayımlanan son raporda 1999 yılında yayınlanan raporun uygulanması gerektiğine karar vermiştir (Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonların Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, 2013).

Tablo 3. Diabetes mellitusta tanı kriterleri

-
5. Diyabetes mellitusun klasik semptomları ile birlikte herhangi bir zamanda ölçülen glikozun >11,1mmol/L (200mg/dL)
 6. Açlık plazma glukozunun >7 mmol/L (126mg/dL)
 7. OGTT**'de 2. saat plazma glukozunun >11.1mmol (200mg/dL)
-

*Belirgin hiperglisemi ve akut metabolik bozukluk yokluğunda bu kriterler en az iki farklı ölçüm de doğrulanmalıdır. Rastgele demek son yemek zamanından bağımsız olmalıdır. Açlık süresi sekiz saatten az olmamalıdır. Test 75 gr glukoz verilerek yapılmalıdır.**OGTT (Oral Glikoz Tolerans Testi) (Diyabet tanı ve Tedavi Rehberi, 2013).

2.2.5. Diyabetes Mellitusun Etiyolojisi

Diyabetes Mellitusun oluşumunda rol oynayan değiştiremeyen faktörler yaş, cinsiyet, genetik; değiştirelebilen faktörler ise bozulmuş glikoz toleransı, bozulmuş açlık glikozu, dislipidemi gibi metabolik bozukluklar, sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam, hipertansiyon, obezite, sigara ve gestasyonel diyabettir.

Obezite, hipertansiyon, fiziksel aktivite azlığı ve stres gibi yaşam tarzı faktörleri diyabet epidemisinin en önemli risk faktörleridir. Tüm yaş gruplarında obesitenin önlenmesi işe tip 2 diyabetin en az % 80 oranında önlenebileceği belirtilmektedir. Yaşam tarzı değişikliğine gidilerek diyabetes mellitusu büyük ölçüde önlemek veya geciktirmek mümkündür (Durna ve ark., 2012).

2.2.6. Diyabetes Mellitusun Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre diyabet en çok gelişmekte olan ülkelerde görülmekte ve toplum sağlığını en fazla etkileyen kronik hastalıklar arasında yer almaktadır (Kartal ve Özsoy, 2014). Uluslar arası diyabet Federasyonu'nun (IDF) yapmış olduğu son çalışmada 2003 yılında 194 milyon yetişkin diyabet hastası olduğu, 2007 yılında bu sayının 246 milyona ulaştığı görülmüştür. Bu sayının 2025 yılına gelindiğinde ise 380 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. IDF'nin yapmış olduğu bu çalışma da 67 milyon kişi ile Batı Pasifik Bölgesi ve yaklaşık 53 milyon kişi ile Avrupa Bölgesi en fazla diyabet hastalığı görülen bölgeler olarak bulunmuştur. Kuzey Amerika Bölgesi %9,2 ile en fazla diyabet görülen bölgedir. Avrupa Bölgesi ise %8,4'lük bir oranla ikinci sırayı almaktadır. Avrupa Bölgesinde 20-79 yaş arasındaki kişilere yapılan çalışmada Türkiye, Rusya ve Almanya'dan sonra en fazla diyabet hastasının bulunduğu ülkedir (Türkiye Diyabet Programı, 2014).

Ülkemiz genelinde 1997-1998 yıllarında yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması'nın (TURDEP-I) sonuçlarına göre ülkemizde tip-2 diyabet prevalansı %7,2, bozulmuş glikoz toleransı prevalansı ise %6,7 olarak bulunmuştur. Bu oranlara dayanarak Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2007 yılında ülkemizde 2,85 milyon tip-2 diyabetlinin ve yaklaşık 2,6 milyon bozulmuş glikoz intoleransının yaşadığını hesaplamıştır. TEKHARF çalışmasının 2009 yılında yayınlanan verilerine göre Türkiye'de 35 yaş ve üzeri nüfusta diyabet prevalansı %11 olarak tahmin

edilmiştir. Bu oran da 3,3 milyon kişi olarak hesaplanmıştır. TURDEP-II çalışmasının verilerine göre diyabet prevalansı %16,5 olup, ülkemizde 6,5 milyon diyabetli kişi bulunmaktadır. Bu çalışma TURDEP-I çalışması ile kıyaslandığında ülkemizde yaşayan diyabetli kişi sayısında %207'lik bir artış olmuştur. Türkiye Sağlık Araştırması 2012 yılı verilerine göre ülkemizde yaşayan 15 yaş ve üzerindeki kişilerin %6,8'si diyabet hastasıdır (Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması, 2013).

2.2.7. Obezite

Obezite ve fazla kiloluk, DSÖ tarafından sağlığa zarar verilebileceği düşünülen anormal ya da aşırı derecede yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır (DSÖ). Bir diğer tanım ise, beden yağ kütlelerinin yağsız kütleyle oranının aşırı artması sonucu, boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının arzu edilen düzeyin üstüne çıkmasıdır (Altunkaynak ve Özbek, 2006). Obezite hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla rastlanan bir sağlık sorunudur. Bu sağlık sorunu sadece yetişkinleri değil, çocukları da etkilemektedir. Obezite önlenebilir bir hastalık olmasına rağmen, 21.yüzyılın en önemli toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Obezite, bulaşıcı olmayan ve kronik hastalıklara da zemin hazırlayan bir hastalıktır. Fiziksel aktivitenin azalması, dengesiz beslenme, sigara ve alkol kullanımının artmasına bağlı olarak obez birey sayısı giderek artmaktadır (Aygün, 2014).

Obezitenin belirlenmesi veya normal kiloya sahip bireylerin vücut analizinin hesaplanmasında Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılır. BKİ, vücut ağırlığının (kg cinsinden), boy uzunluğunun (metre cinsinden) karesine bölünmesi ile bulunur.

Tablo 4. BKİ'ye göre obezitenin sınıflandırılması (DSÖ, 2000 ve 2004)

Özellik	Sınıflandırma
Beden kitle indeksi	
<18,5	Yetersiz
18,5-24,9	Normal kilolu
25,0-29,9	Fazla kilolu
30,0-34,9	Sınıf I obezite
35,0-39,9	Sınıf II obezite
≥40,0	Sınıf III obezite

2.2.8. Obezitenin Etiyolojisi

Obezite oluşumunda rol oynayan risk faktörleri arasında; yaş, cinsiyet, genetik yapı, sigara ve alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, medeni durum, eğitim durumu ve sosyoekonomik durum yer almaktadır. Bu faktörlerden obezite oluşumunu en çok etkileyen aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivitenin azlığıdır. Tüm dünyada obezitenin oluşumunda genetik yapıyla beraber çevresel etmenlerin de etkisi olduğu savunulmaktadır. Genetik olarak obeziteye yatkın olan bireylerin çevresel faktörlerin de etkisiyle diğer bireylere oranla daha şişman oldukları bulunmuştur (Kayar ve Utku, 2013).

Değişen ve gelişen endüstri ile ulaşımın kolay olması ve fiziksel aktivitenin azalması, ayaküstü atıştımının artması, hızlı yemek yeme alışkanlığının artması ve şeker ve kalori yönünden zengin besinlerin tüketilmesi obezitenin artmasına neden olmaktadır (Kayar ve Utku, 2013).

2.2.9. Obezitenin Epidemiyolojisi

Avrupa Topluluğu İstatistik Ofisi'nin (Eurostat) 2007-2010 yılları arasında yapmış oldukları çalışmada fazla kiloluğun %30-70, obesitenin ise %10-30 olduğu saptanmıştır. DSÖ'nün 2008 yılı araştırma sonuçlarına göre tüm dünya çapında 1,4 milyardan fazla insanın fazla kilolu olduğu, 200 milyondan fazla erkeğin ve 300 milyon kadının ise obez olduğu bulunmuştur. Genel olarak dünya yetişkin popülasyonun %10'undan fazlasının obez olduğu bulunmuştur. Avrupa'da 2008-2009 yılları arasında 19 üye ülkeye yapılan Avrupa Sağlık Görüşürme Araştırması'nın (EHIS) sonuçlarına göre fazla kiloluluk ve obezitenin kadınlarda %36,9-56,7, erkeklerde ise %51-69,3 olduğu bulunmuştur. 18 yaş ve üzeri bireylerde obezitenin en düşük olduğu ülkeler Romanya, İtalya, Bulgaristan ve Fransa'dır. Kadınlarda obezitenin en yüksek olduğu ülkeler sırasıyla İngiltere, Malta, Letonya ve Estonya'dır. Erkeklerde obezitenin en yüksek olduğu ülkeler ise Malta, İngiltere, Macaristan ve Çek Cumhuriyeti'dir (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2010).

Son dönemde tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de obezite sıklığı giderek artmaktadır. TURDEP-1 çalışmasına göre 25 yaş üzeri erkeklerde obezite sıklığı %12,8, kadınlarda ise %29'dur. TURDEP-2 çalışmasına göre 20 yaş ve üzeri erkeklerde obezite

oranı %27,3, kadınlarda ise %44,2'dir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013). TÜİK 2012 yılı verilerine göre 15 ve üzeri yaştaki nüfusun %17,2'si obez, %34,8'i fazla kiloludur. Kadınların %20,9' u obez, %30,4'ü ise fazla kiloludur. Erkeklerin ise %13,7'si obez, %39'u fazla kiloludur (TÜİK 2013). Ülkemizde 2010 yılında yapılan 'Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'na göre erkeklerin %20,5'i obez, %39,1'i fazla kilolu; kadınların ise %41'i obez, %29,7'si fazla kiloludur. Toplam obezite sıklığı %30,3, morbid obezite sıklığı ise %2,9 olarak bulunmuştur (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2010).

2.2.10. Kanser

Kanser, hücre çekirdeğinin hastalığıdır. Kansere DNA'daki sıralamalarda meydana gelebilecek değişiklikler sonucu çekirdekdeki genetik sistemin bir bölümünün değişime uğraması sonucu hücrelerin kontrolsüz bir biçimde çoğalmasıyla ortaya çıkan hastalıktır. Bir başka deyişle kanser, çeşitli faktörlerin etkisi ile gelişen anormal, kontrol dışı hücre çoğalması, yayılması ve /veya diğer yakınındaki hücreleri ele geçirmesi olarak tanımlanmaktadır. Amerikan Kansere Derneği'nin 2007 yılı verilerine göre 7,6 milyon insan kanser nedeniyle yaşamını yitirmiştir (Kutlu ve ark., 2014).

2.2.11. Kanserin Etiyolojisi

Genetik Yapı: Toplumun büyük çoğunluğunun ailesinde kanser hastası bulunmaktadır. Bu durum kansere ailesel yatkınlığın olabileceğini düşündürmektedir. Çevresel ve genetik faktörlerin kanser oluşumunda birlikte rol oynadığı düşünülmektedir. Ayrıca kromozom anomalileri ve kromozom lokalizasyonundaki değişikliklerinde kansere neden olduğu bilinmektedir (Birok ve ark., 2005).

Beslenme: Yapılan çalışmalarda beslenmenin kansere yakalanma riskini %50 oranında artırdığı görülmüştür. Yapılan çalışmalar sonucunda yağlı yiyeceklerin fazla miktarda tüketmesi durumunda kansere yakalanma riski artmaktadır. Posalı besinler yenmesi bağırsak hareketlerini hızlandırdığını için zararlı maddelerin bağırsak epiteli ile teması azalmaktadır. Ayrıca posalı besinler, toksik maddeleri de bağlayarak vücuttan atılımını kolaylaştırmaktadır. C, E ve A vitaminleri kanser riskini en aza indirmektedir.

Bu yüzden bireyler; besinlerin saklanması ve hazırlanmasına gereken önemi vermeli, alkol kullanmaktan kaçınmalı, sebze, meyve ve posalı yiyeceklerin tüketimini artırmalı, fazla kilodan kaçınmalıdırlar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008).

Radyasyon ve Ultraviyole Işınları: Güneş ışınları, X ışınları, nükleer parçalanma ürünleri birer radyasyon kaynağıdır. Radyasyon başta lösemiler, akciğer, kemik, meme, tiroid ve diğer doku kanserlerine, ultraviyole ışınları da deri kanserlerine neden olmaktadır. Direk güneş ışığına maruz kalanlar, açık renkli insanlar ve açık havada çalışanlar deri kanserine daha sık yakalanmaktadır (Akdemir ve Birol, 2005).

Sigara: Sigara içilmesi ile vücuda alınan tütün dumanındaki zararlı maddelerin bazıları solunum yollarında ve ağız içinde, bazıları ise akciğerlerden kana geçerek tüm vücuttaki hücrelerle etkileşime girmektedir. Bu yüzden sigara içenler içmeyenlere göre ağız, larenks, yemek borusu, akciğer ve böbrek kanserlerine daha fazla yakalanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008).

Virüsler ve Enfeksiyonlar: Retrovirüslerin onkogen aktivasyonu yaparak hayvanlarda kansere neden olduğu, insanlarda da bazı virüslerin kanser oluşumuna neden olduğu bilinmektedir. Örneğin; Hepatit B virüsünün karaciğer kansrine, Epstein-Barr virüsünün Burkitt lenfomaya, tüberküloz, tekrarlayan bronşit ve pnömoninin akciğer kanserine, serviks enfeksiyonlarının serviks kanserine, prostat enfeksiyonlarının prostat kanserine neden olduğu düşünülmektedir (Akdemir ve Birol, 2005).

2.2.12. Kanserin Epidemiyolojisi

Kanser görülme oranı hem dünyada hem de ülkemizde her yıl artış göstermektedir. Dünyada ve Türkiye’de kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık rastlanan ikinci ölüm nedenidir (Kutlu ve ark, 2014).

Dünya’da en sık kanser ölüm oranı yüz binde 311 ile Lüksemburg’dadır. En düşük kanser ölüm oranı ise yüz binde 38 ile El Salvador’dur. Dünya’nın farklı yerlerinde bu oranların farklı olması yaşam tarzlarının farklı olmasına bağlanmaktadır (Bilim Teknik, 2003). Ulusal Kanser Enstitüsü 2004-2008 yılları kayıtlarına göre Amerika Birleşik Devletleri’nde kanser görülme oranı her yaş ve cins için yüz binde 464,4 olarak belirlenmiştir. Bu oran erkeklerde yüz binde 541,0 iken, kadınlarda yüz binde 411,6’dır. 2008 yılında yayınlanan Dünya Kanser Raporu’na göre dünyada 12,4

milyon kişi kanser tanısı almış ve 7,6 milyon kişi kanser nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Kanser tanısı almış vakaların çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmüştür. En sık görülen kanser türü akciğer kanseridir (Dünya Kanseri Raporu, 2008).

Yine aynı raporda Türkiye’de her yıl 150.000 yeni kanser vakasının olduğu tahmin edilmektedir. Kadınlar ve erkeklerde en sık görülen kanser türleri arasında farklılıklar mevcuttur. Erkeklerde en sık görülen kanser türleri nefes borusu, bronş ve akciğer (%33), mide (%9), idrar torbası (%9), kalın bağırsak ve rektum (%8), prostat (%6) ve larinks kanserleridir. Kadınlarda en sık görülen kanserler meme (%24), kalın bağırsak ve rektum (%9), mide (%7), yumurtalık (%6), nefes borusu, bronş ve akciğer (%6), lösemi (%5), serviks (%5) ve korpus (%5) kanserleridir (Dünya Kanseri Raporu, 2008).

2.3.Kronik Hastalıklarda Koruyucu Sağlık Davranışları

Bireyler hiçbir zaman bir sağlık sorunu yaşamak istemezler. Özellikle hasta oldukları zaman sağlıklarını tekrar kazanabilmek için çeşitli arayışlar içine girmektedirler. Halk sağlığının temel prensiplerinden birisi bireyleri hastalıklara karşı korumak ve sağlıklı olma halini devam ettirebilmektir. Kişilerin kendilerine ait özellikleri, genetik yapısı ve sağlık konusundaki bilgi, tutum ve davranışları sağlıklı olma durumlarına etkilemektedir (Gözüm ve Çapık, 2014). Bireylerin sağlık sorunu yaşadığında ve sağlıklarını korumak için yapmış olduklarını davranışlara genel olarak ‘Sağlık Davranışı’ adı verilmektedir. Bu davranışlardan tümünü ya da bazılarını yapan bireylerin, yapmayan bireylerle göre daha sağlıklı oldukları bulunmuştur (Araz ve ark., 2007).

Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde görülen en önemli sorun kronik hastalıklarının oluşmasına neden olan çevresel ve sosyal faktörlerin artması ve buna bağlı olarak da kronik hastalık sayısının önemli ölçüde artışıdır (Bilir, 2006). Dünya genelinde 2012 yılında 56 milyon kişi hayatını kaybetmiştir. Bu ölümlerin nedenlerine bakıldığında % 46’sı kardiyovasküler hastalık, % 22’si kanser, % 10,7’si kronik solunum hastalıkları, % 4’ü ise diyabet nedeniyle hayatlarını kaybetmişlerdir (WHO, 2012). Kronik hastalıklar günümüzde en önemli sağlık sorunu haline gelmiştir. Bu durum kronik hastalıklardan korunma stratejilerinin geliştirilmesinin ne kadar önemli

olduğunu göstermektedir. Kronik hastalıklardan korunma stratejisi üç başlık altında toplanabilir (Bilir, 2006):

Birincil korunma: Birincil korunmada hedef toplumun hastalığa yakalanmasını önlemektir. Bu düzey korunma önlemleri arasında vücut ağırlığının normal sınırlarda sürdürülmesi, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması ve egzersizin artırılması gibi yaşam tarzı değişiklikleri yer almaktadır. Bireysel korunma önlemleri arasında, aktif ve pasif sigara içiciliğinden ve alkol tüketiminden uzak durulması, günlük sebze, meyve ve lifli gıdaların tüketiminin artırılması, tuz ve yağ tüketiminin sağlık sınırları içinde olması, abur cubur gibi atıştırmalıkların yenmemesi, televizyon veya bilgisayar başında yemek yenmemesi, fiziksel aktivitenin artırılması ve kilo kontrolünün sağlanması gelmektedir. Çevre ve hava kirliliğinin önlenmesi, enfeksiyonların kontrolü, aşılama programları özellikle kanserden korunma konusunda önem taşımaktadır. Ayrıca bireylerin sağlık eğitim programlarına katılması, stres gibi çevresel faktörlerden uzak durmak, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması ve kanser tarama programlarına katılması (meme muayenesi, mamografi çekirme, testis muayenesi yaptırma, akciğer filmi çekirme, pap smear aldırma...) kronik hastalıklardan korunma konusunda bireye katkı sağlayacaktır (Bilir,2006; Durna ve ark.,2012; Türkmen ve ark., 2012).

İkincil korunma: İkincil korunma, erken tanıdır. Başka bir ifade ile hastalığa ait belirti ve bulguların ortaya çıkmasından önceki dönemde hastalık tanısının konması anlamına gelmektedir. Erken tanı kronik hastalıkların kontrol programları ile yapılmaktadır. Özellikle kalp-damar hastalıkları, diyabet ve bazı kanser türlerinde erken tanı ile hastalığın tedavisi başarı ile sonuçlanmaktadır. Erten tanı testleri ve tarama programları ile özellikle meme, serviks, kolun ve rectum kanserlerine bağlı mortalite sıklığı önemli ölçüde azalmaktadır. Kardiyak açıdan yüksek risk taşıyan bireylerin düzenli aralıklarla taramalardan geçirilmesi, risk faktörleri konusunda eğitimler verilmesi, obesite ve diyabet kontrolü yapılması, sigara ve alkol tüketiminin bırakılması gibi konularda eğitim verilmesi önem taşımaktadır. Beden kitle indeksi $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ olan ve diyabet risk faktörlerinden bir veya daha fazlası bulunan bireylerin yaşına bakılmaksızın taramalara başlanması önerilir. Olası komplikasyonları önlemek için 45

yaşından itibaren bireylerin 3-5 yıl ara ile tarama yaptırması önerilmektedir (Bilir, 2006; Durna ve ark., 2012).

Üçüncül korunma: Klinik belirti ve bulguları ortaya çıkmış hastanın tedavi edilmesidir. Bu korunma türü hastanın rehabilitasyonunu sağlamaya ve hastayı tedavi etmeye yöneliktir. Üçüncül korunma ile hastaya hekim tarafında verilen ilaçların düzenli bir şekilde kullanmasının sağlanması, hastanın yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik girişimler, hastanın hastalığa yönelik diyetini düzenlenmesi, kilo kontrolünün sağlanması, fiziksel aktivitesini artırılması, kan basıncı kontrolü ve kendi kendine kan glukoz seviyesinin takibi ile komplikasyonların önlenmesi önem kazanmaktadır (Bilir, 2006; Durna ve ark., 2012; Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Hekim için Tanı ve Tedavi Rehberi, 2011)

2.4. İş Sağlığı Hemşiresinin Sağlığı Korumadaki Rolü

Toplum sağlığını korumak ve geliştirmekle görevli sağlık ekibinin en önemli üyelerinden biri de hemşirelerdir. İş sağlığı hemşireliği birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde yer almaktadır. İş sağlığı hemşiresi, çalışma ortamını ve çalışan bireyi iş sürecindeki değişikliklerde birlikte gözlemleyerek, nedene yönelik girişimleri planlamalıdır. İş sağlığı hemşirelerinin çalışmaları sonucunda işe devamsızların azaldığı, danışmanlık hizmeti alan ve çalışma ortamında gerekli koruyucu eşyaları kullanan çalışanların olumlu davranışları sergilediği araştırmalar sonucunda gözlemlenmiştir (Öztek ve Kubilay, 2011; Erci ve ark., 2014).

İş sağlığı hemşireliği halk sağlığı hemşireliğinin yeni bir kolu değildir. İlk olarak 1895 yılında Vermont Marble şirketinde çalışmayı başlayan ABD’li Miss Ada Stewart, şirkete çalışanlara ve ailelerine hemşirelik hizmeti sunmuştur. Amerika Halk Sağlığı Hizmetleri 1943 yılında her 300 işçiye bir hemşirenin koruyucu sağlık hizmeti vermesini tavsiye etmiştir (Clark, 2008). İlk zamanlarda çalışanın sağlığı bozulunca hastaneden elde edilen tecrübe ile olaya müdahale eden iş sağlığı hemşireliğinin yerini, günümüzde koruyucu sağlık hizmeti veren işyeri hemşireleri almıştır.

İş sağlığı hemşiresi genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra işçi ve toplum merkezli çalışmakta, idare ve işçi arasında iş birliği yapmaktadır. Amerikan İş Sağlığı Hemşireleri Birliği (AAOHN) tarafından 2004 yılında hazırlanan standartlara

göre işyeri hemşiresinin; değerlendirme, tedavi etme, sonuca gitme, plan yapma, uygulama, kaynak yönetme, profesyonel geliştirme, iş birliği yapma, araştırma yapma ve etik ilkelere uymak gibi roller bulunmaktadır (Clark, 2008).

Bu roller doğrultusunda iş sağlığı hemşiresi işçi sağlığını tanılamak için aşağıdaki aşamaları gerçekleştirmelidir (Erci ve ark., 2014):

- İş sağlığı hemşiresi işe giriş muayenesi, periyodik muayene ve herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşan işçinin sağlık muayenesine katılmalıdır. Muayene sırasında işçinin sağlık öyküsünü alır ve işçiyi tıbbi kontrole hazırlar.
- İşçinin sağlık durumunu saptamak için, boy-kilo, kan basıncı, vücut ölçümü, nabız ve solunum sayısını alır, görme, işitme, kan ve idrar testlerini uygular.
- Hemşire işçi sağlığını değerlendirip gerekli durumlarda hekime sevk ederek, hekimin ihtiyacı olan işçiye daha fazla zaman ayırmasını sağlar.
- İş sağlığı hemşiresi belirli zaman aralıklarında iş ortamında gözlem yapmalı ve çalışanların güvenliğinin korunması ve sürdürülmesini sağlar. Ayrıca kişisel koruyucuların çalışanlar tarafından kullanma durumlarını inceler.
- İş sağlığı hemşiresi periyodik muayeneler sırasında çalışanları meslek hastalıkları yönünden değerlendirir.
- İş sağlığı hemşiresi kronik hastalığı olan çalışanların takibini yapmalı, bakım ve rehabilitasyon çalışmalarını değerlendirir.
- İş sağlığı hemşiresi sağlık sorunları nedeniyle işyerinden bir süre ayrı kalan işçilerin işe başlamadan önce sağlıklarını değerlendirmeli ve işe uyumlarını sağlar.
- İş sağlığı hemşiresi çalışan sağlık sorunları nedeniyle işyeri sağlık birimine başvurduğunda çalışana danışmanlık hizmeti verir. Çalışanların duygularını veya sorunlarını ifade etmesine yardımcı olur.
- İş sağlığı hemşiresi çalışanlara bireysel veya grup olarak sağlık eğitimleri yapar. Bu eğitimlerin amacı; çalışanların sağlıklarını korumaya yönelik davranışlar kazandırmak ve sağlık kaynaklarını nasıl kullanmaları gerektiği konusunda yardımcı olmaktır.
- İş sağlığı hemşiresi bireysel olarak her çalışanın sağlık kaydını tutar. Kayıtların tutulması çalışanlara sunulacak hizmetlerin belirlenmesine, hasta grupların

tanımlanmasına, koruyucu işlevlerin yerine getirilmesine, çalışan ait her türlü bilgiye daha kısa sürede ulaşmaya yardımcı olur.

Çalışma yaşamı risklerle dolu olabilir. Her mesleğin kendine özgü bazı riskleri mevcuttur. Özellikle uzun süreli hareketsizliğin söz konusu olduğu mesleklerde obezite ve eşlik edeceği kronik hastalıklar hem iş sağlığı risklerine yol açabilecek hem de işi ve çalışma potansiyelini olumsuz etkileyebilecektir. Fındık fabrikasında çalışan işçiler çalışma periyodları esnasında uzun süreli oturarak çalışmaktadırlar. Dolayısıyla bu sektörde çalışan işçilerin bazı kronik hastalık risklerinin ve koruyucu sağlık davranışlarının incelenmesi bu ve benzeri çalışma koşullarına sahip işletmelerde işçi sağlığını korumak ve geliştirmek için önemlidir.



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma bir fındık fabrikasında çalışmakta olan işçilerin bazı kronik hastalık risklerini analiz etmek ve koruyucu sağlık davranışlarını benimseme durumlarını araştırmak amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Ordu ilindeki bir fındık fabrikasında Ocak-Mart 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ordu ilinde bir fındık fabrikasında çalışan 120 işçi, örneklemini ise 104 işçi oluşturmaktadır. 16 işçi araştırmaya katılmayı kabul etmediği için araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Anket Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan yirmi dokuz sorudan oluşan Tanıtıcı Özellikler Anket Formu şu sorulardan oluşmaktadır.

- İşçilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, sosyal güvence, yaşadığı yer gibi sosyodemografik özelliklerini içeren altı soru,
- Boy, kilo, kan basıncı ve açlık kan şekeri ölçümü ile ilgili dört soru,
- Kronik hastalığı olup olmama durumu, varsa ne olduğu, aile kronik hastalık durumu ve varsa ne olduğunu içeren dört soru,
- Alkol ve sigara kullanma, egzersiz ve diyet yapma, tansiyon takibi, kan ölçümü yaptırma, kilo kontrolü yapma ve düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırma özelliklerini içeren sekiz soru,
- Kadın işçiler için kendi kendine meme muayenesi yapma durumu, bir doktora meme muayenesi yaptırma durumu, papsmear aldırma durumu ve akciğer kanseri için film çekirme durumu ile ilgili dört soru,

- Erkek işçiler için kendi kendine testis muayenesi yapma durumu ve akciğer kanseri için film çekme durumu ile ilgili iki soru anket formunda yer almaktadır.

3.4.2. Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği

Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği, 1978 yılında Davis, Avery ve Donald tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerliliği, 1997 yılında Esin ve Erdoğan tarafından yapılmıştır. Ölçek, bireyin sağlık durumunu algılamasını belirlemek amacıyla geliştirilmiş ve pek çok çalışmada kullanılmaktadır.

Ölçek tek bir maddeden oluşmuştur. Bireyden ‘Şu anda sağlığını nasıl yorumlarsınız?’ sorusunu derecelendirmesi istenir. Bireyden algıladıkları sağlık durumu düzeyine göre 1’den 10’a doğru sıralandırma yapması istenir. Skala, sıfırdan başlayan 10 cm’lik bir cetvel şeklindedir. Puanların artması genel sağlık durumunun iyi olarak algılandığını göstermektedir (Kuru, 2012).

3.4.3. Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği B Formu

Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği, bireyin sağlığını bilişsel olarak algılama düzeyini ölçmektedir. Bu algılama düzeyi, bireyin sağlığını doğrudan etkilemektedir. B.S.Wallston-K.A. tarafından geliştirilen bu ölçeğin A, B ve C olmak üzere üç ayrı formu bulunmaktadır. Araştırmada dil geçerliliği ve güvenirlik testleri yapılmış olan, likert tipi, altı seçenekli ve 18 maddeden oluşan B formu kullanılmıştır. Ölçeğin Cronbach’s Alfa değeri 0,72’dir. Bu çalışmada Cronbach’s Alfa değeri 0,68’dir. Ölçeğin İç Denetim Odağı, Dış Denetim Odağı ve Şans Etkisi olmak üzere üç tane alt boyutu bulunmaktadır.

İçsel sağlık kontrolü, bireylerin kendi değerlerinin sağlığı üzerindeki etkisini ölçer. 1, 6, 8, 12, 13 ve 17 numaralı maddeler İç Denetim Odağı ile ilgili maddelerdir.

Güçlü Dışsal Kontrol Düzeyi, bireyin sağlığını kontrol etmesinde arkadaş, sağlık personeli, aile gibi dış faktörlerin ne derece etkili olduğunu belirler. 3, 5, 7, 10, 14 ve 18 numaralı maddeler Dış Denetim Odağı ile ilgili maddelerdir.

Şans Etkisi, bireyin sağlığını kadercilik, şans, oluruna bırakmışlık gibi durumların ne derecede etkilediğini belirler. 2, 4, 9, 11, 15 ve 16 numaralı maddeler Şans Etkisi ile ilgili maddelerdir.

Ölçek altı seçenekli Likert tipi bir ölçektir. Her ifadenin yanıtı 1'den 6'ya kadar numaralandırılmıştır. 'Tamamen katılmıyorum' yanıtına 1, 'Çoğunlukla katılmıyorum' yanıtına 2, 'Biraz katılmıyorum' yanıtına 3, 'Biraz katılıyorum' yanıtına 4, 'Çoğunlukla katılıyorum' yanıtına 5 ve 'Tamamen katılıyorum' yanıtına 6 puan verilmiştir. Değerlendirme bu puanlamaya göre yapılmalıdır (Kuru, 2012).

Ölçekte ayrıca DSÖ'nün obesite sınıflandırılması esas alınarak obeziteyi değerlendirmek için Beden Kitle İndeksi (BKİ), hipertansiyonu değerlendirmek için Avrupa Hipertansiyon Derneği'nin hipertansiyon sınıflandırması, diyabeti değerlendirmek için Amerika Diyabet Birliği (ADA) ve Avrupa Diyabet Politikası Belirleme Grubu tarafından yeniden düzenlenen tanı kriterler kullanılmıştır (ESH/ESC 2013, ADA 2011, WHO BMI Classification 2004)

3.5. Verilerin Toplanması

Veri toplama formları uygulamadan önce 10 kişilik bir gruba pilot uygulama olarak uygulanmış, soruların denetimi yapılmış, herhangi bir düzeltmeye gerek duyulmadığı tespit edilerek formlar uygulanmaya başlanmıştır.

Ordu ilindeki fındık fabrikasında çalışan işçilere araştırma ile ilgili açıklayıcı bilgiler verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden işçilere, 29 sorudan oluşan Tanıtıcı Form ile 18 sorudan oluşan Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği B Formu ve bir sorudan oluşan Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği Formu verilmiş; formlar işçilerin bizzat kendileri tarafından fabrikada bulunan ayrı bir odada doldurulmuştur. İşçilerin kan basıncı, açlık kan şekeri ve boy-kilo takibi araştırmacı tarafından yapılmıştır. İşçilerin açlık kan şekeri glukometre ile ölçülmüştür. Her bir formun doldurulması 15-20 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayarda SPSS 15.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerden normal dağılım gösterenlere t testi, ANOVA ve Pearson korelasyon analizi

uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilere ise tek faktör varyans analizi testi (F testi) uygulanmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlanmadan önce araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'na sunularak araştırma için etik kurulu onayı alınmıştır (B.30.2.ODM.0.20.08./1444). Ayrıca araştırmanın yapılacağı fabrikadan yazılı ve sözlü olarak gerekli izin alınmıştır.

Çalışmaya katılan işçilere çalışmanın amacı açıklanmış, gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca işçilere ankete isim yazılmayacağı ve bilgilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapılmış ve 'bilgilendirilmiş onam' koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiştir.

4. BULGULAR

Ordu ilinde bir fındık fabrikasında çalışmakta olan 104 işçi ile yapılan çalışma sonunda elde edilen bulgular bu bölümde ele alınmıştır.

Tablo 5. İşçilerin tanımlayıcı özellikleri

Özellik	n	%
Yaş	Ortalama ± Standart Sapma:	
	39.9±9.7	(min=20, max=60 yaş)
Cinsiyet		
Kadın	85	81,7
Erkek	19	18,3
Eğitim Durumu		
Okuma yazma bilmiyor	19	18,2
İlkokul mezunu	68	65,4
Lise ve üstü Mezunu	17	16,4
Medeni durum		
Evli	71	68,3
Bekar	33	31,7
Yaşadığı Yer		
İl	2	1,9
İlçe	102	98,1

Araştırma kapsamına alınan işçilerin yaş ortalaması 39,9±9,7'dir. İşçilerin %18,3'ü erkek, %81,7'si kadındır. İşçilerin %18,3'ü okuma yazma bilmemekte, %65,4'ü ilkokul mezunu olup, %68,3'ü evlidir. Fabrikada çalışan işçilerin tamamı sosyal güvenceye sahip olup, %98,1'i ilçede yaşamaktadır (Tablo 5).

Tablo 6. İşçilerin BKİ, kan basıncı ve açlık kan şekeri düzeyleri

Değişkenler	n	%
Beden kitle indeksi		
Normal kilolu	11	10,6
Fazla kilolu	43	41,3
Sınıf I obezite	36	34,6
Sınıf II ve III obezite	14	12,5
Kan basıncı durumları		
Optimal	25	24,0
Normal	19	18,3
Evre I HT	38	36,5
Evre II ve III HT	22	21,2
Açlık kan şekeri		
<126mg/dL	90	86,5
>126mg/dL	14	13,5

Araştırma kapsamına alınan işçilerin %41,3'ünün fazla kilolu, %34,6'sının sınıf 1 obezite, %12,5'inin sınıf II ve III obezite olduğu görülmektedir (Tablo 6).

İşçilerin %36,5'i Evre I HT, %21,2'si Evre II ve III HT'na sahiptir. İşçilerin %86,5'inin açlık kan şekeri 126mg/dL'den düşük çıkmıştır (Tablo 6).

Tablo 7. İşçilerin kronik hastalık öyküsü

Kronik hastalık öyküsü	n	%
Kronik hastalık varlığı (n=104)		
Var	33	31,7
Yok	71	68,3
Kronik hastalık türü (n=33)		
Hipertansiyon	17	51,5
Hipertansiyon-diyabet	16	48,5
Ailede kronik hastalık varlığı (n=104)		
Var	65	62,5
Yok	39	37,5
Ailede kronik hastalık türü (n=65)		
Hipertansiyon	30	46,2
Diyabet	16	24,6
Hipertansiyon-Diyabet	13	20,0
Diğer kronik hastalıklar (solunum yolu hastalıkları, depresyon, böbrek yetmezliği)	4	6,1
Hipertansiyon-diyabet	2	3,1

Araştırma kapsamına alınan işçilerin %31,7'sinin kronik hastalığı mevcuttur. İşçilerin %51,5'i hipertansiyon, %48,5'i hem diyabet hem de hipertansiyon hastasıdır. İşçilerin %62,5'inin ailelerinde kronik hastalıklar görülmektedir. Ailelerin %46,2'sinde hipertansiyon, %24,6'sında diyabet, %20'sinde hipertansiyon ve diyabet birlikte görülmektedir (Tablo 7).

Tablo 8. İşçilerin bazı koruyucu sağlık davranışları yapma durumu

Koruyucu sağlık davranışı	Evet		Hayır		Bazen	
	n	%	n	%	n	%
Sigara kullanma durumu	18	17,3	83	79,8	3	2,9
Alkol kullanma durumu	3	2,9	97	93,3	4	3,8
Egzersiz yapma durumu	12	11,5	67	64,4	25	24,0
Diyet yapma durumu	20	19,2	58	55,8	26	25,0
Kilo kontrolü yapma durumu	36	34,6	46	44,2	22	21,2

İşçilerin %79,8'i sigara içmemekte, %93,3'ü alkol kullanmamakta, %64,4'ü egzersiz yapmamakta, %55,8'i diyet yapmamakta ve %44,2'si kilo kontrolü yapmamaktadır (Tablo 8).

Tablo 9. İşçilerin koruyucu sağlık davranışlarından kan basıncı, AKŞ ve düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu

Koruyucu sağlık davranışı	Evet		Hayır		Bazen	
	n	%	n	%	n	%
Kan basıncı takibi yaptırma durumu	30	28,8	43	41,4	31	29,8
Açlık kan şekeri takibi yaptırma durumu	8	7,7	68	65,4	28	26,9
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu	27	26,0	40	38,5	37	35,6

İşçilerin %41,4'ü kan basıncı takibi, %65,4'ü ise açlık kan şekeri takibi yaptırmadığını belirtmişlerdir. İşçilerden %38,5'i düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 9).

Tablo 10. İşçilerin koruyucu sağlık davranışlarından kanser taramaları yaptırma durumu

Koruyucu sağlık davranışı	n	%
Meme muayenesi yaptırma durumu		
Evet	24	28,2
Hayır	61	71,8
Mamografi çekirme durumu		
Evet	18	21,2
Hayır	67	78,8
Pap smear aldırma durumu		
Evet	3	3,5
Hayır	82	96,5
Akciğer filmi çekirme durumu		
Evet	94	90,4
Hayır	10	9,6

Kadın işçilerin %78,8'i mamografi çekmediğini ifade etmiştir. Kadın işçilerin %28,2'si klinik meme muayenesi yaptırdığını ve yalnızca %3,5'i pap smear aldığını belirtmiştir. Erkek işçilerin hiçbiri testis muayenesi yaptırmamıştır. Tüm işçilerden %90,4'ü akciğer filmi çektiğini ifade etmiştir (Tablo 10).

Tablo 11. İşçilerin SDAÖ, ÇYSDOÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları

	Min-max	Madde sayısı	X±SD
Alt boyutlar			
İç denetim odağı	13-36	6	30,1±4,0
Dış denetim odağı	15-33	6	26,1±4,5
Şans etkisi	6-29	6	18,7±4,6
ÇYSDOÖ	48-94	18	75,0±7,7
SDAÖ	4-10	1	7,67±1,2

İşçilerin, ÇYSDOÖ alt boyutlarından en yüksek puan ortalaması 30,1±4,0 ile iç denetim odağı, en düşük puan ortalaması ise 18,7±4,6 ile şans etkisi alt boyutu olmuştur. İşçilerin SDAÖ'den aldıkları puan ortalaması 7,67± 1,2'dir. (Tablo 11).

Tablo 12. İşçilerin cinsiyetlerine göre ÇYSDOÖ ve alt boyutları puan ortalamaları

	Kadın	Erkek	t	p
Alt boyutlar				
İç denetim odağı	30,3±0,4	29,0±0,4	-1,3	0,208
Dış denetim odağı	27,5±0,4	19,7±0,5	-9,2	0,001
Şans etkisi	19,1±0,5	16,9±0,9	19,6	0,053
ÇYSDOÖ	99±6,5	65,6±6,2	6,9	0,001

İşçilerin cinsiyetinin ÇYSDOÖ ve dış denetim odağı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). İşçilerin cinsiyeti ile ölçeğin iç denetim odağı ve şans etkisi boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,01$) (Tablo 12).

Tablo 13. İşçilerin eğitim düzeyine göre ÇYSDOÖ ve alt boyutları puan ortalamaları

	Okuma yazma bilmiyor	İlkokul mezunu	Lise ve üzeri mezunu	F	p
Alt boyutlar					
İç denetim odağı	29,5±0,9	30,1±1,1	30,3±4,5	0,301	0,741
Dış denetim odağı	28,3±0,8	26,3±0,5	23±0,1	6,957	0,001
Şans etkisi	20,3±1,6	18,5±0,5	17,8±0,9	1,479	0,233
ÇYSDOÖ	78±1,8	75±0,9	70,9±1,6	4,038	0,021

İşçilerin eğitim düzeylerinin, dış denetim odağını etkilediği, okuma yazma bilmeyenlerin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 13).

İşçilerin eğitim düzeyleri ile ölçeğin iç denetim odağı ve şans etkisi boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14. İşçilerin medeni durumlarına göre ÇYSDOÖ ve alt boyutları puan ortalamaları

	Evli	Bekar	t	p
Alt boyutlar				
İç denetim odağı	30,0±0,5	30,2±0,7	-0,202	0,941
Dış denetim odağı	26,1±0,5	26,0±0,8	0,165	0,871
Şans etkisi	19,1±0,5	18,0±0,8	1,205	0,231
ÇYSDOÖ	75,3±8	74,1±7,2	0,712	0,435

İşçilerin medeni durumları ile ÇYSDOÖ ve ölçeğin boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,01$) (Tablo 14).

Tablo 15 . İşçilerin bazı koruyucu sağlık davranışları durumuna göre ÇYSDOÖ ve alt boyutları puan ortalamaları

	İç denetim odağı	Dış denetim odağı	Şans etkisi	ÇYSDOÖ
	X+SD	X+SD	X+SD	X+SD
Sigara kullanma durumu				
Evet	31,1±1,1	24,4±1,1	17,9±1,2	73,4±1,8
Hayır	29,9±0,4	26,5±0,5	18,8±0,5	75,2±0,9
Bazen	29,7±3,1	23,7±2,6	21,3±2,4	74,7±6,0
F	0,632	2,047	0,802	0,419
P	0,533	0,134	0,451	0,659
Alkol kullanma durumu				
Evet	32,3±1,9	22,0±4,0	18,0±2,5	72,3±6,1
Hayır	29,9±0,4	26,4±0,4	18,9±0,5	75,1±0,8
Bazen	33,7±1,6	23,5±1,9	14,5±2,4	71,8±1,7
F	2,367	2,050	1,869	0,526
P	0,099	0,134	0,162	0,592
Egzersiz yapma durumu				
Evet	30,5±0,9	21,7±1,5	17,4±1,1	70,0±2,3
Hayır	29,9±0,5	26,4±0,5	18,8±0,6	75,2±1,0
Bazen	30,1±0,7	27,4±0,5	19,0±0,8	76,4±1,3
F	0,293	7,831	0,577	3,039
P	0,747	0,001	0,574	0,050
Diyet yapma durumu				
Evet	30,5±0,9	26,3±1,2	18,3±0,9	75,2±1,6
Hayır	29,7±0,6	25,4±0,6	19,2±0,6	74,3±1,1
Bazen	30,7±0,4	27,3±0,7	18,0±0,8	76,0±1,2
F	0,692	1,620	0,731	0,425
P	0,503	0,203	0,484	0,655
Kilo kontrolü yapma durumu				
Evet	30,9±0,6	25,9±0,8	18,3±0,9	75,1±1,3
Hayır	29,8±0,6	25,4±0,6	19,2±0,6	74,3±1,3
Bazen	29,3±0,8	27,7±4,2	18,0±0,8	76,0±1,1
F	1,341	1,943	0,418	0,385
P	0,266	0,149	0,484	0,685

Egzersiz yapma durumunun ÇYSDOÖ ve dış denetim odağı alt grubunda puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 15).

İşçilerin sigara kullanma, alkol kullanma, diyet yapma ve kilo kontrolü yapma gibi koruyucu sağlık davranışları ile ölçeğin boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16. İşçilerin kronik hastalık durumları göre ÇYSDOÖ ve alt boyutları puan ortalamaları

	İç denetim odağı X+SD	Dış denetim odağı X+SD	Şans etkisi X+SD	ÇYSDOÖ X+SD
Kronik hastalık varlığı				
Var	29,6±0,6	28,5±0,5	19,6±0,8	77,8±6,6
Yok	30,3±0,5	24,9±0,5	18,3±0,5	73,6±7,9
t	0,855	4,029	1,429	7,084
p	0,395	0,001	0,156	0,009
Ailede kronik hastalık varlığı				
Var	30,2±0,4	26,7±0,5	18,8±06	75,7±7,8
Yok	29,9±0,7	25,1±0,7	18,6±0,7	73,5±7,5
t	0,342	1,864	0,286	2,029
p	0,733	0,06	0,775	0,157

İşçilerde kronik hastalık varlığının ÇYSDOÖ ve ölçeğin dış denetim odağı alt grubunda puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 16).

İşçilerin kronik hastalık varlığı ve ailede kronik hastalık varlığı ile ölçeğin boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,01$) (Tablo 16).

Tablo 17. İşçilerin koruyucu sağlık davranışlarından kan basıncı, AKŞ ve düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırma durumuna göre ÇYSDOÖ ve alt boyutları puan ortalamaları

	İç denetim odağı X+SD	Dış denetim odağı X+SD	Şans etkisi X+SD	ÇYSDOÖ X+SD
Kan basıncı takibi yaptırma durumu				
Evet	30,1±0,6	27,7±0,7	18,5±1,0	76,4±1,3
Hayır	30,7±0,5	24,9±0,7	18,8±0,6	73,8±1,0
Bazen	29,3±0,9	26,2±0,8	19,6±0,7	75,0±1,7
F	1,182	3,791	0,791	0,961
P	0,311	0,026	0,456	0,386
Açlık kan şekeri takibi yaptırma durumu				
Evet	29,0±0,7	26,2±1,2	20,4±1,8	75,6±3,1
Hayır	30,5±0,7	25,0±0,6	18,6±0,5	73,5±1,0
Bazen	29,9±0,6	28,6±0,6	18,6±0,9	78,1±1,2
F	0,885	4,551	0,556	3,727
P	0,416	0,001	0,576	0,027
Düzenli sağlık kontrolü durumu				
Evet	29,7±0,7	27,4±0,8	18,3±0,9	76,3±1,3
Hayır	30,5±0,7	24,5±0,7	18,8±0,6	73,4±1,3
Bazen	29,9±0,6	26,8±0,7	19,2±0,8	75,6±1,2
F	0,449	4,551	0,296	1,335
P	0,641	0,013	0,744	0,255

İşçilerin kan basıncı takibi, açlık kan şekeri takibi ve düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırma durumlarının ölçeğin güçlü dışsal kontrol düzeyi alt grubu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Açlık kan şekeri takibi yaptırma durumu ÇYSDOÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 17).

İşçilerin kan basıncı takibi, açlık kan şekeri takibi ve düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırma durumlarının ölçeğin iç denetim ve şans etkisi alt gruplarında puan

ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 18. İşçilerin kan basıncı ölçüm değerlerine göre ÇYSDOÖ ve alt boyutları puan ortalamaları

	İç denetim odağı X+SD	Dış denetim odağı X+SD	Şans etkisi X+SD	ÇYSDOÖ X+SD
Kan basıncı ölçüm değerleri				
Optimal	29,0±1,0	23,8±0,9	18,4±0,8	71,2±1,6
Normal	30,8±0,6	24,8±1,2	18,4±1,0	74,0±1,8
Evre 1 HT	30,2±0,7	26,9±0,6	19,6±0,7	76,2±1,1
Evre 2 ve 3 HT	30,6±0,9	28,9±0,8	18,4±1,7	77,7±1,6
F	0,700	4,666	0,289	3,581
p	0,594	0,002	0,884	0,017

İşçilerin kan basıncı ölçüm değerlerine göre ÇYSDOÖ ve ölçeğin dış denetim odağı alt grubunun puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Kan basıncı ölçüm değerlerinin ölçeğin alt gruplarından dış denetim odağı etkilediği, Evre 2 ve 3 HT sahip işçilerin dış denetim odağının diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 18).

İşçilerin kan basıncı ölçüm değerlerine göre ölçeğin iç denetim odağı ve şans etkisi alt gruplarında puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,01$) (Tablo 18).

Tablo 19. İşçilerin BKİ göre ÇYSDOÖ ve alt boyutları puan ortalamaları

	İç denetim odağı X+SD	Dış denetim odağı X+SD	Şans etkisi X+SD	ÇYSDOÖ X+SD
BKİ ölçüm değerleri				
Normal	29,4±1,3	23,7±1,2	17,4±1,2	70,5±2,0
Fazla kilolu	29,9±0,6	25,8±0,7	18,9±0,7	74,6±1,1
Sınıf I obez	30,9±0,7	27,5±0,7	19,4±0,7	77,7±1,2
Sınıf II ve III obez	29,4±1,1	25,1±1,8	17,6±1,9	72,1±2,5
F	0,743	2,600	0,830	3,655
p	0,529	0,050	0,481	0,015

İşçilerin beden kitle indekslerinin ÇYSDOÖ ve ölçeğin dış denetim odağı alt grubunu etkilediği, sınıf I obez olanların dış denetim odağının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 19).

İşçilerin beden kitle indekslerinin iç denetim odağı ve şans etkisi alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 20. İşçilerin açlık kan şekeri ölçümlerine göre ÇYSDOÖ ve alt boyutları puan ortalamaları

	İç denetim odağı X+SD	Dış denetim odağı X+SD	Şans etkisi X+SD	ÇYSDOÖ X+SD
Açlık kan şekeri ölçüm değerleri				
<126mg/dL	30,3±0,4	26,0±0,5	18,6±0,5	74,9±7,4
>126mg/dL	28,5±1,5	26,5±1,3	19,8±1,0	74,8±9,9
t	1,625	0,376	0,927	0,004
p	0,107	0,708	0,356	0,951

İşçilerin açlık kan şekeri değerlerinin ÇYSDOÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,01$) (Tablo 20).

Tablo 21. İşçilerin koruyucu sağlık davranışlarından kanser taramaları yaptırma durumuna göre ÇYSDOÖ ve alt boyutları puan ortalamaları

Kanser taraması	İç denetim odağı	Dış denetim odağı	Şans etkisi	ÇYSDOÖ
	X+SD	X+SD	X+SD	X+SD
Meme muayenesi yaptırma durumu				
Evet	31,2±0,6	29,1±0,4	18,7±1,1	79,1±6,5
Hayır	29,9±0,4	26,8±0,5	19,3±0,5	76,1±6,3
t	1,627	2,677	0,481	3,676
p	0,107	0,001	0,632	0,059
Mamografi çekirme durumu				
Evet	30,1±1,0	28,4±0,6	17,6±1,3	77,1±6,2
Hayır	30,1±0,3	27,2±0,4	19,5±0,5	76,9±6,6
t	1,051	1,275	1,518	0,201
p	0,296	0,206	0,133	0,889
Pap smear aldırma durumu				
Evet	34,3±1,6	28,0±0,6	17,0±2,6	79,3±2,5
Hayır	30,1±0,3	27,5±0,4	19,2±0,5	76,9±6,5
t	2,185	0,245	0,805	0,412
p	0,030	0,807	0,423	0,523
Akciğer filmi çekirme durumu				
Evet	30,1±0,4	26,3±0,5	18,9±0,5	75,3±7,8
Hayır	30,1±1,2	24,0±1,3	17,2±1,2	71,3±7,0
t	0,003	1,543	1,114	2,424
p	0,997	0,126	0,268	0,123

Kadın işçilerin klinik meme muayenesi yaptırma durumunun ölçeğin dış denetim odağı alt grubunu etkilediği, meme muayenesi yaptıranların yaptırmayanlara göre dış denetim odağını puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 21).

İşçilerin mamografi çekirme, pap smear aldırma ve akciğer filmi çekirme durumlarının ÇYSDOÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,01$) (Tablo 21).

Tablo 22. İşçilerin tanımlayıcı özelliklerine ile SDAÖ arasındaki ilişki

Özellik	X±SD	SDAÖ	
Yaş	39.9±9.7	(min=20, max=60 yaş)	
Cinsiyet			
Kadın	7,4±1,3		t=4,326
Erkek	8,6±2,3		p=0,000
Eğitim Durumu			
Okuma yazma bilmiyor	7,3±1,4		
İlkokul mezunu	7,5±1,4		t=4,984
Lise ve üstü Mezunu	8,4±3,4		p=0,009
Medeni durum			
Evli	7,6±1,4		t=0,477
Bekar	7,7±2,3		p=0,634
Yaşadığı Yer			
İl	7,5±2,3		t=0,542
İlçe	7,2±3,3		p=1,954

Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği ile işçilerin tanımlayıcı özellikleri karşılaştırıldığında cinsiyet ile eğitim durumunun puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Erkek işçiler, kadın işçilere göre kendilerini daha

sağlıklı hissetmektedir. Eğitim durumu yükseldikçe işçilerin kendilerini daha sağlıklı hissettikleri görülmektedir ($p<0,01$) (Tablo 22).

Medeni durum ile sağlık durumunu algılama ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,01$) (Tablo 22).

Tablo 23. İşçilerin kan basıncı, AKŞ ve beden kitle indeksi değerleri ile SDAÖ arasındaki ilişki

Değişkenler	X±SD	SDAÖ	
		F testi	p
Kan basıncı düzeyleri			
Optimal	8,0±2,3		
Normal	8,4±2,9	6,609	0,000
Evre 1 HT	7,5±1,8		
Evre 2 ve üzeri HT	6,7±3,2		
BKİ düzeyleri			
Normal	8,0±5,9		
Fazla kilolu	7,9±5,9	1,845	0,016
Sınıf I obezite	7,4±1,8		
Sınıf II ve morbid obezite	7,4±2,5		
Açlık kan şekeri düzeyleri			
AKŞ<126mg/dL	7,6±1,3	0,602	0,549
AKŞ>126mg/dL	7,9±3,4		

İşçilerin kan basıncı düzeyleri ve BKİ düzeyleri ile sağlık algılama durumu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Kan basıncı normal olan işçilerin sağlık algılama durumu puanı diğer işçilere göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,01$) (Tablo 23).

İşçilerin açlık kan şekeri düzeyleri ile sağlık algılama durumu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır ($p>0,01$) (Tablo 23).

Tablo 24. İşçilerin kronik hastalık varlığı ile SDAÖ arasındaki ilişki

Kronik hastalık varlığı	X±SD	t testi	p
Kronik hastalık varlığı			
Var	7,4±1,8	2,692	0,008
Yok	7,8±1,5		
Ailede kronik hastalık varlığı			
Var	7,6±1,4	0,618	0,538
Yok	7,7±2,2		

İşçilerin kronik hastalık varlığı ile sağlık durumunu algılama puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kronik hastalığı olmayanların, kronik hastalığa sahip olan işçilere göre puanları daha yüksektir ($p<0,01$) (Tablo 24).

İşçilerin ailelerinde kronik hastalık varlığı ile sağlık durumunu algılama puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,01$) (Tablo 24).

Tablo 25. İşçilerin bazı koruyucu sağlık davranışlarını yapma durumları ile SDAÖ arasındaki ilişki

Koruyucu sağlık davranışları	SDAÖ		
	X±SD	F testi	p
Sigara kullanma durumu			
Evet	8,1±2,9	1,646	0,198
Hayır	7,6±1,3		
Bazen	8,3±3,3		
Alkol kullanma durumu			
Evet	8,0 ±5,8	0,118	0,889
Hayır	7,6±1,2		
Bazen	7,7±9,5		
Egzersiz yapma durumu			
Evet	8,7±2,6	4,787	0,012
Hayır	7,5±1,5		
Bazen	7,5±2,4		
Diyet yapma durumu			
Evet	8,7±2,6	5,006	0,008
Hayır	7,9±1,6		
Bazen	7,1±2,4		
Kilo kontrolü yapma durumları			
Evet	7,9±2,3	1,667	0,194
Hayır	7,6±1,5		
Bazen	7,3±2,8		

İşçilerin egzersiz yapma durumları ile sağlık durumu algılama puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Egzersiz yapan işçiler diğerlerine göre sağlık durumlarına daha yüksek puan vermişlerdir ($p<0,01$) (Tablo 25).

İşçilerin diyet yapma durumları ile sağlık durumu algılama puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Diyet yapan işçilerin sağlık algılama puanları, diğer gruplara göre daha yüksektir ($p<0,01$) (Tablo 25).

İşçilerin sigara kullanma, alkol kullanma ve kilo kontrolü yapma durumları ile sağlık algılama durumu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,01$) (Tablo25).

Tablo 26. İşçilerin koruyucu sağlık davranışlarından kan basıncı takibi, AKŞ takibi ve sağlık kontrolü yaptırma durumları ile SDAÖ arasındaki ilişki

Koruyucu sağlık davranışı	X±SD	SDAÖ	
		F testi	p
Kan basıncı takibi yaptırma durumu			
Evet	7,1±1,8	6,883	0,002
Hayır	8,1±1,7		
Bazen	7,5±2,4		
Açlık kan şekeri takibi durumu			
Evet	6,9±5,8	4,407	0,015
Hayır	7,9±1,4		
Bazen	7,3±2,1		
Düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırma durumu			
Evet	7,2±2,1	4,571	0,013
Hayır	8,1±1,7		
Bazen	7,5±2,1		

İşçilerin kan basıncı takibi, açlık kan şekeri takibi ve düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırma durumları ile sağlık durumu algılama puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$) (Tablo 26).

Kan basıncı takibi, açlık kan şekeri takibi ve düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırmayan işçiler diğer gruptaki işçilere göre sağlık durumlarına daha yüksek puan vermişlerdir (Tablo 26).

Tablo 27 . İşçilerin koruyucu sağlık davranışlarından kanser taramalarını yaptırma durumları ile SDAÖ arasındaki ilişki

Koruyucu sağlık davranışı	SDAÖ		
	X±SD	t testi	p
Meme muayenesi yaptırma durumu			
Evet	7,2±2,5	1,193	0,236
Hayır	7,5±1,4		
Mamografi çekirme durumu			
Evet	7,2±3,5	0,926	0,357
Hayır	7,5±1,3		
Pap smear aldırma durumu			
Evet	7,0±1,0	0,677	0,500
Hayır	7,5±1,3		
Akciğer filmi çekirme durumu			
Evet	7,7 ±1,3	0,739	0,462
Hayır	7,4±2,7		

İşçilerin mamografi çekirme durumu, meme muayenesi yaptırma durumu, pap smear aldırma durumu ve akciğer filmi çekirme durumları ile sağlık durumu algılama puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,01$) (Tablo 27).

Tablo 28. İşçilerin ÇYSDOÖ ile SDAÖ arasındaki ilişkinin dağılımı

Özellik	SDAÖ	
	Pearson r	p
ÇYSDOÖ		
Dış denetim odağı	-0,320	0,001
İç denetim odağı	0,080	0,419
Şans etkisi	0,005	0,960

Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği alt boyutu olan güçlü dışsal kontrol düzeyi ile SDAÖ arasında ilişki ters yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 28).

5.TARTIŞMA

Ordu ilindeki bir fındık fabrikasında çalışan işçilerin çalışma ortamının bireyin sağlığını nasıl etkilediğini belirlemek, işçilerin kronik hastalık risklerini analiz etmek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular bu bölümde tartışılacaktır.

Kronik hastalıklar, vücudun fizyolojik fonksiyonlarının ilerleyen ve geri dönüşümü olmayan bir şekilde yavaşlamasına neden olan, uzun süren bir bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır. Kronik bir hastalıkla yaşamak bireyi fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik yönden olumsuz olarak etkilemektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013).

Kronik hastalığa sahip olan bireyin çalışma hayatı da dolaylı olarak etkilenmektedir. Bireyin etkili bir biçimde çalışması giderek azalmakta, devamsızlığı artmaktadır. Çalışma ortamında bireyin sağlığını olumsuz yönde etkileyecek faktörlerin olması da bireyin sağlığı etkilemekte dolayısı ile bu durum da işine yansımaktadır. İş yaşamı ile bireyin sağlığı arasındaki ilişki kısır bir döngüdür.

İşçilerin %81,7'si kadın, %18,3'ü erkektir. Yaş ortalaması $39,9 \pm 9,7$ 'dir. İşçilerin %65,4'ü ilkokul mezunu, %16,4'ü ise lise ve üzeri bir okuldan mezundur. Gülduran ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) işçilerin %30,9'u ilkokul mezunu, %53,1'i lise mezunu ve %3,4'ü ise üniversite mezunudur. Bu çalışmada eğitim düzeyinin düşük olmasının nedeni, kadın işçilerin fazla sayıda olması olabilir. Çünkü ülkemizde kadınların okula ya hiç gönderilmemekte ya da ilkokuldan sonra okula devam etmelerine izin verilmemektedir. Türkiye'de TÜİK 2013 verilerine göre kadınların %7'si okur yazar değildir. Bu çalışmada ise okur yazar olmayanların oranı %18,3'tür. Bu durumu fabrikada çalışan kadınların büyük bir kısmının ilçede yaşıyor olması etkilemiş olabilir.

İşçilerin %33'ü kronik bir hastalığa sahiptir. Kronik hastalığı olan işçilerin %51,5'i hipertansiyon, %48,5'i ise hem hipertansiyon hem de diyabet hastasıdır. İşçilerin %62,5'inin ailesinde kronik bir hastalık bulunmaktadır. Gülduran ve arkadaşlarının (2013) kömür işçilerine yapmış oldukları çalışmada %12,1'i işe başladıktan sonra astım, diyabet, tüberküloz, işitme kaybı ve bel fitiği gibi hastalık

tanıları almışlardır. Kömür işçilerinin %15'inin ailesinde kanser öyküsü bulunmaktadır. Bu çalışmada işçilerinin %3,1'nin ailesinde kanser öyküsü bulunmaktadır. Bu çalışma işçilerin kronik hastalık öyküleri açısından Gülduran ve arkadaşlarının (2013) çalışması ile benzerlik göstermemektedir.

Bu çalışmada fındık işçilerinin %17,3'ü sigara içmekte, %2,9'u ise alkol kullanmaktadır Gülduran ve arkadaşlarının (2013) kömür işçilerine yaptıkları çalışmada işçilerin %45,4'ünün alkol kullandığı, %43,6'sının ise haftada bir mutlaka alkol kullandığını ve %52,5'i ise sigara tükettiğini belirtmişlerdir. Sigara tüketen işçiler en az 15 yıldır sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Flemibg ve arkadaşlarının (2007) çalışanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı araştırmasında 65 yaş ve üstü işçilerin sigara va alkol tüketim oranının, 65 yaş üstü çalışmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca erkek işçilerin kadın işçilere göre daha riskli davranış sergilediklerini belirtmiştir. Bu çalışmada işçilerin sigara ve alkol kullananların sayısının az olmasının nedeni, işçilerin çoğunluğunun kadın olması ve genellikle Türk toplumunda kadınların alkol kullanma oranının düşük olmasından kaynaklanabileceği nedeniyle olabilir.

Bu çalışmada işçilerin %11,5'i ise egzersiz yaptıklarını belirtmişlerdir. Akdevelioğlu'nun (2012) banka çalışanlarına yapmış olduğu çalışmada çalışanların %67,2'sinin spor yaptığını belirtmiştir. Gülduran ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) işçilerin %36,2'si yürüyüş, koşu, futbol gibi spor faaliyetlerini düzenli olarak yaptıklarını ifade etmişlerdir. French ve arkadaşlarının (2007) Kanada'da yaptığı çalışmada şişman olan işçilerin şişman olmayan işçilere göre daha az fiziksel aktivite yaptığı ve daha fazla televizyon izlediği bulunmuştur Bu çalışmada egzersiz yapma oranının düşük olması kadınların hem işyerinde hem de kendi evlerinde çalışmak zorunda olması, bu nedenle de kendilerine ayıracak vakitlerinin olmaması ve yorgun olmaları nedeniyle olabilir.

Bu çalışmada işçilerin %34,6'sı kilo kontrolü yapmakta, %19,2'si ise kilo kontrolüne yönelik diyet yapmaktadır. Akdevelioğlu'nun (2012) banka çalışanlarına yapmış olduğu çalışmada banka çalışanlarının %50,8'inin beslenmelerine dikkat ettiğini belirtmiştir. Bu çalışmada katılan işçilerin diyet yapma oranının düşük çıkmasının

nedeni obeziteyi veya fazla kilolu olmayı bir sağlık sorunu olarak görmemeleri ve sağlıklı beslenmenin önemini hakkında yeterli bilgi sahibi olmamaları olabilir.

Bu çalışmada işçilerin %41,3'ü fazla kilolu, %34,6'sı sınıf I obez, %12,5'i ise sınıf II ve III obezdiler. Kadın banka çalışanlarının %7,2'si şişman, erkek banka çalışanlarının ise %2,2'sinin şişman olduğu saptanmıştır (Akdevelioğlu, 2012). Esin (1997) tarafından endüstriyel alanda çalışan işçilere yapılan çalışmada, işçilerin %31,8'i hafif şişman, %15,6'ı ise şişman olduğunu belirtmiştir. Pappas ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında hemşirelerin %36'sının aşırı kilolu ve obez olduklarını belirtmiştir. Diğer çalışmalara göre obezite oranı fındık işçilerinde daha yüksek çıkmıştır. Fındık işçilerinin oturarak çalışıyor olması, egzersiz yapma durumlarının az olması nedeniyle obezite oranı daha yüksek çıkmış olabilir. Shaikh ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan araştırmada uzun süreli az hareket etme ve oturmaya bağlı olarak çalışan sektörlerde obezitenin yüksek oranda görüldüğü bulunmuştur. Ferguson ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada da uzun süreli çalışma saatleri ve obezite arasında bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Artazcoz ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında uzun çalışma saatlerinin kadın çalışanlarda olumsuz mental sağlık, iş doyumunu ve sigara içmeye neden olduğunu belirtmiştir. Bonauto ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, günlük meyve sebze tüketen işçilerin, tüketmeyenlere göre ; iş yerinde fiziksel olarak aktif çalışanların çalışmayanlara göre daha az obez oldukları bulunmuştur. Pappas ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %36'sının aşırı kilolu ve obez olduklarını belirtmişlerdir. Skaal ve Pengpid'in yaptığı çalışmada (2011) işçilerin %73'ü fazla kilolu veya obezdiler. French ve arkadaşlarının çalışmasında (2007) ise işçilerin %56'sı obezdiler. Şişman işçilerin diğer işçilere göre daha az fiziksel aktivite yaptığı ve daha çok televizyon izledikleri bulunmuştur (French ve ark, 2007). Choi ve arkadaşlarının oturarak çalışan işçilere yaptığı çalışmada ise %55,5'i obezdiler (Choi ve ark, 2010). Bu çalışmada elde edilen sonuç literatürle uyumludur. Özellikle işçilerin çalışma alanının gıda ile ilgili bir sektör olması ve bu sektörde çalışanların hareketsiz ortamın verdiği etkiyle obezite olma olasılıklarının daha yüksek olabileceği düşünülebilir. Ayrıca çalışmanın yapıldığı bölgede besin tüketim alışkanlıkları genel olarak karbonhidrat ve yağlı besinlerden oluştuğu için çalışma şartları ile birlikte işçilerin geleneksel beslenme alışkanlıklarının obezite sıklığını etkilemiş olabileceği de düşünülmüştür. İşçilerin büyük kısmının kadın olması da bu oranı etkilemiş olabilir.

İşçilerin %36,5'inin tansiyonu evre I HT, %21,2'sinin tansiyonu ise evre II ve III HT sınırları içindedir. Hartung ve arkadaşları (2010) yılında yapmış oldukları çalışmada aşçıların ofis işçilerine göre kalp hastalıklarına yakalanma oranının daha fazla olduğunu, her iki grubunda fazla kilolu olduğunu belirtmiştir. Ofis işçilerinin hipertansiyon oranı daha yüksek iken, aşçıların da kan lipit düzeylerini daha yüksek bulmuştur. Hazarika ve arkadaşlarının çalışmasında (2002) işçilerin hipertansiyon prevalansı %60,8, Lee ve arkadaşlarının endüstri işçilerine yaptığı çalışma (2006) da ise işçilerin %46'sı prehipertansiyon, %15'i ise hipertansiyon hastasıdır. İşçilerin %86,5'inin açlık kan şekeri 126mg/dL düşük çıkmıştır. Tansiyonlarının yüksek çıkmasının nedeni obesitenin yüksek olmasına bağlı olabilir.

Bu çalışmada kadın işçilerin %28,2'si klinik meme muayenesi yaptırmışlardır. Gençtürk (2013) tarafından kadın sağlık profesyonellerine yapılan çalışmada kadınların %26,3'nün meme muayenesi yaptığı, Sönmez ve arkadaşların (2012) tarafından yapılan çalışmada kadınların %67,7'sinin meme muayenesi yaptığı, Durgun Ozan (2011) tarafından yapılan araştırmada, farklı mesleklerde çalışan kadınların %42,3'ünün meme muayenesi yaptığı görülmektedir. Avcı'nın çalışmasında (2008) fındık işçilerinde meme muayenesi yapma sıklığı %22,3 olarak bulunmuştur. Ayrıca Avcı (2008) ailesinde kanser öyküsü olanların daha fazla kendi kendine meme muayenesi yaptıklarını bulmuştur. Mamografi çekirme oranı bu çalışmada %21,2'dir. Gençtürk (2013) çalışmasında mamografi çekirme oranı %13,2'dir. İşçilerin mamografi çekirme oranı diğer çalışmalara göre yüksektir. Bu çalışmada yaş ortalamasının 39,9±9,7 olması ve ulusal kanser tarama programında mamografinin ücretsiz olarak çekilmesi ve obezite sıklığının yüksek olması nedeniyle risk grubunda hissetmeleri bu rakamın yüksek olmasını etkilemiş olabilir. Ayrıca işçilerin dışsal kontrol düzeyinin yüksek çıkması risk algılarından dolayı doktor veya hemşireye muayene yaptırmalarını etkilemiş olabilir.

Bu çalışmaya katılan işçilerin ise yalnızca %3,5'i pap smear testi yaptırmıştır. Durgun Ozan ve Ertem tarafından (2007) yapılan çalışmada kadınların %8,8'i bir kez pap smear testi yaptırdıklarını ifade etmişlerdir. Bekar ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada akademisyenlerin %46,5'inin pap smear testi yaptırdığı, Uluocak ve Bekar'ın (2012) sağlık çalışanlarına yaptıkları bir çalışmada kadınların %70,4'ünün pap smear yaptırmadığı bulunmuştur. Serviks kanseri hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olunmaması nedeniyle işçilerin pap smear testi yaptırmama oranı düşük olabilir.

Araştırmaya katılan işçilerin %90,4'ü akciğer filmi çekirmişlerdir. İşçiler iş yerinde yapılan periyodik muayeneler için bu filmi çektikleri için bu oran yüksek çıkmış olabilir.

İşçilerin tanımlayıcı özellikleri ile ÇYSDOÖ arasındaki ilişkinin tartışılması

İşçilerin cinsiyeti ile ÇYSDOÖ arasında ölçeğin dış denetim odağı alt boyutu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Dış denetim odağı, bireyin sağlığını kontrol etmesinde arkadaş, sağlık personeli, aile gibi dış faktörlerin ne derece etkili olduğunu belirler. Buna göre bu araştırmadan elde edilen sonuç kadın işçilerin sağlıklarını kendi kontrolleri dışındaki faktörlere bıraktıklarını göstermektedir. Sonucun anlamlı çıkmasında kadınların erkeklere göre sağlık kuruluşlarına daha fazla başvurmaları, televizyon, dergi ve internet gibi yayın organlarının sağlık ile ilgili bölümlerinden erkeklere göre daha fazla oranda yararlanmaları etkili olmuş olabilir. Bu çalışma, Esin'in (1997) yapmış olduğu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Medeni durum ile ÇYSDOÖ arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunamamıştır. Medeni durum sağlık denetimini etkilememektedir. Esin'in (1997) çalışmasında dış denetim odağı bekarlarda daha yüksek çıkmıştır.

Bu çalışmada eğitim düzeylerinin ÇYSDOÖ ile dış denetim odağını etkilediği görülmüştür. Okuma yazma bilmeyenlerin diğer gruplara göre dış denetim odağının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuç, eğitim düzeyi düşük olan bireylerin bilgi eksikliği nedeniyle başka kişilerden yardım aldıklarını düşündürmektedir. Esin'in (1997) yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuç çıkmıştır. Kuru (2012) tarafından koroner arter hastalığı tanısı almış bireylere yapılan çalışmada ilköğretim ve lise mezunlarında dış denetim odağı daha yüksek çıkmıştır. Sonuçlar literatürle uyumludur.

İşçilerin sigara ve alkol kullanımı, diyet ve kilo kontrolü yapma durumlarının ÇYSDOÖ ve alt gruplarını etkilemediği görülmektedir. İşçilerin egzersiz yapma durumunu ölçeğin tamamını ve dış denetim odağını etkilemektedir. Bazen egzersiz yapan işçilerin istatistiksel olarak, egzersiz yapan ve yapmayanlara göre dış denetim odağı daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuçla ilgili olarak işçilerin başkalarının önerileri ile egzersiz yaptıkları söylenebilir. İşçilerin kronik hastalığa sahip olma durumunun

ÇYSDOÖ ve ölçeğin güçlü dışsal kontrol düzeyi alt grubunda puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kronik hastalığı olan işçilerin, sağlık durumlarıyla başedemediği ve başkalarından yardım aradığını düşündürmektedir.

İşçilerin kan basıncı takibi, açlık kan şekeri takibi ve düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırma durumunun ölçeğin dış denetim odağı alt grubunun puan ortalaması arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Açlık kan şekeri takibi yaptırma durumu ÇYSDOÖ puan ortalaması da yüksek bulunmuştur. İşçiler sağlık kontrollerini yaptırma durumlarında aile, arkadaş ve sağlık personelinin etkilenmiş ve sağlıkları hakkındaki sorumluluğu bu bireylerin üzerine atmış olabilirler.

İşçiler kan basıncı düzeylerinin ÇYSDOÖ ve dış denetim odağı alt grubunu etkilediği görülmüştür. Evre II ve III hipertansiyonlu bireyler diğer gruplardaki işçilere göre dış faktörlerden daha çok etkilenmiş olabilirler. İleri evre hipertansiyonları oldukları için yanlış bir uygulamanın sağlıklarını daha kötü olarak etkileyebileceğini ve bu nedenle daha fazla dış kaynaklardan yardım aramış olduklarını düşündürmüştür.

İşçilerin beden kitle indekslerinin ÇYSDOÖ ve dış denetim odağı alt grubunu etkilediği görülmüştür. Sınıf I obez olan işçilerin ölçek puan ortalamaları diğer işçilere göre yüksek çıkmıştır. Bu gruptaki işçiler obezite başlangıcında olan kişilerdir. Dış denetim odağı puan ortalamasının yüksek çıkması sağlık denetiminde bireysel kontrolle birlikte özellikle sağlık personelinin denetimine ihtiyaç duyduklarını gösterebilir .

İşçilerin açlık kan şekeri değerleri ile ÇYSDOÖ ve alt grupları arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

İşçilerin meme muayenesi yaptırma durumunun ölçeğin güçlü dışsal kontrol düzeyi alt grubunu etkilediği görülmüştür ($p<0,01$). Bunun nedeninin kadın işçilerin birbirlerinden veya çevrelerinde bu muayeneyi yaptıranlardan etkilenmeleri olabilir. Basın ve yayın organlarında meme kanseri hakkındaki reklamlar, yazılan yazılar kadın işçileri olumlu yönde etkilemiş olabilir. Aile hekimlerinin veya periyodik aralıklarla iş yerine gelen iş yeri hemşiresinin önerileri de kadın işçileri bu konuda olumlu yönde etkilemiş olabilir.

İşçilerin tanımlayıcı özellikleri ile SDAÖ arasındaki ilişkinin tartışılması

Bu çalışmada işçilerin Sağlık Durumunu Algılama Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 7.67 ± 1.2 'dir.

Gülduran ve arkadaşlarının 2013 yılında kömür işçilerine yaptıkları çalışmada işçilerin sağlık durumlarına verdikleri puan ortalaması $3,65 \pm 0,64$ 'tür. Kuru'nun 2012 yılında koroner arter hastalığı tanısı almış olan bireylere yaptığı çalışmasında, hastaların sağlık durumlarına verdikleri puan ortalaması $5,89 \pm 1,41$ 'dir. Gökdoğan ve Akıncı'nın (2001) diyabet hastalarına yapmış oldukları çalışmada diyabet hastalarının sağlık durumlarına verdikleri puan ortalaması ise $5,77 \pm 2,45$ 'tir. Bu çalışma literatür ile karşılaştırıldığında işçilerin sağlık durumunu algılama puanları diğer çalışmalara katılan bireylere göre daha yüksek çıkmıştır. Fındık sektöründe çalışan işçilerin çalışma ortamının ısı, ışık gibi fiziksel koşullarını iyi olması, işe gidip gelirken servis imkanlarının bulunması, mesai saatlerinin düzenli olması nedeniyle sağlık algıları daha iyi çıkmış olabilir.

Erkek işçilerin kadın işçilere göre sağlık durumlarını daha iyi algıladıkları görülmüştür. Kadın sağlığını etkileyen faktörler çok çeşitli olabilir. Dolayısıyla hem işçi hem anne hem de evinin işlerini yürüten birisi olarak kadınlar sağlıklarını daha olumsuz değerlendirmiş olabilirler.

Medeni durumun işçilerin sağlık durumunu algılamalarını etkilemediği görülmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe işçilerin, sağlık durumlarını algılamaları da olumlu yönde olmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olan işçiler, gerek bedensel gerekse ruhsal sağlık problemlerini aşma konusunda daha bilgili olabilir. Sağlık sorunlarına karşı nasıl korunacaklarını bildikleri ve hasta oldukları zaman hastalığın erken dönemlerinde sağlık personeline yardım aldıkları için kendilerini daha iyi hissetmiş olabilirler. Bu çalışma, Kuru'nun (2012) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Kronik hastalığı olmayan işçiler, kronik hastalığı olan işçilere göre kendilerini daha iyi hissetmektedirler. Bu sonuç beklenen bir sonuçtur. Uzun süre devam eden bir hastalığın olmaması bireyin kendini daha iyi hissetmesine neden olmaktadır. Kuru çalışmasında (2012) kronik arter hastalığı iki seneden az olan ve başka bir kronik hastalığı olmayan bireylerin kendilerini daha iyi algıladıklarını belirtmiştir.

Kan basıncı, açlık kan şekeri takibi ve düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırmayan işçiler, sağlıklarını daha iyi algıladıklarını belirtmişlerdir. İşçiler hasta olsalar bile bu durumun farkında olmadıkları için sağlık durumlarını iyi hissetmiş olabilirler. Kan basıncı normal sınırdaki olan işçiler beklenildiği gibi sağlıklarını daha iyi algılamaktadır. Kan basıncı düşük veya yüksek olan işçiler, bu durumdan etkilendikleri için kendilerini kötü algılamış olabilirler. Beden kitle indeksi düşük olan işçiler beklenildiği gibi sağlıklarını daha iyi algılamaktadır. Beden kitle indeksi normal sınırlarda olmayan işçiler hareketlerinde kısıtlılık yaşadıkları için veya herhangi bir sağlık problemi yaşadıkları için sağlıklarını kötü algılamış olabilirler. Açlık kan şekeri değerleri işçilerin sağlık algısını etkilememektedir. İşçilerin diyabeti bir sağlık sorunu olarak görmemesi nedeniyle bu sonuç çıkmış olabilir. Diyet yapan işçiler, diyet yapmayanlara veya bazen diyet yapan işçilere göre kendilerini daha iyi hissettiklerini belirtmişlerdir. Kilo vermenin bireyin günlük yaşam aktivitelerini daha rahat bir şekilde yapmasına olanak sağlaması nedeniyle diyet yapan işçiler kendilerini daha iyi hissetmiş olabilirler. Kuru'nun çalışmasında (2012) BKİ göre normal olan bireylerin sağlıklarını daha iyi algıladıkları belirtilmiştir.

Ölçekler arasındaki ilişkinin tartışılması

Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği'nin dış denetim odağı alt boyutu ile Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği arasındaki ilişki ters yöndedir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,01$). İşçilerin kendi sağlıkları konusunda aile, arkadaş ve sağlık personelinin yardım almaları kendilerini bu konuda yetersiz hissetmelerine neden olabilir. Sağlıkları üzerinde dış denetim odağının yüksek olduğu işçiler sağlıklarını daha kötü olarak değerlendirmiştir. Bu durum bireylerin sağlıklarını kendilerinin kontrol etmelerinin sağlık algılarını daha pozitif etkilediğini düşündürülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Ordu ilinde bir fındık fabrikasında çalışmakta olan işçilerin bazı kronik hastalık risklerini analiz etmek ve koruyucu sağlık davranışlarını benimseme durumlarını araştırmak amacıyla, Ocak-Mart 2015 tarihleri arasında araştırmayı kabul eden, iletişim kurulabilen 104 işçiye yapılan bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Araştırmaya katılan işçilerin %81,7'si kadın, %65,4'ü ilkokul mezunu, %68,3'ü evli ve %98,1'i ilçede yaşamaktadır (Tablo 5).
- İşçilerin %41,3'ü fazla kilolu, %34,6'sı 1. Sınıf obez, %12,5' ise 2. ve 3. Sınıf obezdir (Tablo 6).
- İşçilerin %36,5'inin kan basıncı evre 1 HT, %21,2'sinin kan basıncı ise evre 2 ve 3 hipertansiyondur (Tablo 6).
- İşçilerin %86,5'inin açlık kan şekeri ölçümü 126mg/ dL küçüktür (Tablo 6).
- Araştırmaya katılan işçilerin %31,7'sinin kronik bir hastalığı bulunmaktadır. İşçilerin %51,5'i hipertansiyon, %48,5'i ise hem hipertansiyon hem de diyabet hastasıdır (Tablo 7).
- İşçilerin %62,5'nin ailesinde kronik bir hastalık mevcuttur. İşçilerin ailelerinin %46,2'sinde hipertansiyon, %24,6'sında diyabet, %20,0'sinde hem hipertansiyon hem diyabet, %6,1'inde diğer kronik hastalıklar (solunum yolu hastalıkları, böbrek yetmezliği, depresyon...) ve %3,1'inde kanser hastasıdır (Tablo 7).
- İşçilerin %79,8'i sigara, %93,3'ü alkol kullanmamakta; %64,4'ü egzersiz, %55,8'i kilo kontrolüne yönelik diyet ve %44,2'si kilo kontrolü yapmamaktadır (Tablo 8).
- İşçilerin %28,8'i kan basıncı takibi, %7,7'si ise açlık kan şekeri takibi yaptırmaktadır. İşçilerin %26'sı ise düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırdıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 9).
- Kadın işçilerin %17,3'ü mamografi çekirmiş, %23,1'i ise klinik meme muayenesi yaptırmış, %2,9'u ise pap smear aldırmıştır. Erkek işçilerin hiçbirisi testis muayenesi yaptırmamıştır. İşçilerin %90,4'ü akciğer filmi çekirmiştir (Tablo 10).

- İşçilerin ÇYSDOÖ'ne 75,0±7,7,alt boyutlarından iç denetim odağına 30,1±4,0, dış denetim odağına 26,1±4,5, şans etkisine 18,7±4,6 puan vermişlerdir. İşçilerin Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği'nden aldıkları puan ortalaması 7,67±1,2'dir. İşçiler sağlıklarına en az 4, en fazla 10 puan vermişlerdir (Tablo 11).
- Kadın işçilerin ÇYSDOÖ dış denetim odağı alt grubu puan ortalamasının erkek işçilere göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,01) (Tablo 12).
- İşçilerin eğitim düzeylerinin ÇYSDOÖ'nin dış denetim odağı alt boyutunu etkilediği, okuma yazma bilmeyenlerin puan ortalamasının ilkokul, lise ve üzeri mezun olan işçilere göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı çıktığı bulunmuştur (p<0,01) (Tablo 13).
- İşçilerin medeni durumlarının ÇYSDOÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.01) (Tablo 14).
- İşçilerin koruyucu sağlık davranışlarından egzersiz yapma durumunun ÇYSDOÖ ve dış denetim odağı alt grubunu etkilediği, bazen egzersiz yapanların puan ortalamasının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 15).
- İşçilerin koruyucu sağlık davranışlarından sigara ve alkol kullanma, kilo kontrolü yapma ve kilo kontrolüne yönelik diyet yapma ile ÇYSDOÖ ve alt boyutları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 15).
- İşçilerin kronik hastalık varlığının ÇYSDOÖ ve dış denetim odağını etkilediği, kronik hastalığı olanların puan ortalamasının olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,01) (Tablo 16).
- İşçilerin kan basıncı ve açlık kan şekeri takibi yaptırma ve düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırma durumunun ölçeğin dış denetim odağını etkilemektedir. Kan basıncı takibi yaptıranların diğerlerine göre, açlık kan şekeri takibi yaptırmayanların diğerlerine göre, düzenli olarak sağlık kontrolü yaptıranların diğerlerine göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Açlık kan şekeri takibi yaptırma durumu ÇYSDOÖ'ni de etkilemiştir (p<0,05) (Tablo 17).

- İşçilerin kan basıncı düzeylerinin ölçeğin güçlü dışsal kontrol düzeyini etkilediği, evre II ve III HT olan işçilerin diğerlerine göre puan ortalamasının göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 18).
- İşçilerin beden kitle indeks değerlerinin ölçeğin dış denetim odağını etkilediği, 1. sınıf obez olan işçilerin diğerlerine göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 19).
- İşçilerin açlık kan şekerleri değerlerinin ÇYSDOÖ ve alt boyutlarını etkilemediği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,01$) (Tablo 20).
- Kadın işçilerin klinik meme muayenesi yaptırma durumunun ölçeğin dış denetim odağını etkilediği, meme muayenesi yaptıranların yaptırmayanlara göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 21).
- Cinsiyetin SDAÖ etkilediği, erkeklerin kadınlara göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 22).
- Eğitim durumunun SDAÖ etkilediği, lise ve üzeri bir okuldan mezun olanların diğerlerine göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 22).
- İşçilerin medeni durumu ve yaşadığı yer SDAÖ etkilememiş ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamsız çıktığı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 22).
- İşçilerin kan basıncı düzeyleri ile beden kitle indeks düzeylerinin SDAÖ etkilediği, kan basıncı normal değerler içinde olan işçilerin, diğer gruplara göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 23).
- İşçilerin açlık kan şekeri düzeylerinin SDAÖ etkilemediği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,01$) (Tablo 23).
- Kronik bir hastalığa sahip olma durumunun SDAÖ etkilediği, kronik hastalığı olmayanların, olanlara göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve elde

edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 24).

- İşçilerin koruyucu sağlık davranışlarından egzersiz ve diyet yapma durumunun SDAÖ etkilediği, egzersiz ve diyet yapanların diğerlerine göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 25).
- İşçilerin koruyucu sağlık davranışlarından kan basıncı, açlık kan şekeri takibi ve düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırma durumunun SDAÖ etkilediği, kan basıncı takibi yaptırmayanların diğerlerine göre, açlık kan şekeri takibi yaptırmayanların diğerlerine göre, düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırmayanların diğerlerine göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$, $p<0,05$) (Tablo 26).
- İşçilerin koruyucu sağlık davranışlarından klinik meme muayenesi yaptırma, mamografi çekirme, pap smear aldırma ve akciğer filmi çekirme durumları ile SDAÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,01$) (Tablo 27).
- Çok Yönlü sağlık Denetim Odağı Ölçeği alt boyutu dış denetim odağı ile Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği arasındaki ilişki ters yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 28).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşığıdaki öneriler yapılabilir:

- İşçilere yönelik yeterli ve dengeli beslenme, egzersiz yönetimi, zararlı alışkanlıkları bırakma gibi iş sağlığı geliştirme programları hazırlanabilir.
- İşçilerin belli zaman aralıklarında vital bulguları değerlendirilmeli, vital bulguları normal değerlerden yüksek olan gerekirse bir üst sağlık kuruluşuna yönlendirilmesi önerilebilir.
- Kronik hastalığı olan işçiler iş yeri hekimi ve hemşireleri tarafından takip edilmeli, bu işçilere kronik hastalığı hakkında eğitimler verilmesi ve koruyucu sağlık davranışlarının öğretilmesi önerilebilir.

- Araştırma sonucunda işçilerin büyük bir kısmının fazla kilolu ve obez olduğu görülmüştür. Fakat işçiler obeziteyi bir sağlık sorunu olarak görmemektedir. İşçilere obezitenin önemli sağlık sorunu olduğu ve başka hastalıklara da neden olabileceği ve obezitenin nasıl önlenebileceği konusunda eğitimler verilmeli, işçiler belli aralıklarla obezite yönünden değerlendirilmesi önerilebilir.
- İşçiler iş yerlerinde sürekli oturarak çalıştıkları için fiziksel aktivite düzeyleri düşüktür. İşçilere fiziksel aktivitenin önemi anlatılmalı ve egzersiz yapmaya teşvik edilmelidir. Gerekirse iş sağlığı hemşiresi tarafından işçilere egzersiz hazırlanması önerilebilir.
- Araştırma sonucunda işçilerin kanser taraması yaptırmadıkları ve bu konuya gereken önemi vermedikleri görülmüştür. Bu doğrultuda iş yeri hekimi ve hemşiresi tarafından işçilere erken tanı ve uygulamaları hakkında eğitimler yapılması ve koruyucu sağlık davranışı olarak kazandırılması önerilebilir.
- İşçiler sağlık davranışlarından kendilerini sorumlu tutmamaktadır. Sağlık sorunlarını aile, arkadaş gibi dış faktörlerin etkilediğini düşünmektedirler. Bu doğrultuda iş sağlığı hemşiresi işçilere sağlığın bireysel bir sorumluluk olduğunu anlatması ve işçilere sağlık davranışları kazandırmaya yönelik eğitim programları hazırlanması önerilebilir.
- Fındık gibi yiyeceklerle ilgili farklı sektörlerde araştırmaların yapılması ve yayımlanması yiyecek sektöründeki obezite ve uzun süreli hareketsizlik tehlikesini ortaya koyabilecektir. Bu konuya dikkat çekmek için yeni araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Artazcoz L., Cortes I., Borrell C., Escriba-Agüir V., Cascant L., Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behavior, *Scand J Work Environ Health*, 2007;33(5):344-350.
- Avcı İA., Factors associated with breast self examination practices and beliefs in female workers at a muslim community, *European Journal Of Oncology Nursing*, 2008;12:127-133.
- Akdemir N., Birol L., İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı, 2. Baskı, Ankara, Sistem Ofset, 2005;247-249.
- Akdevelioğlu Y., Banka çalışanlarının beslenme durumlarının değerlendirilmesi, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012;3(1)15-20.
- Araz A., Harlak H., Meşe G., Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007;6(2):112-113.
- Arslan C, Ceviz D, Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2007;21(5):211-220.
- Avuçan EE., İmrek M., Karaboğa I., Kanserin psikolojik yönleri, *Türk Psikoloji Bülteni*, 2006;21(38):81.
- Aygün N., Obesite tanımı, komplikasyonları, endokrin kontrolü ve beslenme tedavisi, *Okmeydanı Tıp Dergisi* 30, 2014; Ek sayı:45-49.
- Aygün M., Obesite ve Yönetimi Durna Z, Editör, *Kronik Hastalıklar ve Bakım*,1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2012; 368-376.
- Bekar M., Güler G., Doğaner G., Yılmaz M., Güler N., Güler H., Kocataş S., Akademisyenlerin serviks kanseri konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi, *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2011;14(4):102-109.

Bekar M., Uluocak T., Kadın sağlık çalışanlarının servikal kansere ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2012;15(2):50-57.

Bilir N., Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları, Toplum Hekimliği Bülteni, 2006;25(3):1-6.

Bingl D., İnsan Kaynakları Yönetimi, 6. Baskı, İstanbul, Arıkan Basım Yayım Dağıtım, 2006;528-530.

Clark MJ., 5th Ed, New Jersey, Pearson Education Inc.,Community health nursing advocacy for population health, 2008, 667-669.

Dünya Sağlık rgt Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu, Dünya Kanser Raporu, 2008;110-116.

European Society Of Cardiology, ESH/ESC Arteriyal Hipertansiyon Kılavuzu-2013,Türk Kardiyoloji Derneği, 2014;7.

Esin MN., Aktaş E., alışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: sistematik inceleme, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2012;20(2),166-177.

Esin MN., Endstriyel alanda alışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul, 1997;33-36.

Ferguson TW,Andercheck B, Tom JC, Martinez BC, Stroope S, Occupational conditions, self-care and obesity among clergy in the united states, Social Science Research, 2015;49:249-263.

French A.S., Harnack L.J., Toomey L.T., Hannan P.J., Associaiton between body weight, physical activity and food choices among metropolitan transit workers, IJBNPA, 2007;4:52,1-12.

Gençtürk N., Kadın sağlık profesyonellerinin meme kanseri erken tanı ve yöntemlerini bilme ve uygulama durumları, The Journal Of Breast Health, 2013; 9(1):5-9.

- Gökdoğan F., Akıncı F., Bolu'da yaşayan diyabetlilerin sağlık ve hastalıklarını algılamaları ile uygulamaları, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001;5(1):10-17.
- Gökmen N., Yıldız A., Deniz Ö., Tütün fabrikasında çalışan işçilerin tütüne bağlı risk algıları ve uygulamaları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007:6(6)465-474.
- Gözüm S., Çapık C., Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli, DEUHYO ED,20147(3):230-237.
- Gülduran E. Ergül Ş, Erkim Ö., Kömür işletmesinde çalışan işçilerin sağlık durumlarını ve sağlığının önemini algılamaları, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013:12(4)383-392.
- Güngörmüş Z., Çalışan Sağlığı ve Çalışma Güvenliği, Erci B. Editör, Halk Sağlığı Hemşireliği, 1. Baskı, Ankara, Göktuğ Basın Yayın Dağıtım. 2014, 284-312.
- Hartung D., Stadeler M., Grieshaber R., Keller S., Jahreis G., Work and Diet Related Risk Factors of Cardiovascular Diseases: Comparison of Two Occupational Groups, Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 2010;5(4):2-8.
- Hazarika NC, Biswas D, Narain K, Kalita HC, Mahanta J, Hypertension and its risk factors in tea garden workers of Assam, the National Medical Journal of India, 2002;15(2):63-68.
- Karacan E., Erdoğan ÖN., İş sağlığı ve iş güvenliğine insan kaynakları yönetimi fonksiyonları açısından çözümsel bir yaklaşım, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2011;1(21):104-105.
- Karadeniz G., Dedeli Ö., Gökdere H., Aslan GG., İstek E., Ayaz AT., Tosun B., İç hastalıkları hemşireliğinde teoriden uygulamaya temel yaklaşımlar, 1. Baskı, Ankara, Göktuğ Yayıncılık, 2008;4.

Kartal A., Özsoy SA., Tip 2 diyabetli hastalarda planlı eğitim programının sağlık inancına ve metabolik kontrole etkisi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014;1(15):2.

Kayar H., Utku S., Çağımızın hastalığı obezite ve tedavisi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;6(2)1-8.

Kuru N., Gülhane Askeri Tıp Akademisi ankarada eğitim ve araştırma hastanesine başvuran koroner arter hastalığı tanılı bireylerin sağlık davranışlarının belirlenmesi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012;1(3):287-298.

Kutlu R., Demirbaş N., Börüban M.C., Güler T., Sigara içmeye atfedilebilen kanser türleri ve sosyodemografik özellikler, Türk Onkoloji Dergisi, 2014;29(3):81-88.

Lee JH, Hwang SY, Kim EJ, Kim MJ, Comparison and Risk Factors Between Prehypertension and Hypertension Korean Male Industrial Workers, Public HealthNursing, 2006;23(4):314-323.

National Health Council, About chronic diseases, www.nationalhealthcouncil.org · info@nhcouncil.org (22.12.2014).

Olgun N., Diyabet (Tip 2) ve bakım, Durna Z. Editör, Kronik hastalıklar ve bakım, 1.Baskı, İstanbul, 2012, Nobel Tıp Kitabevleri, 291-294.

Ozan DY., Ertem M., Diyarbakır'da farklı meslek gruplarında serviks kanseri tarama sıklığı ve bilgi düzeyi; 2007, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 2011;15(4):147-152.

Özdemir Ü., Taşçı S., Kronik hastalıklar psikososyal sorunlar ve bakım, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2013;1(1):58-59.

Öztek Z., Kubilay G., Toplum sağlığı hemşireliği, 4. Baskı, Palme Yayıncılık, Ankara, 2011:262-276.

Öztürk T., İş sağlığı ve güvenliğine genel bir bakış, Mühendis Ve Makine, TMMOB Makine Mühendis Odası Yayınları, Ankara, 2008;21-22.

- Pala K., Türkiye’de işçi sağlığında durum, Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi, 2000; 3-11.
- Pappas NA., Alamos Y., Dimoliatis, IDK., Self-rated health, work characteristics and health related behaviours among nurses in greece: a cross sectional study, BMC Nursing, 2005;4(8):1-8.
- Petek H., Sağlık hukuku, 1. Baskı, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Web-Ofset, 2013;7.
- Skaal L., Pengpid S., Obesity and Health Problems Among South African Healthcare Workers: Do Healthcare Workers Take Care of Themselves?, South African Family Practice, 2011;53(6):563-567.
- Sönmez Y., Keskin Y., Lüleci E., Kadın ve aile sağlığı merkezine başvuranların meme kanserinde erken tanısı konusunda bilgi, tutum ve davranışları, Maltepe Tıp Dergisi, 2012; 4(2):8-14.
- Şenel F., Çırakoğlu B., Kanserle savaş, Bilim Teknik Dergisi, 2003;4-5.
- Tabak RS., Akköse K., Ergenlerin sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkisi, TAF Preventive Medicine Bulletin 2006;5(2):118-130.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye kanser istatistikleri, 2014.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye diyabet programı 2015-2020,2014.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması, 2013.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye beslenme ve sağlık araştırması-2010, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Bölümü, 2014.
- Türkiye Diyabet Vakfı, Diyabet tanı ve tedavi rehberi-2013, Ulusal Diyabet Kongresi Konsensus Grubu, 2013.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, diyabetes mellitus komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu-2013, TEMD Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu, 2013.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite, dislipidemi, hipertansiyon hekim için tanı ve tedavi rehberi, 2011.

Türkmen E., Badır A., Ergün A., Koroner arter hastalığı risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012;3(4):223-231.

Ulaş B, Genç MF, Malatya Askeri Hastanesinde 2007 yılında görev yapan personelin sağlıklı beslenme konusundaki tutum ve davranışları, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2010;17(3):87-193

Uskun E., Öztürk M., Kişioğlu AN., Kırbıyık S., Demirel R., İlköğretim Öğrencilerinde obezite gelişimini etkileyen risk faktörleri, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005;12(2):19-25.

U.S. Department Of Health And Human Services, JNC 7 express the seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure, 2003.

Yalçın BM., Şahin EM., Birinci basamakta esansiyel hipertansiyona yaklaşım, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2002;19(3-4):162-170.

Yiğit A., İş güvenliği ve işçi sağlığı, 1. Baskı, İstanbul, Alfa Akademi Aktüel Yayınları, 2005;6-7.

Yorgun H., Kabakçı G., Yaşlılarda hipertansiyon tanı ve tedavisi, Turkish Journal Of Geriatrics, 2010;(2):5-12.

WHO BMI Classification,

[Http://Apps.Who.Int/Bmi/Index.Jsp?Intropage=Intro_3.Html](http://Apps.Who.Int/Bmi/Index.Jsp?Intropage=Intro_3.Html)(11.11.2014).

Ada Diyabetes Mellitus Tanı Kriterleri,

[Http://Care.Diabetesjournals.Org/Content/34/Supplement_1/S11.Full.Pdf+Html](http://Care.Diabetesjournals.Org/Content/34/Supplement_1/S11.Full.Pdf+Html)

(11.11.2014).

TÜİK İstatistiklerle Kadın 2013,

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16056> (03.04.2015).

WHO 2012 İstatistikleri,

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf?ua=1

(25.03.2015).

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Tuğba KAVALALI ERDOĞAN

Doğum Yeri : Merzifon/ Amasya

Doğum Tarihi : 23/07/1990

Medeni Hali : Evli

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl) : Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu 2009-2013

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl : Samsun Ayvacık Devlet Hastanesi 2014-

E-posta : tugbakavalali@hotmail.com

EKLER

EK-1 : Anket Formu

1.Yaşınız

2.Cinsiyetiniz : 1. Erkek () 2. Kadın ()

3.Eğitim düzeyi :

1. Okur –yazar () 2. İlkokul mezunu () 3. Lise mezunu () 4. Lise üstü ()

4. Medeni Durumunuz : 1. Evli () 2. Bekar ()

5.Sosyal güvenceniz var mı ? : 1. Var () 2. Yok ()

6. İkametgâh yeriniz? : 1. İl () 2. İlçe () 3. Köy ()

7. Boyunuz : BKİ=

8. Kilonuz :

9. Tansiyonu:

10. Açlık kan şekeri :

11. Kronik bir hastalığınız var mı? 1. Evet () 2. Hayır ()

12. Varsa nedir?

13. Ailenizde kronik hastalığı olan biri var mı?:

1. Evet () 2. Hayır ()

14. Varsa nedir? Kimdir?:

	EVET	HAYIR	BAZEN
Sigara kullanıyor musunuz?			
Alkol kullanıyor musunuz?			
Egzersiz yapıyor musunuz?			
Diyet yapıyor musunuz?			
Kilonuzu kontrol altında tutuyor musunuz?			
Tansiyon takibi yapıyor musunuz?			
Açlık kan şekeri takibi yapıyor musunuz?			
Hasta olmasanız bile düzenli sağlık kontrolü yaptırır mısınız?			

Bu bölümü kadınların yanıtlaması gerekmektedir.

	EVET	HAYIR
Mamografi yaptırdınız mı?		
Bir doktora klinik meme muayenesi yaptırdınız mı?		
Pap smear yaptırdınız mı?		
Akciğer kanseri için film yaptırdınız mı?		

Bu bölümü erkeklerin yanıtlaması gerekmektedir.

	EVET	HAYIR
Akciğer kanseri için film yaptırdınız mı?		
Kendi kendinize testis muayenesi yaptınız mı?		

Ek-2 Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği

SAĞLIK DURUMUNU ALGILAMA ÖLÇEĞİ

Sağlık durumunun ne kadar iyi olduğunu ifade edebilmede yardımcı olmak için üzerinde hayal edebileceğiniz en iyi sağlık durumunu 100 ile hayal edebileceğiniz en kötü sağlık durumunu 0 ile ifade edebileceğiniz bir ölçek çizdik. Bu ölçek üzerinde bugünkü düşüncenize göre kendi sağlığını ne kadar iyi veya kötü olduğunu işaretlemenizi istiyoruz. Lütfen alttaki ölçekten sağlığını ne kadar iyi veya ne kadar kötü olduğunu gösteren noktaya kadar bir çizgi çizerek yapınız. Çizginiz ölçek üzerinde mutlaka bir nokta kesmelidir.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ek-3 Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği B Formu

SAĞLIK DENETİM ODAĞI ÖLÇEĞİ (B)

Aşağıdaki anket sizin sağlık durumunuzla ilgili cümlelerden oluşmaktadır. Her cümlelerin karşısında, cümlede yer alan düşünceye (“Hiç katılmıyorum” dan, “tamamen katılıyorum”a kadar) sizin katılma derecenizi açıklayan ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadelerden size uygun geleni işaretleyiniz. Her cümlede yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz, boş bırakmayınız. Bu ankette doğru ya da yanlış yanıt yoktur, yalnızca sizin düşüncelerinizi belirlemek amaçlanmaktadır.

		Hiç katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Hasta olursam kendimi iyileştirecek güce sahibim.						
2	Ne yaparsam yapayım hasta olacaksam zaten olurum hissine sık sık kapılıyorum.						
3	Çok iyi bir doktora düzenli olarak muayene olursam, hastalanma olasılığım azalır.						
4	Tesadüfen ortaya çıkan etmenlerden sağlığımın büyük ölçüde etkilendiğini görüyorum.						
5	Sağlığımı ancak sağlık personeline danışarak koruyabiliyorum.						
6	Sağlığımdan doğrudan doğruya ben sorumluyum.						
7	Hastalanmamda ya da sağlıklı olmamda başka kişiler büyük rol oynamaktadırlar.						
8	Sağlığım ile ilgili yanlış olan ne varsa benim kendi hatamdır.						
9	Hastalandığım zaman hastalığı doğal seyrine bırakmalıyım.						
10	Sağlık personeli sağlıklı olmamı sağlar.						
11	Sağlıklı olmam sadece bir şanstır.						
12	Bedensel sağlığım kendime ne kadar iyi baktığıma bağlıdır.						
13	Hastalandığımda; bunun nedeninin kendime iyi bakmayışım olduğunu bilirim.						
14	Başka kişilerden gördüğüm bakım bir hastalıktan iyileşmemi sağlayan başlıca etkidir.						
15	Kendime iyi bakarsam bile kolayca hastalanıyorum.						
16	Hasta olmam kaderle ilgilidir.						
17	Kendime iyi bakarsam uzun süre sağlıklı kalabilirim.						
18	Doktorun söylediklerine harfi harfine uymak, bana göre, sağlığım için en iyi yoldur.						

Ek-4 : Etik Kurul Onay Formu



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/ 11442

16.01.2015

Sayın Doç.Dr.İlknur AYDIN AVCI

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Fındık Fabrikasında Çalışan İşçilerinin Bazı Kronik Hastalık Risklerinin Analizi ile Koruyucu Sağlık Davranışları Benimseme Durumları** başlıklı OMÜ KAEK 2014/ 927 Karar nolu Anket çalışması /nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 25.12.2014 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra *başlanmasına* oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. A.Tevfik SÜNTER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek-5: Kurum İzni



ÇAKMAKLAR

Gıda Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti.

19 MAYIS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAMSUN

Firmamızla çalışmak istediğiniz “Fındık Fabrikasında Çalışan İşçilerin Bazı Kronik Hastalık Risklerinin Analizi ve Koruyucu Sağlık Davranışları Benimseme Durumları” konulu çalışmanın yapılmasında sakınca yoktur.

Gereğini bilgilerinize arz ederiz.

Saygılarımızla,

