

**T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ERİŞKİN GÖÇEBE MEVSİMLİK TARIM  
İŞÇİLERİNİN YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİ VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**HAZIRLAYAN  
SEHER KUTLU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
YRD. DOÇ.DR İBRAHİM KORUK**

**ŞANLIURFA  
2011**

**T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ERİŞKİN GÖÇEBE MEVSİMLİK TARIM  
İŞÇİLERİNİN YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİ VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**HAZIRLAYAN  
SEHER KUTLU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
YRD. DOÇ.DR İBRAHİM KORUK**

**Bu tez, Hr. Ü Araştırma Fon Saymanlığı Tarafından 1036 proje numarası ile desteklenmiştir.**

**ŞANLIURFA  
2011**

**HARRAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Seher KUTLU'nun hazırladığı “Erişkin Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinin Yaşam Kalitesi Düzeyi ve Etkileyen Faktörler” konulu çalışma, **07/06/2011** tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Halk Sağlığı Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

  
**Prof. Dr. Zeynep ŞİMŞEK**  
**Harran Üniversitesi**  
**Başkan**

  
**Yrd. Doç. Dr. İbrahim KORUK(Danışman)**  
**Harran Üniversitesi**  
**Üye**

  
**Yrd. Doç. Dr. Süda TEKİN KORUK**  
**Harran Üniversitesi**  
**Üye**

**ONAY**

..20.. / ..06.. / 2011  
  
**Prof. Dr. Nurten AKSOY**  
**Enstitü Müdürü**  


## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin ve tezin hazırlanması süreçlerini; sürekli ilgisi, sabrı ve desteği ile kolaylaştıran tez danışmanım değerli hocam Yrd. Doç. Dr. İbrahim KORUK'a, eğitimim boyunca halk sağlığı bilgi ve görgümün artması için zamanını ve emeğini esirgemeyen hocam Prof. Dr. Zeynep ŞİMŞEK'e, tanıdığım günden beri kendime örnek aldığım, pozitif enerjisi ile bilgi ve deneyimini benden esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Süda TEKİN KORUK'a, bu süreçte bana destek olan ve yaşadığım sıkıntıları paylaşan okul arkadaşlarım Suzan HAVLİOğLU ve Mesut HAMİDAN'a ve aileme teşekkür ederim.

Ayrıca çalışmamın örneğine çıkan ve sorularımı içtenlikle yanıtlayan sevgili katılımcılara sonsuz teşekkürler.

Seher KUTLU

2011

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa No</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>	i
<b>İÇİNDEKİLER</b>	ii-iii
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	İv
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	v-vi
<b>KISALTMALAR</b>	vii
<b>ÖZET</b>	viii-ix
<b>ABSTRACT</b>	x-xi
<b>1. GİRİŞ</b>	1-2
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	3
<b>2.1. GÖÇEBE MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLİĞİ</b>	
2.1.1. Tarım İşçisi Kavramı	3-5
2.1.2. Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sosyo Demografik Özellikleri	5-6
2.1.3. Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşulları	6-8
2.1.4. Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sağlık Hizmetlerine Ulaşımı ve Karşılaşılan Engeller	8-12
2.1.5. Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinin Mesleki Riskleri ve Meslek Hastalıkları	13-23
2.1.6. Çalışma İle İlgili Yasal Mevzuat	23-25
<b>2.2. Yaşam Kalitesinin Tanımı</b>	26
2.2.1. Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla İlişkisi	27
2.2.2. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar	27-32
2.2.3. Tarım İşçilerinde Yaşam Kalitesi	32-33
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	
3.1. Araştırmanın Tipi	34
3.2. Araştırmanın Evreni	34
3.3. Araştırmanın Bölgesi	35

3.4.Araştırma Grupları	35
3.5. Örneklem Büyüklüğü	36
3.6. Ölçme Araçları	36
3.6.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu	37
3.6.2. WHOQOL BREF TR Ölçeği	37-44
3.6.3. Genel Sağlık Anketi	44-45
3.7. Araştırmanın Uygulaması	45
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	45-46
3.9. İstatistiksel Analiz	46-47
3.10. Tanımlar	47
<b>4. BULGULAR</b>	
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	48-53
4.2.Grupların Yaşam Kalitesi Puanları	54
4.3. Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinde Yaşam Kalitesi alanlarının ikili analizlerle incelenmesi	55-64
4. 4. Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinde Yaşam Kalitesi Alt alanlarını Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Birlikte Değerlendirilmesi	64-67
<b>5. TARTIŞMA</b>	
5.1. Tanımlayıcı Bulgular	68-71
5.2- Göçebe Tarım İşçisi Erişkinlerde Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları	71-73
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	74
<b>7.KAYNAKLAR</b>	75-87
<b>8.EKLER</b>	
8.1. Ek-1 Sosyo-Demografik Bilgi Formu	88
8.2. Ek-2 WHOQOL BREF TR Ölçeği	89-92
8.3. Ek-3 Genel Sağlık Anketi	93

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Şekil 1.</b> Hastalık ve YK arasındaki etkileşimi gösteren DSÖ modeli	29
<b>Şekil 2.</b> SİYK ve YK ilişkisi	31

## TABLolar DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 1:</b> WHOQOL-BREF'in Alan ve Bölümleri	38
<b>Tablo 2:</b> Cinsiyetin gruplara göre dağılımı	48
<b>Tablo 3:</b> Öğrenim düzeyinin gruplara göre dağılımı	49
<b>Tablo 4:</b> Yaş ve hanedeki kişi sayısının gruplara göre ortalama-standart sapmaları	50
<b>Tablo 5:</b> Medeni durumun gruplara göre dağılımı	50
<b>Tablo 6:</b> Hastalık durumunun gruplara göre dağılımı	51
<b>Tablo 7:</b> Türkçe bilme durumunun gruplara göre dağılımı	51
<b>Tablo 8:</b> Kürtçe bilme durumunun gruplara göre dağılımı	52
<b>Tablo 9:</b> Arapça bilme durumunun gruplara göre dağılımı	52
<b>Tablo 10:</b> Asgari ücrete göre aylık gelirlerin gruplara göre dağılımı	53
<b>Tablo 11:</b> Gruplara göre GSA puanı durumunun dağılımı	53
<b>Tablo 12:</b> Grupların alt alanları YK puanı ortalama ve standart sapmaları	54
<b>Tablo 13:</b> GMTİ'nin bazı özelliklerinin bedensel alan puanı durumuna göre dağılımı	56
<b>Tablo 14:</b> GMTİ'nin bazı özelliklerinin bedensel alan puanı durumuna göre dağılımı	57
<b>Tablo 15:</b> GMTİ'nin bazı özellikleri ile ruhsal alan puanlarının karşılaştırılması	58
<b>Tablo 16:</b> GMTİ'nin bazı özellikleri ile ruhsal alan puanlarının karşılaştırılması	59
<b>Tablo 17:</b> GMTİ'nin bazı özellikleri ile sosyal alan puanlarının karşılaştırılması	60
<b>Tablo 18:</b> GMTİ'nin bazı özellikleri ile sosyal alan puanlarının karşılaştırılması	61
<b>Tablo19:</b> GMTİ'nin bazı özellikleri ile ulusal çevresel alan puanlarının karşılaştırılması	62
<b>Tablo 20:</b> GMTİ'nin bazı özellikleri ile ulusal çevresel alan puanlarının karşılaştırılması	63



<b>Tablo 21:</b> GMTİ'nin bazı özellik ortalamalarının YK alt alanlara göre dağılımı	64
<b>Tablo 22:</b> YK Bedensel, Ruhsal, Sosyal alanlarına göre oluşturulan lojistik regresyon modellerinde kullanılan değişkenler	65
<b>Tablo 23:</b> YK Ulusal Çevresel alanlarına göre oluşturulan lojistik regresyon modellerinde kullanılan değişkenler	66
<b>Tablo 24:</b> Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları	67

## **KISALTMALAR**

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**YK:** Yaşam Kalitesi

**GMTİ:** Göçebe Mevsimlik Tarım İşçileri

**KÇ/Tİ:** Köyde Yaşayan Çiftçiler ya da Tarım İşçileri

**TİO:** Tarım İşçisi Olmayanlar

**GSA:** Genel Sağlık Anketi

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**ILO:** International Labour Organization

**SİYK:** Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

## ÖZET

### ERİŞKİN GÖÇEBE MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLERİNİN YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**Seher KUTLU**

**Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi**

Bu araştırmada, göçebe mevsimlik tarım işçisi erişkinlerde yaşam kalitesi düzeyini ve etkileyen faktörleri ortaya koymak amaçlanmıştır.

Bu çalışma; göçebe mevsimlik tarım işçisi erişkinlerde yaşam kalitesi düzeyini ve etkileyen faktörleri belirleyen kesitsel araştırma ve göçebe mevsimlik tarım işçileri ile köyde yaşayan çiftçiler/tarım işçileri ve tarım işçisi olmayanların karşılaştırıldığı tanımlayıcı araştırma bölümlerinden oluşmaktadır. Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa kent merkezindeki sağlık ocaklarından Kıyas Sağlık Ocağı, Konuklu Sağlık Ocağı, Uğurlu Sağlık Ocağı ve Ertuğrul Gazi Sağlık Ocağı'na bağlı tarım alanlarında çalışan 25- 60 yaş arası erişkinler oluşturmaktadır. Eylül 2010-Ekim 2010 tarihleri arasında 300 yetişkine ulaşılması planlanmış ve tümüne ulaşılmıştır.

Araştırmada yaşam kalitesini ölçmek için WHOQOL BREF TR ölçeği, ruhsal durum taramak için Genel Sağlık Anketi ve sosyo demografik değişkenleri belirlemek için de yapılandırılmış anket kullanılacaktır. Verilerin değerlendirilmesi Ki Kare Testi, Mann Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Testi ve lojistik regresyon analizi kullanılarak yapılmıştır.

Göçebe mevsimlik tarım işçilerinin % 58.0'ı kadın, %60.0'ı okuryazar değil ve yaş ortalaması 34.73±9.89'dur.

Göçebe mevsimlik tarım işçilerinde bedensel, ruhsal ve ulusal çevresel alanların puan ortalamaları diğer iki gruptan, sosyal alan puanı tarım işçisi olmayanlardan daha düşük bulunmuştur(p<0.05). Göçebe mevsimlik tarım işçilerinin GSA puan ortalaması diğer iki gruptan daha yüksektir.

Göçebe mevsimlik tarım işçilerinin; bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, ulusal çevresel alan yaşam kalitesi puan ortalaması sırası ile 13.43±3.13, 11.48±2.99, 14.04±3.26, 10.30±2.51'dür. Genel Sağlık Anketi puan ortalaması 4.8±3.1 bulunmuştur.

Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinde, bedensel alanı, kadın cinsiyette olmak 2.09 kat, hasta olmak 10.43 kat, yaş artışı 1.05 kat ve genel sağlık anketi puanı  $\geq 2$  olması 4.72 kat,

Ruhsal alanı, hasta olmak 4.69 kat ve genel sağlık anketi puanı  $\geq 2$  olması 6.44 kat,

Sosyal alanı, tarlada kalma süresinin uzaması 1.08 kat ve genel sağlık anketi puanı  $\geq 2$  olması 2.33 kat,

Ulusal çevresel alanını hasta olmak 2.89 kat ve genel sağlık anketi puanı  $\geq 2$  olması 3.31 kat olumsuz etkilemektedir ( $p < 0.05$ ).

Göçebe mevsimlik tarım işçilerinin, yaşam kalitelerini artırmak için temel sağlık hizmetlerine ulaşmaları sağlanmalı, barınma ve çalışma koşullarını iyileştirmek için yasal düzenlemelerin uygulanması sağlanmalıdır. Öğrenim seviyelerini yükseltmek için en az temel eğitim almaları sağlanmalı özellikle kadınlar ve kız çocukların eğitimi ve okullaşma düzeyini arttırmak için tüm olanaklar kullanılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Göçebe mevsimlik tarım işçisi, erişkin, yaşam kalitesi, WHOQOL-BREF.

## **ABSTRACT**

### **QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS IN ADULT MIGRATORY SEASONAL FARMWORKERS**

**Seher KUTLU**

**Public Health Master's Degree Thesis**

The main objective of this study is to reveal the level of life quality of adult migratory seasonal farmworkers and to determine the factors that affect this level.

In this cross sectional study involves the research that determines the level and the main factors that influence this level of life quality of adult migratory seasonal farmworkers and also it includes the comparison between the migratory seasonal farmworkers and settled farmworkers and settled non-farmworkers. The seasonal farmworker adults between 25-60 ages who work in agricultural areas depending on Kıyas, Konuklu, Uğurlu and Ertuğrul Gazi Health Centers within the health centers in Şanlıurfa city center constitute the universe of research. The study reached a sample size of 300 adults between September 2010 and October 2010.

In the study, the WHOQOL BREF TR scale was used to measure the level of of life quality, while the General Health Questionnaire (GHQ) was used to determine the general psychological situation. Also to identify the socio-demographic characteristics, the structured survey was used. The evaluation of data has been done by using Chi Square Test, Mann Whitney U Test, Kruskal-Wallis Test and logistic regression analysis.

From all these results, it is observed that % 58.0 of migratory seasonal farmworkers are women and % 60.0 of migratory seasonal farmworkers are not literate. In general, the average age is  $34.73 \pm 9.89$ .

The results shows that for the migratory seasonal farmworkers, the average of the physical, psychological and national environment are two points less than settled farmworkers and settled non-farmworkers. Moreover, for the migratory seasonal farmworkers, the social area

score is only less than settled non-farmworkers ( $p < 0.05$ ). The mean scores of GHQ for migratory seasonal farmworker are higher than the other two groups.

For the migratory seasonal farmworkers, the mean scores of physical, social, national and environmental areas were ordered as follows:  $13.43 \pm 3.13$ ,  $11.48 \pm 2.99$ ,  $14.04 \pm 3.26$ ,  $10.30 \pm 2.51$ . The mean for the GHQ was  $4.8 \pm 3.1$ .

Being women (2.09 points), sickness (10.43 points), getting older (1.05 points) and the GHQ for  $\geq 2$  (4.72 points) create a negative effects on physical area.

Sickness (4.69 points), and the GHQ for  $\geq 2$  (6.44 points) create a negative effects on psychological area.

The increased length of staying in the farm (1.08 points) and GHQ for  $\geq 2$  (2.33 points) create a negative effects on social area.

Sickness (2.89 points), and the GHQ for  $\geq 2$  (3.31 points) create a negative effects on national environmental area ( $p < 0.05$ ).

As a result, primary health care services should be provided and apply some legal arrangements to improve the shelter and working conditions to increase the level of life quality of adult migratory seasonal farmworkers. For education, to increase the level of literacy rate, the primary education must be provided and all resources must be used to increase the education level especially for women and girls.

**Key Words:** Migratory seasonal farmworker, adults, life quality, WHOQOL- BREF.

## 1.GİRİŞ

Günümüzde, nüfusun büyük bir bölümü halen kırsal kesimde yaşamaktadır. Kırsal kesimde yaşayanların önemli bir kesimi tarımla uğraşmakla birlikte tümüyle verimli bir istihdam içinde olduklarını ya da geçimlerini sağlayacak ölçüde kazanç elde edebildiklerini söylemek mümkün değildir. Aksine, pek çok gelişmekte olan ülkede tarım sektörü önemli sosyal sorunların doğduğu ve giderek büyüdüğü bir kesimdir (1). Tüm gelişmekte olan ülkelerde ekonominin, tarım ve tarıma dayalı sanayi üzerinde yoğunlaştığı da bilinmekte, dolayısıyla tarım sektörünün yalnız istihdam açısından değil ekonominin geneli açısından büyük önem taşıdığı kabul edilmektedir. 2005 yılı TÜİK Hane Halkı İşgücü anketi sonuçlarına göre; Türkiye’de de iktisaden aktif nüfusun %29.5’i, kadın nüfusun da %51.6’sı tarım kesiminde çalışmaktadır. 15 yaşından küçük çocukların da çalıştırıldığını göz önüne alınırsa belirtilen yüzdelerin daha da artması beklenmektedir (1). Özellikle tarımsal ürünlerin yetiştirilmesinde insan gücü oldukça fazla kullanılmaktadır (2,3).

Dünya’da yaklaşık 450 milyon tarım işçisinin bulunduğu; %60’ından fazlasının yoksulluk sınırının altında olduğu, en az %80’inin sosyal güvencesinin bulunmadığı ve %70’nin tarlalarda çocuklarıyla birlikte çalıştıkları bildirilmektedir (4).

Türkiye’de de ekonomik olarak aktif işgücünün %40,8’i tarım sektöründe istihdam edilmektedir. Özellikle de mevsimlik işçi olarak çalışan grup, tarımın kendine özgü niteliklerinden dolayı oldukça ağır koşullarda çalışmaktadır (5). Ancak yılın belli aylarında iş bulup çalışabilen mevsimlik tarım işçileri, yılın diğer aylarında ya işsiz kalmakta ya da kentsel alanlarda düşük ücretli, niteliksiz işler aramaktadırlar (6).

Genellikle ya işleyecek toprağı bulunmayan veya yetersiz toprağına sahip olan ya da çeşitli nedenlerle bu toprakları işleyemeyen aileler işgücü talebi yoğun olan yerlere giderek tarım işçiliğı yapmaktadır (5). Yeterli gelir düzeyine sahip olmayan bu aileler, tarımsal işlerin yoğun olduğu ekim ve hasat zamanlarında çalışabilmek için, tarımsal işgücüne ihtiyaç

duyulan yörelere göç ederler (7). Bu göçlerin büyük bir bölümü, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri gibi ücretli tarım işçiliğinin sürekli ve yaygın olmadığı bölgelerden, Çukurova ve Ege Bölgeleri gibi tarımsal faaliyetlerin yoğun olduğu bölgelere doğru olmaktadır. Özellikle endüstri bitkileri tarımının yoğun olarak yapıldığı Çukurova ve Ege Bölgesi'ne, bu bitkilerin çapa, sulama ve hasat dönemlerinde, Doğu ve Güneydoğu ile Orta Anadolu bölgelerinden göçler olmaktadır (8,9).

Göçebe mevsimlik tarım işçiliğinin en fazla olduğu illerden biri Şanlıurfa'dır. İl merkezindeki alt sosyo-ekonomik düzeyde toplam 33 mahallede 282.936 kişinin yaşadığı, bunların da %44'ünün (124.630) göçebe mevsimlik tarım işçisi aile halkından oluştuğu belirtilmektedir (10). Göçebe mevsimlik tarım işçiliği, tarım işçiliğinin en zor biçimlerinden birisidir. Yaşam koşullarının uygunsuzluğu (sağlıksız barınaklar, temiz içme-kullanma suyunun olmayışı, yaşam alanında biriken atıklar, sağlıksız tuvalet, gıda yetersizliği vb.), işin niteliğine bağlı olarak maruz kaldıkları riskler (tarım ilacı, tozlar, güneş, gürültü, ısı etkisi) ve sağlık sorunları (kazalar ve yaralanmalar, böcek sokmaları, güneş çarpması vb) ile temel insan hakkı olan hizmetlere (sağlık, eğitim ve sosyal hizmetler) de ulaşamama nedeniyle göçebe mevsimlik tarım işçileri incinebilir bir gruptur (11,12).

Günümüzde sağlığın ölçümünde kullanılan geleneksel göstergelerin (hastalık, ölüm, beklenen yaşam süresi vb.) bireylerin sağlıklılık düzeyini tanımlamadaki yetersizliği nedeniyle konuya yaşam kalitesi (YK) ile açıklık getirilmeye çalışılmaktadır. Yaşam kalitesi, belirli yaşam koşullarında bireysel tatmini etkileyen rahatsızlıkların bedensel, ruhsal ve sosyal etkilerine günlük yaşamda verilen bireysel yanıt olarak ifade edilirse, içinde buldukları yaşam ve çalışma koşullarından dolayı tarım işçilerinde sağlık düzeyini belirlemek için YK ölçümü son derece önem kazanmaktadır (13,14).

Bu araştırmada, göçebe mevsimlik tarım işçisi yetişkinlerde YK düzeyi ve etkileyen faktörleri ortaya koymak amaçlanmıştır.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. GÖÇEBE MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLİĞİ**

#### **2.1.1. Tarım İşçisi Kavramı**

Genel anlamda işçi kavramı, bir hizmete bağlı olarak, herhangi bir işte bir ücret karşılığı çalışan kişiyi ifade etmektedir (15). Buna karşılık, tarım işlerinin kendine has özellikleri ve tarım işçilerinin çok değişik gruplara ayrılması, bütün tarım işçilerinin tek bir tanım içerisinde değerlendirmesine imkân vermemektedir. Bu nedenle gerek uygulamada gerek doktrinde, tarım işçisinin tanımı farklı şekillerde yapılmaktadır. Tarım işçiliğinin, nicel yönden tanımlanmasında güçlükler vardır; tarım-iş yasa tasarısına göre, “sürekli, mevsimlik ve geçici tarım işlerinde ücret karşılığı bir hizmetle istihdam eden kişiler” tarım işçisidir (16, 17).

Amerika Birleşik Devletleri Federal Göçmen Sağlığı Programı, göçmen tarım işçisini; son yirmi dört ay içinde tarımda mevsimsel olarak istihdam edilmiş ve bu istihdam amaçlı geçici mesken kuran işçiler olarak tanımlamaktadır. Mevsimlik tarım işçisini ise, tarımda başlıca mevsimlik tarım işçisi olarak istihdam edilen ve göçmen olmayan tarım işçileri olarak tanımlamaktadır (18).

Amerika Birleşik Devletleri İşgücü Bölümü ise “göçmen tarım işçisini” tarımda mevsimlik istihdam edilen göçmen veya geçici, oturduğu kalıcı yerden bir gecede gidebilen tarım işçisi

olarak tanımlamaktadır (19). Yine Amerika’da 1983 tarihli Amerikan Federal Göçebe ve Mevsimlik Tarım İşçilerini Koruma Kanunu göçebe ve mevsimlik tarım işçisi arasında ayrıma giderek bunları tanımlamıştır. Bu kanuna göre mevsimlik tarım işçisi; “mevsimlik ya da işin niteliği itibariyle kalıcı ikametgâhından ayrılıp geceleme gerektirmeyen bir tarım işinde istihdam edilen kişilerdir.” Aynı kanunda göçebe tarım işçisi ise; “kalıcı ikametgâhından ayrılıp geceleme gerektiren bir tarım işinde istihdam edilen, tarımsal işverenin ya da tarımsal iş aracısının çekirdek ailesi dışında kalan kişilerdir” şeklinde tanımlanmıştır (20).

Tarım işçilerinin tabi olduğu hukuki durum, tarım işçileri için yapılan sınıflandırmalara göre de değişiklik göstermektedir. Bu bakımdan yapılacak olan sınıflandırma da, tarım işçilerine uygulanacak olan hukuk kurallarının tespitinde büyük önem taşımaktadır. Konuyla ilgili değişik araştırmalarda tarım işçilerinin sınıflandırılmasında genel olarak çalışma süreleri, işçilerin yaş ve cinsiyet özellikleri, çalışma şekilleri gibi değişik kriterler esas alınmaktadır (21).

15.08.2002 tarihli 4773 sayılı kanunla 1475 sayılı kanunda değişiklik yapılan kadar tarım işçileri iş kanununda hiç yer almamıştır. 2003 yılında çıkarılan 4857 sayılı İş Kanunu çerçevesinde tarım işçilerine uygulanacak hukuk kurallarının tespitinde çalışma süreleri ve çalışan işçi sayısı ön plana çıktığından, çalışma sürelerine ve işçi sayısına göre yapılan tarım işçileri sınıflandırması önem taşımaktadır. Bu nedenle, 4857 sayılı Kanunla getirilen yeni düzenleme de dikkate alınarak tarım işçilerinin aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilmesi belirtilmektedir.

1. Çalışma sürelerine göre tarım işçileri,
  - a. Daimi tarım işçileri
  - b. Mevsimlik (geçici) tarım işçileri
2. Yaş ve cinsiyetlerine göre tarım işçileri;
  - a. Erkek tarım işçileri
  - b. Çocuk ve genç tarım işçileri
  - c. Kadın tarım işçileri
3. Çalışma şekillerine göre tarım işçileri;

- a. Kalıcı (yerleşik) tarım işçileri
- b. Gezici tarım işçileri
- 4. Sayısına göre tarım işçileri
  - a. 50'den fazla işçi çalıştırılan tarım işyerlerinde çalışan tarım işçileri
  - b. 50'den az işçi çalıştırılan tarım işyerlerinde çalışan tarım işçileri (22).

Bu araştırmada, Türkiye'deki mevsimlik tarım işçilerini, Amerika Birleşik Devletleri İşgücü Bölümü ve Amerika Birleşik Devletleri Federal Göçmen Sağlığı Programı tarafından belirtilen tanımların daha uygun tanımladığı ve Türkiye'de göçmen tarım işçisi olmadığı varsayımlarından yola çıkılarak; tarımda mevsimlik istihdam edilen, istihdam amaçlı geçici mesken kuran, oturduğu kalıcı yerden bir gecede gidebilen tarım işçisi "göçebe mevsimlik tarım işçisi" olarak tanımlanmıştır (18,19).

### **2.1.2. Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sosyo Demografik Özellikleri**

Amerika Birleşik Devletleri, Ulusal Tarım İşçileri Sağlık Merkezinin (UTİSM) tahminlerine göre 3 ile 5 milyon tarım işçisi aileleriyle beraber göç etmekte ve bu ailelerin beşte üçü federal yoksulluk seviyesinin altında gelir elde etmektedir. Bu ailelerin %75'inin yıllık ortalama gelirleri 10.000 dolardan daha azdır (23).

Türkiye'de de toplam nüfusun %35.1'i kırsal kesimde yaşamaktadır ve sivil istihdam içinde tarımın payı %33.9'dur (7.165.000 kişi, Türkiye'de İstihdamın Sektörel Dağılımı (1990-2004)). Hane halkı İşgücü Anketi Sonuçlarına göre, tarımda çalışan 7.165.000 kişinin %50.9'unu ücretsiz aile işgücü, %43.7'sini kendi hesabına çalışan ve işveren durumunda olanlar, %1.9'unu da ücretli-yevmiyeli olanlar oluşturmaktadır. Mevsimlik işçi sayısının ise 750.000 ile 1.000.000 arasında olduğu tahmin edilmektedir (24). 2005 yılı TÜİK Hane Halkı İşgücü anketi sonuçlarına göre; iktisaden aktif nüfusun %29.5'i tarım kesiminde çalışmaktadır. Aynı dönemde iktisaden aktif kadın nüfusunda %51.6'sı tarım kesiminde

çalışmaktadır. Kırsal kesimde 15'den yukarı yaştaki nüfus 19.117.000 kişi olup bunun işgücüne katılımının %49.2 olduğu da göz önüne alınırsa tarımda istihdam edilen nüfusun göz ardı edilemeyecek kadar büyük olduğu söylenebilir (1).

Türkiye'de sayıları net olarak bilinmemekle birlikte göçebe mevsimlik tarım işçilerinin (GMTİ'nin) genellikle doğu ve güney doğu anadolu illerinden geldiği belirtilmektedir. Çukurova yöresinde Aşağı Seyhan ovasında gerçekleştirilen bir araştırmada çalışmaya gelen kadınların %52.1'inin Gaziantep ve Şanlıurfa illerinden geldiği belirlenmiştir (25). Türkiye'de göçebe mevsimlik tarım işçiliğinin en fazla olduğu illerden biri Şanlıurfa'dır. İl merkezindeki alt sosyo-ekonomik düzeyde toplam 33 mahallede 282.936 kişinin yaşadığı, bunların % 44'ünün (124.630) tarım işçiliği ile geçimlerini sağladığı belirtilmektedir. Göçebe mevsimlik tarım işçisi aileler çocukları ile birlikte Mart-Ekim ayları arasında yaklaşık 21 farklı ilde tarım işlerinde çalışmak için göç etmektedirler. Yedi-sekiz aya kadar tarım alanlarında kalabilen tarım işçileri, çalıştıkları sürede yaşamlarını çadır ya da briket kulübelerde sürdürmektedir (26).

### **2.1.3.Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşulları**

Tarım, sanayi ve hizmet sektörlerinden farklı olarak sadece bir çalışma ortamı ve ekonomik faaliyet olmaktan ziyade, aynı zamanda bir yaşam biçimini de tanımlamaktadır.

Tüm dünyada tarımsal üretimde çok büyük artışlar olmasına rağmen tarım işçilerinin kazançları aynı oranda artmamaktadır. Ulusal İş Güvenliği ve Sağlık Enstitüsü (National Institute For Occupational Safety and Health NIOSH) verilerine göre, ABD'de yoksulluk seviyesinin altında yaşayan tarım işçilerinin sayısı 1990 yılında %50 iken 1995 yılında %61'e yükselmiştir. (NIOSH,1998) Aile başına yıllık ortalama gelir 7.500 ila 9.999 dolar arasındadır (27). Yoksulluk, göçebe tarım işçilerinin hayatını pek çok yönden olumsuz etkileyen en önemli faktördür. Göçebe işçiler güvenli olmayan arabalarla ve kamyonetlerle kalabalık bir şekilde taşınmaktadırlar. Bazı iş araçları göçebe işçilerin kaldığı yerler arasında ulaşım

sağlamaktadır. Bununla beraber, çalışılan yerle kasaba arasında ulaşımın olmaması rutin sağlık hizmetlerini alabilmeyi engellemektedir ve bu durum gıda satın alma ve diğer günlük ihtiyaçlara erişimi de sınırlandırmaktadır (20).

ABD’de Konut Yardım Konseyince (KYK) 4.600’den fazla tarım işçisinin konutlarında yapılan bir araştırmaya göre; bu evlerin %52’sinin kalabalık olduğu ve bu evlerin %74’ünde çocukların da olduğu bulunmuştur (28). KYK’nin araştırmasında bu konutların %53’ünde banyo küveti, duş, çamaşır makinesi ya da bunların hepsinde eksiklikler olduğu tespit edilmiştir (28). Bu durum pestisitlere doğrudan maruz kalan ya da çalışma alanlarında püskürtme yoluyla pestisit uygulaması yapan işçiler için sağlık tehlikesi oluşturmaktadır. Kimyasallarla bulaşık elbiselerin yıkanması maruziyetin seviyesinin azaltılması açısından önemlidir. Bu yüzden çalışma alanlarında yeterli çamaşır yıkama tesislerinin bulunmaması büyük bir sağlık riskidir. Sıhhi tesislerin yokluğuna bağlı kötü beslenme uygulamaları ve düşük kaliteli içme suyu tarım işçilerini hepatit, gastroenterit ve parazit enfeksiyonları gibi sağlık problemleriyle karşı karşıya getirmektedir (20).

Kuzey Batı Michigan’da yapılan bir araştırmada da; ankete katılan erkeklerin %39’u ailesiyle beraber yaşamaktadır. Anketin şaşırtıcı olmayan bir sonucu ankete katılanların %88’i mesleklerini ziraat olarak belirtmişler, aile üyelerinin belirttiği diğer meslekler de %3 çocuk bakımı, %2 peyzaj işleri, %2’si ev hanımı, %2’si sağlık hizmetleridir (29).

Türkiye’de de göçebe tarım işçilerinin çalışma koşullarının, ücret, konut ve beslenme olanaklarının oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. Bu yetersizlik işçilerin yaşam düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir. Göçebe tarım işçileri, çapa ve hasat dönemlerinde çalışma yerlerinde “göçebe barınakları” diye adlandırılan ve kolaylıkla sökülebilecek biçimde ilkel barınaklar kurmaktadır. Söz konusu barınaklar genellikle, tarım işçilerinin beraberinde getirdikleri yiyecek, yatacak ve giyecek gibi eşyaları güneş ve yağıştan korumak ve yatmak amacıyla yapılmaktadır (3). Sağlıksız barınak yaşamı işçilerin belirli düzeyde işgüçlerini kaybetmelerine ve çok çabuk hastalanmalarına neden olmaktadır. Ayrıca akşam iş dönüşü işçilerin dinlenmelerini sağlayacak olanaklardan yoksun bulunmaları nedeni ile çadırlar yalnızca gündüz güneşin yakıcı sıcaklığından korunmak gece de aile mahremiyetini bir dereceye kadar sağlamaktan başka bir işleve sahip değildirler. Çadırdaki olanaklar işçilerin biyolojik ve sosyal yönlerden dinlenmelerini sağlayamadığından bir süre sonra işçilerin belirli bir düzeyde işgüçlerini ve iş şevklerini yitirmelerine neden olmaktadır. Bu durum ise,

genellikle götürü usulle çalışan işçilerin önceleri iş verimlerinin düşmesine, sonra da hastalanma veya güçsüzleşmelerine neden olabilmektedir (3,5). İşçilerin yerleştikleri çoğu yerde tuvalet yoktur. Tuvaleti bulunmayan yerleşim yerlerinde ihtiyaçlar gündüzleri elverişli yerler seçilerek giderilmeye çalışılmaktadır. İşçilerin yerleştikleri alanlarda en büyük sorunlarından biri içme ve kullanma suyunun teminidir (3). İçme suyu temini ise, tarla sahibi/işveren ve tarım aracısının sorumluluğunda olup, çalışma hayatında buna pek uyulmamaktadır. Tarla sahiplerinin/işverenlerin bir bölümü tankerlerle günde 1-2 sefer su servisi yapmakta, fakat bu suyun sağlık açısından nasıl olduğu pek bilinmemektedir (15).

#### **2.1.4.Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sağlık Hizmetlerine Ulaşımı ve Karşılaşılan Engeller**

Göçebe tarım işçileri sağlık hizmetlerine ulaşırken pek çok engelle karşılaşmaktadır. Yoksulluktan kaynaklı sorunların yanı sıra dil, kültür engelleri ve ulaşım da önemli problemlerdir. Öte yandan göçebe işçiler, kendilerinin ulaşabilecekleri sağlık programları hakkında da bilinçli değildirler (30). Yine tarım işçilerinin hareketliliği ve göçmen yaşam tarzları sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını kısıtlamaktadır. Tarım işçilerinin mobilitesi, devamlılık arz eden tedavi (örn. kanser taraması) ve uzun süreli tedavilerin (örn. tüberküloz ya da diyabet) sağlanmasını zorlaştırmaktadır. Dahası pek çok tarım işçisi tıbbi bakımı evlerine dönene kadar ertelemeyi tercih etmektedir (31). Ülkemizde de mevsimlik geçici tarım işçisi ailelerin, ancak ortalama 4 ay sürekli adreslerinde kaldıkları ve bu durumun aile bireylerinin kayıt altına alınmasını güçleştirirken, koruyucu erken tanı ve tedavi edici sağlık hizmetlerine ulaşmalarını da engellediği ortaya çıkmıştır (26).

GMTİ; genellikle sağlık kurumlarına başvurmaktan çekinmektedirler. Bu çekinceleri sağlık kurumlarındaki görevli personelin kendilerine iyi davranmayacağı ve yine sağlık kurumlarından aldıkları reçeteleri karşılayacak paralarının bulunmayışından ilaç alamayacakları için de sağlıkla ilgili girişimlerinin boşa gideceği, sağlık kurumlarına

başvurmalarının boşa gideceği varsayımından kaynaklanmaktadır (5). Kırsal yerleşimlerin önemli bir kısmının temel altyapı hizmetlerinden yoksun olması ve gerekli hijyen koşullarını taşınamaması; birey, toplum ve çevre sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Kırsal kesimdeki sağlık hizmetleri genellikle, sağlık evleri ve gezici sağlık ekipleri tarafından karşılanmakta olup, bu hizmet birimlerinde yoğun olarak personel ve donanım sorunu yaşanmaktadır (5). Bu durum sağlık hizmetlerinin sürekliliği açısından sorun yaratmaktadır.

Ülkenin en tehlikeli işlerinden sayılan tarımda çalışan göçebe ve mevsimlik tarım işçileri sağlık hizmetine ulaşmada yaşadıkları bu sorunların yanı sıra, genellikle düşük gelirlerine bağlı olarak sağlık sigortasından da yoksundur (20). Bu durum tıbbi bakıma erişmelerini güçleştirmektedir. Tarım işçilerinin en azından %75'inin ve tarım işçisi ailelerindeki çocukların %90'ının sağlık sigortası yoktur (32). Yine ABD 'de çalışan göçmen işçilerin %85'inin herhangi bir sağlık güvencesi yoktur (33).

Özellikle ABD'de hayır kurumları ve kar amacı gütmeyen kuruluşlar bu açığı kapatmaya çalışmaktadır ve bu alanda bazı federal fonlar bulunmaktadır. Bununla beraber bu kurumlar genellikle yalnızca temel sağlık hizmeti sunmakta mesleki sağlık hizmeti sunmamaktadır (20). ABD Temel Sağlık Hizmetleri Bürosunun göçmen sağlık klinikleri için fon sağlamasına ve pek çok eyaletin bu programlara ek fonlarla destek sağlamasına rağmen, sağlık tesislerinin sayısı, konumu, çalışma saatleri tarım işçisi nüfusunun ihtiyaçlarına yanıt verememektedir (31). ABD Temel Sağlık Hizmetleri Bürosu, 137 göçmen sağlığı merkezini ve 955 toplum sağlığı merkezinde sağlık hizmeti sunmak için fon vererek doğrudan desteklemektedir (31). Bu incinebilir grubun sağlık problemleri için pek çok federal ve eyalet programı yürütülmektedir. 100 den fazla göçmen sağlık merkezi ve yaklaşık 12 tane göçmen programı federal fonlardan yararlanmaktadır (34). Bununla beraber 800'den fazla federal olarak kalifiye toplum sağlığı merkezi ve kırsal sağlık kliniği, göçmen sağlığı için hizmet sunmaktadır (35). Göçmen Sağlığı Merkezleri tüm ülkede 600.000'den fazla kişiye sağlık hizmeti sağlamaktadır. Federal fonlar 1997'den beri %33 yükselerek 2000 yılında 87 milyon dolara ulaşmıştır. Tüm bu artışa rağmen göçmen sağlığı merkezleri, göçmen tarım işçilerinin yalnızca %20'sine hizmet sağlayabilmektedir (36). Sağlık hizmetine ulaşamayan işçiler sıklıkla sağlık problemlerini çözmek için geleneksel şifacılar ya da folklorik tıba başvurmakta ya da sağlık problemlerinin tedavisini ertelemektedirler (20).

Göçmen tarım işçileri, yoksulluğa bağlı sağlık sigortasının olmamasını, sağlık hizmetinden uzak olma ve ulaşımın olmamasını, ulaşılabilir hizmetler hakkında bilgi eksikliğini, sağlık problemleri ve riskleri hakkında algı eksikliğini, sağlık sistemi hakkında bilgi eksikliğini, sağlık hizmeti sunanlarla kültür ve dil farklılıkları, hükümet yardımına ve sağlık hizmeti kuruluşlarına karşı duyulan güvensizlik ve korkuyu sağlık hizmetlerine ulaşmayı engelleyen ya da azaltan nedenler olarak belirtmektedir (35).

Pek çok faktörün bir araya gelmesi, göçebe ve mevsimlik tarım işçilerini olumsuz sağlık sonuçları ile karşılaşma riskini artırmaktadır (23).

### **Dil ve Kültür Engelleri**

Dil'e ve kültüre uyumlu hizmet sunumu başarılı bir sağlık hizmeti sunumu için esastır. ABD'de dil ve iletişim sorunlarının tarım işçilerinin sağlık hizmetlerinden faydalanmalarına en büyük engel olduğu belirtilmektedir. Bunda tarım işçileri arasında okur-yazarlık seviyesinin çok düşük olması da etkilidir (31).

Türkiye'de de bu durum farklı değildir. Şanlıurfa'da göçebe mevsimlik tarım işçisi kadınların %16.1'i, erkeklerin % 0.6'sının sadece Arapça ya da Kürtçe konuştuğu belirlenmiştir. Yine göçebe mevsimlik tarım işçisi kadınlarda Türkçe bilmeyenlerin %5.4 olduğu saptanmıştır (38,39).

ABD'de pek çok tarım işçisinin ana dili İspanyolcadır (Göçmen tarım işi faaliyetleri için üçlü ulusal işbirliği Sekreteryası, 2000) Bu açıdan göçmenlere sağlık hizmeti sunanların akıcı İspanyolca konuşmasına önem verilmektedir. Bu gruptaki tarım işçilerine sağlığı geliştirmek için hazırlanan pestisit kursları ve eğitimleri de uygun dilde verilmektedir. Tarımda işçi güvenliği eğitimleri sözlü olarak yapılamadığında yazılı bilgilendirme yoluyla yapılması önerilmektedir (40).



Kuzey Batı Michigan’da yapılan bir araştırmada da incelenen tarım işçilerinin %79’u ilk dillerini İşpanyolca, %20’si de İngilizce olarak ifade etmişlerdir. Katılanlardan %23’ü sağlık hizmetlerine ulaşmada engelle karşılaştıklarını ifade etmiştir. Dil engeli en çok belirtilen seçenek olmuştur (29,37).Bu nedenle, ABD Kuzey Batı Michigan’da; Kuzey Batı Michigan Sağlık Hizmetleri tarafından sağlık hizmeti olarak; kapsamlı diş, tıbbi teşhis ve tedavi hizmeti sunulmaktadır. Bu kurum fiziksel muayene, bağışıklama ve sosyal hizmetler sunmaktadır. Bu kliniklerdeki nitelikli tıbbi evirmenlerce ve topluluk içindeki ofislerde bulunan uzmanlarca, hastaların ana dilinde iletişim kuramayan personele dil desteği de sağlanmaktadır (29).

Latin tarım işçileri de sıklıkla sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını etkileyecek sağlığa ilişkin ortak inanışları (kültürel) paylaşmaktadır (41). Bu inanışlar işçilerin tıbbi bakımı ertelemelerine, tıbbi tedaviden kaçınmalarına ve önleyici davranışları yapmamalarıyla sonuçlanmaktadır (31).

Dil ve eğitim düzeyine bağlı iletişim sorunları yaşayan ABD’deki tarım işçilerine yönelik yerel programlarda kültürel aracilar kullanılarak sağlık hizmetleri geliştirilmeye çalışılmaktadır (42,43).

## **Eğitim Sorunları**

Bireyin ocukluk döneminde eğitim öğretim faaliyetlerine katılımının sağlanması; kendini geliştirmesi, fırsatlardan yararlanabilmesi ve mutlu olabilmesi için son derece önemlidir. Nitekim eğitimdeki başarılar ile sosyo-ekonomik statü arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (44).

Türkiye’de meslek grupları içinde eğitim seviyesinin en düşük olduğu gruplardan birisi, mevsimlik tarım işçileridir. Çünkü mevsimlik tarım işçiliği ilköğretim çağındaki çocukların eğitime devamını etkileyen önemli faktörlerden birisidir (45).

Şanlıurfa'da erişkin göçebe mevsimlik tarım işçisi kadınlarda; ilkokul ve üzerinde eğitim alanlar %7.1 ile %13.4 arasında bulunurken erkeklerde; %58.9 olarak belirtilmektedir (38,39).

Tarımsal faaliyetlerin yoğun olduğu aylar genellikle okul eğitiminin de devam ettiği dönemle çakışmaktadır. Bu nedenle tarım işlerinde çalışan işçiler ve çocukları birini tercih etmektedir. Bu tercih genellikle çalışmadan yana olmaktadır. Tarım işçisi aileler, çoğunlukla çocuklarını da beraber çalışma yerine götürdüklerinden, çocuklarının eğitim görme şansları bulunmamaktadır. Bu bir kısır döngü olarak sürüp gitmektedir. Nitekim sürekli adreslerinde kısa süreli kalan ve göçebe çalışma yaşamları olan mevsimlik tarım işçisi çocukların sekiz yıllık zorunlu öğretime rağmen %52.9-%65'i okula gidememekte ya da devam edememektedir (26,46).

ABD'deki araştırmalarda da göçebe tarım işçilerinin eğitim düzeyi düşük bulunmuştur. Kuzey Batı Michigan'da tarım işçilerinde, yapılan bir araştırmada da eğitim seviyeleri düşük çıkmıştır. Bu kişilerin %56'sı 6.sınıf ve daha aşağı eğitim düzeyindedir (47,29).

Doğu ve Güneydoğu Anadolu illerinde ilköğretimde okullaşma oranı ülke ortalamasının 3-4 puan altında olup bu fark ortaöğretimde artmaktadır. Özellikle kız çocukları arasında beşinci sınıftan sonra devam oranı düşmektedir. Bu durumda kız çocuklarına yapılan negatif ayrımcılığının yanı sıra mevsimlik tarım işçiliğinin etkisi göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir (45).

Tüm dünyada tarım, çocuk işçilerin en fazla olduğu sektör durumundadır. Çocuk işçilerin %70'inin bu alanda çalıştığı tahmin edilmektedir. Tarım sektöründe çalışan çocukların 132 milyonu 5-14 yaş grubundaki kız ve erkek çocuklarıdır. Özellikle tarım kesiminde çalışan kız çocuklarının yükü ağırdır (48). Çünkü kız çocuklarının tarım alanlarında çalışmanın yanı sıra bulaşık, çamaşır ve kardeş bakımı gibi işlerde çalıştırılması olağan bir durum olarak görülmektedir (10). Çukurova yöresinde Aşağı Seyhan ovasında gerçekleştirilen bir araştırmada da, tarım işçisi ailelerde kadınların %80.6'sının okur-yazar olmadığı ve %73,2'sinin ailenin geçimini sağlamak amacıyla tarlada çalıştığı belirlenmiştir (25).

### 2.1.5.Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinin Mesleki Riskleri ve Meslek Hastalıkları

Tarım işçilerinin sağlık hizmeti ihtiyaçlarını mesleki ve yaşam tarzlarına bağlı etkilenimleri belirlemektedir (31). Dünyadaki 1.2 milyon iş kazası sonucu ölümlerin yaklaşık yarısının tarım sektöründe meydana geldiği tahmin edilmektedir. Böcek ilaçlarına ve diğer kimyasallara maruz kalma ile tarımsal makine kazaları, sektördeki yaralanma ve hastalıkların iki temel nedenidir. Tarım hala çoğunlukla küçük ölçekli ve aile tarımı şeklinde olup, 1.3 milyar Dünya tarım çalışanlarının sadece %5'inin çalışma koşulları denetime tabidir (49).

Tarım alanları kullanılan araç gereç ve yaşam koşullarına bağlı olarak tarım işçileri için tehlikeli alanlardır. Araştırmalarda, yetişkin işçilerin yaklaşık %6'sı, çocukların ise %12'lere varan oranlarda iş kazası geçirdiği belirtilmektedir. Tarımsal arazilerin, genellikle merkeze uzak yerlerde olması, acil sağlık hizmetleri elde etmek konusunda bazı yoksunlukları beraberinde getirmektedir (11).

Tarım işçilerinde yapılan araştırmalarda, işle ilgili sağlık problemleri ve kronik hastalıklar en çok fark edilen sağlık problemleri olmuştur. İşle ilgili hastalıklar sırt ağrısı, deri reaksiyonları, fiziksel yaralanmalar, sıcak çarpması ve tekrar eden harekete bağlı yaralanmaları içermektedir (29,11).

Mevsimlik tarım işçileri, kendilerini çalışmaya iten güdüleri (para kazanma, güvenlik vb.) nedeniyle kapasitelerinin dayanabileceğinden daha fazla fiziksel zorlanmaya maruz kalabilmektedirler. Bu maruziyet iş gücü kaybına, kişinin yaşam kalitesinin düşmesine ve sakatlıklara sebep olmaktadır (50).

Tarım işçileri çalışma ortamları ve yaşam koşullarına bağlı olarak pek çok riskle karşılaşmaktadırlar. Bunlar kullanılan zirai ürünler (makineler ve donanımları, tozlar ve küfler, herbisit-insektisit gibi kimyasal maddeler, yeşil tütün gibi özel maruziyetler, gazlar, duman ve buhar), canlı hayvanlar (ezilme, tekmeleme ve ısırma, zoonozlar) ve çevresel faktörlerden (gürültü, ergonomi, aşırı ısı değişiklikleri, çamur-toz-buz gibi olumsuz zemin koşulları, fiziksel yapılar, stres) kaynaklanmaktadır (51,11).

ABD'deki tarım işçilerinin çoğunluğu 35 yaşın altındaki genç insanlardan oluşmaktadır. Bu yaş grubu sağlık açısından avantajlı olmasına rağmen yaralanmalar, tüberküloz, psikiyatrik hastalıklar, solunum yolu hastalıkları, ülserler, hipertansiyon ve bazı paraziter hastalıkların neden olduğu mortalite hızları daha yüksektir (52).

Cinsiyet açısından bakıldığında da tarım işçileri içindeki kadınların sağlık problemlerinin her kategoride erkeklerden daha fazla olduğu belirlenmiştir (29).

### **Tarım İşçilerinde Göz Sağlığı**

Göz yaralanmalarına ilişkin az sayıda çalışma vardır. Kuzey Carolina'da yapılan bir araştırmada, gün boyu tarlada çalışan tarım işçilerinin %41'inde çalışmadan sonra göz ağrısı olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada bu işçilerin %43'ünde kızarıklık, %25'inde batma, %13'ünde bulanık görme tespit edilmiştir (53).

### **Tarım İşçilerinde Ağız-Diş Sağlığı**

California Tarım İşçileri Sağlık Araştırmasında, işçilerin üçte ikisinden fazlasında, tedavi edilmemiş çürükler, peridontal hastalıklar, kırık ya da kaybedilmiş diş hastalıklarından en az birinin bulunduğu tespit edilmiştir (54,55).

Yapılan üç farklı çalışmanın sonucu da %50'den fazla göçmen işçinin düzenli ağız ve diş bakımı için hizmet aramadığını ortaya koymuştur. Tıbbi bakım aramamanın nedenleri zaman, para, ulaşım ve diş bakımına ilişkin eğitimin olmaması olarak belirtilmektedir (54-58).

## **Tarım İşçilerinde Kronik Hastalıklar**

California Tarım İşçileri Sağlık Araştırmasında, tarım işçisi erkeklerin %81'inin, kadınların ise %76'sının obez ya da aşırı kilolu olduğu ortaya çıkmıştır. ABD nüfusunun tamamıyla karşılaştırıldığında, tarım işçilerinde kolesterol oranının erkeklerde ABD ortalamasının üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Bu oran kadınlarda ABD ortalamasının altındadır (31). Buna ek olarak, ABD'deki tarım işçilerinin çoğu İspanyol kökenlidir ve kalp hastalığı, diyabet riski İspanyol kökenli olmayan beyaz Amerikalılara göre çok daha yüksektir (59). Yüksek tansiyon vakaları oranı özellikle 20-44 yaş aralığında hem kadınlarda hem de erkeklerde ABD ortalamasından yüksektir. Bu veriler tarım işçilerinin diyabet ve kalp hastalığı riskinin arttığını göstermektedir. Bu risk faktörlerinin nedeni bilinmemektedir. Bununla beraber beslenme sorunlarının bu hastalıkların oluşumunu kolaylaştırdığı bilinmektedir (60).

## **Tarım İşçilerinde Cilt Hastalıkları**

Cilt hastalıkları, meslek hastalıklarının ortak bir formudur. Tüm endüstriyel sektörler içinde tarım işçilerinde cilt hastalıkları 4-6 kat daha fazladır (61). Göçebe ve mevsimlik tarım işçileri, cilt hastalıklarına ya da yaralanmalarına neden olan pek çok çevresel ve mesleki risk faktörlerine (hava, mekanik aletler, kimyasallar, bitkiler, organik ve inorganik tozlar ve mantar) maruz kalmaktadırlar (62). Hasat yapılırken, bitki, ot, mısır ve pamuk toplanırken cilt tahriş olabilmektedir. İş yapılan ortam kimi zaman kuru ve sıcak, kimi zaman soğuk ve nemli olabilmektedir: Tıpkı pamuğun sıcak günlerde toplandığı ya da pirinç tarlalarının bataklık olduğu gibi. Bütün bu koşullar da cildi olumsuz etkileyebilmekte ve birçok ciddi hastalığa neden olabilmektedir (63,31).

Özellikle kalabalık yaşam ve kötü yaşam koşulları cilt hastalıklarının daha da yaygın görülmesine neden olmaktadır (64). California'da yapılan araştırmada Kuzey California'da tarım işçilerinin %97,1'inde son 7 gün içinde bir cilt olayı ile karşılaşıldığı rapor edilmiştir. En sık görülen cilt olayları; küçük enfeksiyonlar (%67,8 tinea pedis, %46,1 tırnak mantarı, %10,9 siğil), inflamatuvar hastalıklar(%47,7 akne,%12,2 kontakt dermatit, 14,1 melezma) ve travmatik olaylardır(%17,8 travmatik deri lezyonları gibi). Bu araştırmada tarım işçileri çoğunlukla kendi kendilerine tedavi denediklerini rapor etmişlerdir (%24,1 reçetesiz ürün ve %1,8'ide ev yapımı ürün kullanmıştır) (64,65,66).

Gerek tarlalarda geçirilen zaman gerekse eldiven ve benzeri koruyucu olmadan yapılan toplama ve hasat işleri kontak dermatitlere de neden olmaktadır. Kontak dermatit genellikle korunmasız cildin kimyasallara ya da zehirli sarmaşık, kanarya otu gibi bitkilere maruz kalmasından kaynaklanmaktadır. İşçiler genellikle dermatit dayanılmaz hale geldiğinde tıbbi yardım aramaktadırlar (20). Yılan-akrep(%17) ve böcek(%65) sokmaları da hiç azımsanmayacak derecede sık karşılaşılan sorunlardandır (11).

### **Tarım İşçilerinde Travmatik Yaralanmalar ve Kas İskelet Sistemi Yaralanmaları**

Tarımsal ortamda yoğun stres, uzun süre çalışma ve yorgunluk, ergonomik olmayan araç ve aletler, uygunsuz hava koşulları, yetersiz eğitim ya da hiç eğitimin olmaması gibi pek çok faktör yaralanma ve hastalık riskini arttırmaktadır.

İstatistiklere göre tarım işleri kaza ve yaralanma açısından en yüksek oranlara sahip olmaya devam etmektedir (67). Teksas'da çalışan tam zamanlı 100 işçiyle yapılan grup çalışmasında yıllık yaralanma oranı %12.5 olarak ortaya çıkmıştır (68). İki Uluslu Tarım İşçileri Sağlık Raporu araştırmasına göre ise mevcut işçilerin dörtte birinden fazlası (%27'si) çalışma hayatı boyunca en az bir kez yaralanmıştır. Ağrı, burkulma, çıkık en çok bildirilen hareket yaralanmalarıdır. Bunu kesikler ve yırtılmalar daha sonra da kırıklar ya da ezilmeler takip etmektedir (69). Çiftliklerdeki kazaların dörtte birini de meyve hasadı yapılırken ağaçtan ya

da makineden düşmeler oluşturmaktadır (27) ve tarım makinelerinin neden olduğu ezilme, batma ya da ampütasyonlar da görülmektedir.

Göçebe işçiler makineyle toplanamayan meyve ve sebzelerin elle toplanması için tutulmaktadır. Bu tarz bir çalışma eğilip kalkmayı gerektirmektedir. Tekrarlayan hareketler, fazla güç kullanma ve zorunlu dik durma pozisyonu tendonların, kasların, sinirlerin ve nörovasküler sistemle alakalı kümülatif travma hastalığı (bel ağrısı, tendonit, tetik parmağı, epikondilit, karpal tünel sendromu) ve diğer kas iskelet sistemi rahatsızlıklarına neden olabilmektedir (20).

Farklı nüfus gruplarında yapılan araştırmalar çalışma ile sırt ağrısı arasında bir ilişki olduğunu desteklemektedir. Tüm dünyada bel ağrılarının %37'sinin mesleki faaliyetlerle ilişkili olduğu tahmin edilmektedir (70). Sırt bölgesi tüm kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının yarısıyla ilgilidir. Bu hastalıklar pek çok iş günü kaybına neden olmaktadır (71). Dahası tüm işçilerin üçte birinin tazminat iddiaları yalnızca bel ağrısından kaynaklıdır (72). Göçebe tarım işçileri rahatsızlıkları için tıbbi bakım arama, hastalık izni, iş güvenliği ve sağlık sigortası gibi haklara daha az sahiptir (73).

Tarım, mesleki ölüm ve ölümcül olmayan yaralanmalar açısından Amerika'daki en tehlikeli endüstriler arasında sıralanmaktadır (71). Bu endüstri içinde ölümcül olmayan yaralanmalar açısından en çok çalışılmış alan sırttır. Meyers ve arkadaşlarının; İş Güvenliği ve Sağlık İdaresinin (İGSİ) 30 aylık periyotta üç üzüm bağındaki 200 yaralanma raporunu inceledikleri bir çalışmada rapor edilen 29 kas iskelet sistemi yaralanmalarının 20'sinin bel zorlanması olduğu bulunmuştur (74). Richardson ve arkadaşları da çalışmalarında sırt yaralanmalarını %20 olarak saptamışlardır (75).

İş maruziyetinden ayrı olarak, sağlığa ilişkin tutum ve davranışlar da tarım işçilerinin sırt ağrısı riskini yükseltmektedir. Bir çalışmada oluş mekanizması tam tanımlanmamış olmakla birlikte, çalışan nüfus içindeki sigara içiciliğiyle sırt ağrısı arasında ilişki olduğu ortaya konulmuştur (76,77).

Eva ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; kronik sırt ağrısı ile yaş arasında yüksek bir ilişki (OR,1.04) bulunmuştur. Bu ilişki artan her yaşla kayda değer şekilde artmaktadır. Kadınlar erkeklerden 2.20 kat daha fazla kronik sırt ağrısı yaşamaya eğilimlidirler. İki hafta veya daha fazla süre üzüntü ya da umutsuzluk gibi depresif semptomlara sahip tarım işçileri son göç sezonu boyunca 9.63 kat daha fazla kronik sırt ağrısı yaşamaya eğilimlidir. Kronik sırt ağrısı

göçebe tarım işçiliğinin niteliğine bağlı olarak sık yer değiştirme nedeniyle açıkça kötü ya da çok kötü uyku kalitesine sahip olduğunu bildiren işçiler arasında daha (OR,4.55) yaygındır. Benzer şekilde gecede ortalama 8 saatten daha az uyuduğunu bildirenler arasında da (OR,3.18) yaygındır. Günde ortalama 8 saatten fazla çalışanlarla sırt ağrısı arasında kayda değer bir ilişki (OR,2.97) vardır (77). Araştırmalarda, göçebe tarım işçileri arasında sırt ağrısı ve rahatsızlığı prevalansı Illinois Eyaleti'nde (%24.0) ve Florida Eyaleti'nde (%39.0) yüksek olarak bildirilmiştir (78).

### **Tarım İşçilerinde Solunum Sistemi Hastalıkları**

Göçmen tarım işçileri çalışma alanlarında toz, küf, gaz, enfeksiyon ajanları, bitki polenleri, meyve ve sebzeleri hasat ederken püskürtülmüş kimyasal maddelere maruz kalmaktadırlar. Bu partiküllerin solunması, akut ya da kronik bronşite, alerjilere ve astıma neden olmaktadır. Bu problemler, sağlık hizmetlerine erişimin olmaması ve tekrarlayan maruziyet nedeniyle genellikle kronik hale gelmektedir. Kronik solunum hastalıklarının tedavisi ve takibi bu nüfusun devam eden göçü nedeniyle ayrı bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Endüstride çalışan ve solunum yollarını tahriş eden maddelere maruz kalan işçilerin maruziyeti azaltmak için kişisel koruyucu giymeleri gerekmektedir. Ancak tarım işçileri çoğu zaman maruz kaldıkları etkenlerin potansiyel tehlikelerinden haberleri dahi olmamaktadırlar (20).

### **Tarım İşçilerinde Ruh Sağlığı**

Kırsal alanda ruh sağlığını izlemenin ve tedavi etmenin güçlüğüne yanı sıra ruh sağlığına etki eden faktörlere ilişkin bir algının olmaması bu durumu daha da güçleştirmektedir



(79).GMTİ'nde yoksullukla birlikte ruh sağlığı sorunları da yüksek saptanmaktadır. Özellikle çevresel faktörler (sosyal izolasyon, dışlanma, ağır çalışma koşulları gibi) tarım işçilerinde ruhsal bozukluklara yatkınlığı artırmaktadır. Araştırmalar stres, zayıf aile desteği, sosyal destek eksikliğinin tarım işçilerinde depresyon ve anksiyeteyi artırdığını göstermiştir. Hiott ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; anksiyete %18.4-30 arasında ve depresyon %40-41.6 arasında bulunmuştur. Özellikle stresli çalışma koşulları yüksek anksiyete ve depresyonla ilişkili bulunmuştur (80).

Tarım işçilerinin artan oranda ruh sağlığı problemlerine ilişkin risklerle karşı karşıya olmalarına rağmen ne yazık ki bu alanda çok az sistematik araştırma yapılmıştır (81). Tarım işçilerinin ruh sağlığını bozan spesifik faktörlerin saptanması, tarım işçilerinin ruh sağlığına ilişkin ihtiyaçlarını karşılayabilecek kırsal sağlık hizmetlerinin oluşturulabilmesi için gerekli ilk adımdır (82). Tarım işi ve işçiliğine bağlı yaşam tarzından kaynaklı stres faktörlerinin ruh sağlığını kötüleştirdiği belirtilmektedir (81). Stresle çiftlikteki yaralanmalar arasında da bağlantı vardır (83). Stres genellikle yorgunluğa eşlik etmektedir. Yorgunluğun devam etmesi yalnızca yaralanma riskini artırmakla kalmamakta aynı zamanda tarım işinin durmasına da neden olmaktadır (84,85,86).

Araştırmalarda kısıtlı sosyal hareketlilik ve ayrımcılık gibi çevresel stres faktörlerinin çalışma şartları kadar tehlikeli olduğu ve tarım işçilerinin ruh sağlığı açısından önemli bir risk olduğunu tartışmışlardır. Hovey ve meslektaşlarının (87,88) güncel bir çalışmasında kültürel etkileşim stresi, aile bütünlüğünün zayıf olması ve soysal desteğin yokluğunun Amerika'nın orta batısındaki tarım işçileri arasındaki depresyon ve anksiyetenin semptomlarıyla ilintili olduğunu bulmuşlardır. Diğer kanıtlar, sosyal marjinalleşme ve aileden ayrılma ruh sağlığını kötüleştiren diğer faktörler olduğunu göstermektedir (89,90).

Tarım işçilerinin ortak tecrübe ettikleri stres faktörleri, zor fiziksel çalışma ve öngörülemeyen yer değiştirme gibi problemler ruh sağlıklarını etkilemektedir (91,92).

Düşük öz saygı ve sınırlı sosyal destekle ilgili olan bu stres faktörleri umutsuzluk, anksiyete, depresyon ve intihar eğilimini de arttırmaktadır (31).

Tarımsal üretim zaman zaman yüksek riskli bir endüstri haline gelmektedir. Çiftçiler genellikle doğal şartların ve küresel piyasaların insafına bırakılmışlardır. Pek çok çiftçi her yıl yüksek borç yükü altına girmektedir (84). Ancak, çiftçiler nüfusun %2 ila %3'ünü

oluşturmalarına rağmen intihar edenlerin oranı çiftçi olmayanlardan üçte iki daha fazladır (93).

Kuzey Batı Michigan Sağlık Hizmetleri bölgesinde yalnız erkek tarım işçilerinin artması önemlidir. Çünkü aile desteğinin olmaması ve izolasyon erkek tarım işçileri arasında riskli seksüel davranışların ve depresyonun artmasına neden olan önemli faktörlerdir (94). Bu durum göçmen kamplarında ya da kliniklerde yalnızlıkla ve izolasyonla mücadele eden katılımcıların hislerini tartışabilecekleri, sosyal dayanışma ağı oluşturabilmeleri ve diğerlerinden stratejiler öğrenebilecekleri dayanışma gruplarına ihtiyacı göstermektedir (29).

### **Tarım İşçilerinde Ana Çocuk Sağlığı**

ABD'de 3 milyonun üzerindeki mevsimlik tarım işçisinin %16'sını kadınlar oluşturmaktadır (47). Bu nüfus içindeki hamile kadınlar sıklıkla işlerinin göçebe karakteri, dil ve ekonomik problemler nedeniyle perinatal bakım ya da ilk perinatal bakımı alamamaktadırlar. Sağlıklı İnsanlar 2010'un (95) amaçlarından biri erken ve perinatal bakım alan kadınların oranını %90'a çıkarmaktır. Perinatal bakım yalnızca sağlıklı çıktılar sağlamakla kalmamakta aynı zamanda ekonomik açıdan da avantajlıdır. Hamile kadın işçilerin yaklaşık %30'u ilk prenatal ziyaretlerini ikinci trimesterde yapmaktadırlar. Bu kadınların %14'ü üçüncü trimestire kadar herhangi bir sağlık hizmeti alamamaktadırlar. Rosenbaum ve Shin (2005) çalışmalarında göçebe tarım işçisi kadınların yaptıkları doğumların %25'nin düşük doğum ağırlığı ve erken doğumla neticelendiğini bulmuşlardır (47, 33).

Kadın sağlığına yönelik durum Türkiye'de de benzerlikler göstermektedir. Koruk ve Şimşek tarafından Şanlıurfa'da yapılan araştırmada, kadınların %53.0'ı son gebeliğinde Doğum Öncesi Bakım (DÖB) aldığını belirtirken, %57.6'sı son canlı doğumunu bir sağlık kuruluşunda yaptığını belirtmiş ve 2 ve üstü doz tetanoz aşısı yaptırma göçebe mevsimlik işçilerde %44.3 olarak saptanmıştır (39).

Uzun çalışma saatleri, sınırlı klinik saatleri, önerilen perinatal bakımın önemine ilişkin bilgi eksikliği, coğrafi izolasyon, işin doğasından kaynaklı sık yer değiştirme, dil ve kültür engelleri, legal çalışmamaktan kaynaklı resmi otoritelerden korku gibi pek çok faktör bu nüfusun zamanında ve yeterli perinatal bakım almamasına neden olmaktadır (96,97,52). Bu nedenle mobil sağlık kliniklerinin; maliyetleri düşürdüğü, iletişimi geliştirdiği, zaman çatışmasından kaçındığı, tıbbi bakıma ulaşma ve faydalanma açısından ulaşım engelinin üstesinden geldiğini göstermiştir (98).

### **Tarım İşçilerinde Enfeksiyon Hastalıkları**

Yetersiz ve kalabalık konutlar, zayıf sanitasyon, içilebilir suyun eksikliği göçebe ve mevsimlik tarım işçilerini enfeksiyonlara ve intestinal hastalıklara genel nüfusa oranla daha açık hale getirmektedir (23).

Çukurova’da yapılan bir araştırmada tarım işçilerinin barınma yerlerinin %72,2’sinde tuvalet, %61,1’inde içme suyu ve %53,7’sinde kullanma suyu bulunmamaktadır. Tarım işçileri tuvalet sorunlarını barınma yerlerinin uzağında açık alanlarda, içme ve kullanma suyu gereksinimlerini ise tankerlerle getirilen sulardan, yakın köy, ilçe vb. yerleşim yerlerinden veya dere, nehir sularından karşıladıklarını belirtmişlerdir (5). Bu olumsuz çevre koşullarında çocukların sağlıklarının korunması da oldukça güçleşmektedir. Özellikle bulaşıcı hastalıklardan korunmada aşılama çalışmaları daha da önemli hale gelmektedir. Ancak Şanlıurfa’da yaşayan göçebe tarım işçisi çocuklarında tam aşıllılık %48.8 olarak bulunmuştur (99). Şanlıurfa’da mevsimlik tarım işçisi çocuklarında bağırsak paraziti sıklığı %54’lere ulaşmaktadır. Çocuklarda hijyen sağlamadaki başarısızlık daha fazla olduğu için özellikle bağırsak parazitlerine daha sık rastlanmaktadır. Bu da çocuklarda sıklıkla kronik beslenme bozukluğuna neden olmaktadır. Şanlıurfa’da göçebe mevsimlik tarım işçisi çocuklarda bodurluk %43,1’dir. Bunun yanı sıra kansızlık %16,7 ve gelişme geriliği %17,8’dir (38).

Düzensiz yaşam, ulaşım sorunları ve çalışılan yerdeki sağlık kurumları hakkındaki bilgisizlik tedavi uyumunu zorlaştırarak özellikle tüberküloz gibi uzun süreli tedavi gerektiren hastalıklarda tedavi başarısızlıklarına neden olmaktadır (100). Tarım işçilerinde tüberküloz gelişme riskinin diğer işçilere göre 6 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (101). Tüm ABD genelinde tarım işçilerinde yapılan araştırmalarda tüberküloz testi pozitif çıkanların oranı %17 ve %50 olarak kaydedilmiştir (31).

### **Pestisit Etkilenimi**

Tarım ilaçları ile insanların teması; ilaç üretimi, taşıma, depolama, kullanma ve ilaç kalıntısı içeren ürünlerin tüketimi sonunda olmaktadır. Bu etkileşim sonunda tarım ilaçları insan vücuduna ağız, deri veya solunum yoluyla girmektedir. Tarım ilaçlarının insanlar üzerindeki etkileri fetal yaşamdan itibaren başlamaktadır. Bu ilaçlar plasentadan fetüse geçmekte, bunun sonucunda düşükler, sorunlu çocuk doğumları görülmektedir. Tarım ilaçlarının bir bölümü (Organofosfatlı ve karbamatlı insektisitler) de etkilerini doğrudan doğruya periferik ve merkezi sinir sistemi üzerinde göstererek organizmanın yaşamını tehdit etmektedir (102). Dünyada ve ülkemizde tarım alanındaki zararlıları yok etmek ve daha kaliteli ürün elde etmek amacıyla pestisidler yoğun olarak kullanılmaktadır. Tarımsal savaşta kullanılan pestisidler hedef organizmaları yok ederek ürün artışına neden olabildikleri gibi, hedef olmayan canlılarda da hasarlara yol açmaktadırlar (103,104).

Gelişmiş ülkelerde pestisid uygulayan tarım işçileri gerekli koruyucu önlemleri alırken, ülkemizde bu konuya gereken önemin verilmediği gözlenmiştir (105). Tarım alanlarına pestisid uygulayan işçiler, ilacı uygularken hiçbir koruyucu önlem almadıkları için pestisidlerin akut ve kronik toksik etkisine maruz kalmaktadırlar. Pestisidlerin akut toksik etkisi ile ilgili pek çok çalışma yapılmış olmasına rağmen kronik toksik etkilerin belirleme konusundaki çalışmalar daha azdır (106,107).

Pestiside maruz kalmak solunum problemleri, hafıza bozuklukları, cilt hastalıkları, kanser, depresyon, nörolojik eksikli, düşük ve doğumsal defektelere neden olabilmektedir (108). Non hodgin lenfoma ile fenoksi asetik asit, organoklorürlü ve organofosfatlı bileşikler arasında bir ilişki gösterilmiştir. Otuzdan fazla çalışmada da insektisit ve herbisid kullanımı ile lösemi, prostat kanseri, multiple myeloma ve yumuşak doku sarkomu ilişkisi gösterilmiştir. Literatür, organoklorlu pestisitler ile meme, testis kanserleri ve Hodgkin Hastalığı arasında güçlü ilişki gösterirken, pestisit ve diğer kanser türleri arasındaki ilişkiyi daha az desteklemektedir (109,110).

### **2.1.6.Çalışma İle İlgili Yasal Mevzuat**

Sanayi devriminden sonra artan sanayileşme ile birlikte ortaya çıkan iş gücü ihtiyacı, o güne kadar bağımsız çalışan meslek sahiplerinin bile işçi olarak çalışmaya başlamasına ve dolayısıyla büyük işçi yığınlarının oluşturduğu “işçi sınıfının” doğmasına neden olmuştur (111). Böylece işçi ve işveren arasındaki çalışma hayatından doğan hukuki ilişkilerin düzenlenmesi ihtiyacı ortaya çıkmıştır. İlk dönemlerde kabul edilen iş kanunları, sanayi kesiminde faaliyet gösteren işçileri esas almış, diğer kesimlerde ve özellikle tarım kesiminde faaliyet gösteren tarım işçilerini bu düzenlemelerin kapsamı dışında tutmuştur. Sanayi işçilerinin ücret, çalışma şartları, sosyal güvenlik gibi çalışma hayatından kaynaklanan hakları kanuni düzenlemelerle güvence altına alınırken, tarım işçileri bu haklardan yoksun kalmıştır. 1919 yılında ILO' nun kurulması ile birlikte, çalışma hayatına ilişkin sosyal kanunların, tarım kesiminde de uygulanması yönünde eğilimler başlamıştır. Değişik gerekçelerle iş mevzuatı kapsamına alınmayan ve özel bir kanuni düzenleme konusu da yapılmayan tarım işçileri, sanayi işçileri için tanınan haklar düzeyinde olmasa bile, bir takım sosyal haklar sağlanması amacını güden düzenlemelerin kapsamına alınmıştır. İlk kez ILO'nun R11, R13, R14, R16 ve R17 nolu tavsiye kararlarında üye ülkelerin tarım işçilerinin çalışma koşulları, barınma olanakları, örgütlenmeleri, kadın işçilerin gece çalıştırılmaması ve dinlenme saatleri,

çocukların 14 yaşın altında ve gece çalıştırılmayacakları ve hastalık, yaşlılık, sakatlığa karşı sigortalanmalarına yönelik tavsiyelerde bulunmuştur (112).

ILO'nun 99 sayılı 6 Haziran 1951 tarihli "Tarımda Asgari Ücret Tespiti Usulleri Hakkında Sözleşmesinde" bu sözleşmeye taraf olan ülkeler, tarımla ilgili işlerde çalıştırılan işçilerin asgari ücret hadlerinin belirlenmesine yönelik uygun kurallar oluşturmayı kabul etmişlerdir. Sözleşme hükümlerine göre, her ülke tarım işçilerinin asgari ücretlerini belirlerken işçi örgütlerinin görüşlerini de dikkate almak durumundadır. Ayrıca tarım işçilerinin asgari ücretleri belirlenirken tam eşitlik ilkesi doğrultusunda işçilerin de katılımı ve görüş bildirimi kabul edilmiştir. Asgari ücret hadlerine hem işveren hem de işçi uymak zorundadır. Belirlenen ücretten herhangi bir indirim söz konusu olmayacağı gibi, aykırı bir davranış durumunda yargı yolu açık olacaktır (113). Bu kapsamda 1983 yılında Amerika'da tarım işçilerinin korunması konusunda kabul edilen, Migrant and Seasonal Agriculture Worker Protection Act, dünyadaki en modern kanun olarak kabul edilmektedir (114).

Tarım işçileri kavramı ilk defa 1475 sayılı Kanun ile anılmaya başlanmıştır. 1475 sayılı Kanun tarım işçilerini kapsamına almakla birlikte, 15.08.2002 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan ve İş Güvencesi Kanunu olarak bilinen 4773 sayılı Kanun ile 1475 sayılı kanunda tarım işçileri konusunda önemli değişiklikler yapılmıştır. 4773 sayılı Kanunla Türk İş hukukunda önemli yenilikler getirilerek, o güne kadar hiç bir hukuki düzenlemeye tabi olmayan tarım işçileri, bazı sınırlamalarla da olsa, ilk defa İş Kanunu kapsamına alınmıştır (115).

Ülkemizde de tarım kesiminde faaliyet gösteren tarım işçilerinin çalışma şartları ve korunmasına ilişkin özel bir kanuni düzenleme henüz mevcut değildir. 22.05.2003 Tarihinde 4857 sayılı Kanun ise tarımsal işletme niteliğini kazanmış olan tarım işyerlerinde çalışan tarım işçilerini sınırlı olarak kapsamına almıştır. Tarımsal işletme niteliğini kazanmış işyerlerinde çalışan tarım işçilerinin, İş Kanunu kapsamına alınması isabetli bir düzenleme olmakla birlikte, bunların dışında kalan ve büyük çoğunluğa sahip bulunan geçici tarım işçilerinin kanuni güvenceden yoksun bırakılması olumsuz bir sonuçtur (22).

Türkiye'deki tarım işçileri oldukça dağınık ve farklı şekillerde faaliyet göstermekte olup, işçi işveren ilişkileri de tamamen geleneksel yöntemlerle yürütülmektedir. Ayrıca, bu alandaki işçilerin eğitim seviyesi de düşük olduğundan herhangi bir şekilde örgütlenme de söz konusu değildir. Amerika ve Kanada basta olmak üzere diğer birçok ülkede işverenler, işçi ile yüz yüze gelmeden, doğrudan aracı kişi ya da kurumlarla irtibata geçmektedir. Aracı kişi veya

kurumlar, kanunla belirtilmiş olan çalışma şartlarını sağlayan işverenle anlaşmayı sağladıktan sonra işverenin talebi doğrultusunda yeterli sayıda işçiyi istenilen çalışma süresi ile işverenin hizmetine sunmaktadır (116).

Mevcut kanunlar bu konudaki pek çok gereksinimi karşılamamakla birlikte yerel düzeyde akademisyenlerin de katkısı ile pek çok girişim gerçekleşmektedir. Umum Hıfzıssıhha Kanununa dayanarak yürütülen İl Hıfzıssıhha Kurullarında Şanlıurfa için 04.03.2008 tarihinde 3 no'lu karar ile Harran Üniversitesi Halk Sağlığı AD'nın görüşü dikkate alınarak tarla sahiplerinin tarım işçilerine yönelik temiz su sağlaması, sıhhi tuvalet sağlaması ve gezici sağlık hizmeti kararlarını almıştır.

Mevsimlik gezici tarım işçilerinin yaşam şartlarının iyileştirilmesi amacıyla 24 Mart 2010 tarihli ve 27531 sayılı Resmi Gazetede 2010/6 sayılı Başbakanlık genelgesi yayınlandı. Genelgeye göre "Mevsimlik Gezici Tarım İşçileri İzleme Kurulu" oluşturulmasına karar verildi. Genelgede tarım işçilerinin ulaşımından, barınma şartlarının iyileştirilmesi ve kolaylık tesislerinin sağlanmasına, su ve elektrik teminine, çöplerin uzaklaştırılmasına, sağlık hizmeti sağlanmasına, tarım araçlarının belgelendirilmesine, çocukların okula devamı ve çocuk işçiliği ile mücadeleyle kadar pek çok önemli konu başlığı yer almaktadır. Tüm bu faaliyetler için ihtiyaç duyulan kaynak ise valiliklerce hazırlanacak projeler doğrultusunda 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu'nun geçici 6. maddesinde yer alan ekonomik kalkınma ve sosyal gelişmeye yönelik altyapı yatırımları için İşsizlik Sigortası Fonu'ndan aktarılan kaynaklardan Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nca il özel idarelerine gönderilecek ödenekler ile imkânlar ölçüsünde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları ve il özel idarelerinin bütçelerinden karşılanacaktır (117). Konunun detaylı olarak ele alınması son derece yerinde olmakla birlikte kanunda yer almaması ciddi engeller oluşturmaktadır.

## 2.2.Yaşam Kalitesinin Tanımı

Kalite, ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyidir ve hizmete üstünlük, kusursuzluk getirir. Kalite, kişisel duygu ve hislerden bağımsız somut kriterlere (ölçü, sayı, süreç, süre, test) bağlı olarak ölçülebildiği için nesnel ve kişisel değer yargılarından, beğenilerden ve psikolojiden (duygu, heyecan, tatmin, tercih, değer yargısı, tutum) etkilendiği için de öznel bir kavramdır. YK kavramı da oldukça geniş kapsamlıdır ve bu nedenle de literatürde tartışmalar halen devam etmektedir (118). Bir kişinin yaşamının tümüyle iyiye gittiğine ilişkin hissettiği, subjektif duygu olarak da ele alınabilen YK'nin evrensel olarak kabul görmüş tek bir tanımlaması bulunmamaktadır (119,120).

YK, yaşamdan duyulan hoşnutluk ve mutluluk olarak tanımlanabileceği gibi bireylerin kültür ve değerler sistemi içinde, kendi durumlarını algılayış biçimidir diye de tanımlanabilir. YK'nin kapsamında, insanların fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumları, aile içinde ve dışındaki sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançları vardır (121).

YK kavramını ilk kez Thorndike, sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlamıştır. Andrews ve Withey YK kavramını, bireylerin doyumunu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi, Weinstein ve Frankel ise, bireyin kendi yaşamında doyum bulması ve mutluluk kapasitesi olarak tanımlamışlardır (122).

Mendola ve Pelligrini ise; YK'ni "bireyin algıladığı bedensel kapasite sınırları içinde başardığı tatmin edici sosyal durum" olarak tanımlarken, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise "bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları" şeklinde tanımlamıştır (123).



### 2.2.1.Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla İlişkisi

DSÖ'nün bedensel, ruhsal, sosyal iyilik durumu olarak tanımladığı sağlığı (124,125) ölçmek için ulusal ve uluslararası karşılaştırmalarda sıklıkla beklenen yaşam umudu, ölüm ve hastalık hızları gibi geleneksel göstergeler kullanılmaktadır (13,125). Fakat bu göstergelerin sağlığı tanımlamadaki yetersizliği, bütünsel olarak sağlığın her yönünü ele alamayışı, yapılan girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılacak olan farklı göstergelere olan gereksinim, hasta merkezli değerlendirmelerin öneminin giderek artışı, algılanan sağlık ve YK gibi kavramların alternatif değerlendirme yöntemleri arasında öne çıkmasını sağlamıştır. Genel olarak kalite, iyiliğin bir derecesidir. YK, kişisel sağlık durumundan öte, kişisel iyilik halini de içine alan daha geniş bir kavramdır. Bu nedenle YK ölçümü sağlık düzeyi ile ilgili ölçütlerden daha geniş kapsam ve kavrayışa sahiptir (124,13,126).

YK kavramı yaşama yıllar değil, yıllara yaşam katma düşüncesini yansıtmaktadır. Sağlık ve YK araçları, gerek klinik gerekse toplum düzeyinde rutin değerlendirme araçları arasında yerini almaya başlamıştır. YK, sağlık durumu ile fonksiyonel kapasite arasındaki ilişkiyi ve bu konularda kişinin kendisini nasıl algıladığını göstermek için kullanılmaktadır (127,128).

Sağlık alanında YK ise bireyin kendi yaşamına ilişkin genel doyumunu olarak değerlendirilmekte, yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti ya da mutluluk ile eşanlamlı olarak kullanılmaktadır (129,130).

### 2.2.2. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar

YK ile ilgili kavramlar dört grupta açıklanmaktadır. Bunlar;

**Sağlık durumu, sağlık algılaması:** Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık

algılaması (veya algılanan sağlık) bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir (131,132).

Bazı insanlar bir veya daha çok kronik hastalık nedeniyle sıkıntı çekerken kendilerini sağlıklı saymakta, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi yokken kendilerini hasta algılamaktadırlar (132). Aynı zamanda, kişinin kendisini iyi hissetmesi sağlık durumuna genel bir çerçeveden bakış açısı ile ilgilidir (128).

**b. İşlevsel durum (Functional status):** Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir (131,133).

İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevleri yerine getirmedeki en yüksek kapasitesini yansıtırken, işlevsel performans günlük yaşam akışı içindeki işlevleri (alışveriş yapma, giyinme vs.) içermektedir (132). Herkes tarafından iyi olarak değerlendirilen ancak kendisini hasta olarak gören bir kişinin kapasitesinden daha düşük işlevsel performansa sahip olabileceği üzerinde durulmaktadır (134).



**Şekil 1.** Hastalık ve YK arasındaki etkileşimi gösteren DSÖ modeli

İşlevsel yetersizlik teriminin içinde de üç kavram vardır: bozulma (impairment), yeti yitimi (disability) ve sakatlık (handicap). Hastalık sonucu gelişen bu yetersizliklerin YK'ni nasıl etkilediği DSÖ modelinde açıklanmaktadır (Şekil 1). Bozulma; psikolojik, fizyolojik ya da anatomik yapı ya da işlevlerde herhangi bir yitim ya da anormalliktir. Yeti yitimi; bir insan için normal kabul edilebilecek bir etkinliği gerçekleştirebilmede kısıtlılık ya da yetersizlik halidir. Sakatlık ise; kişi için (yaşa, cinsiyete, toplumsal ya da kültürel etmenlere bağlı olarak) normal kabul edilen rollerin gerçekleştirilmesinde kısıtlamalara neden olan yetersizlik ya da yeti yitiminin yol açtığı bir durumdur. Bu üç faktörün varlığı sonuçta kişide yeti yitimine yol açmakta ve başkasına bağımlı hale getirerek YK'nde bozulma ile sonuçlanmaktadır (135).

**c. Ruhsal durum (Mood):** Ruhsal durum uzun ve kısa süreli streslere (örneğin sağlık durumundaki değişiklikler) verilen duygusal yanıttır. Bireyin dünyaya karşı gösterdiği yüzü olarak tanımlanabilir. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte olabilen ve bireyin işlevsel performansını, sağlık algılarını ve YK'ni etkileyen duygusal durumlardır (131,136,137,138).

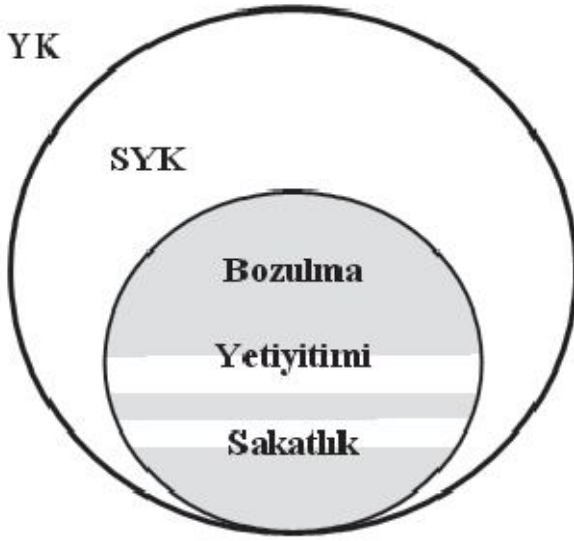
Yaşam memnuniyeti, özsaygı, iyilik hali, mutluluk, sağlık, itibar, yaşamın önemi, fonksiyonel durum ve düzen terimleri yaşamın pek çok alanını ve kişiden kişiye değişen farklı değerleri kapsamaktadır. Fiziksel ve maddi iyilik hali, sosyal yaşama katılımı sağlayan aktivitelerde tatminkarlık, boş zaman aktiviteleri, psikolojik durum, fonksiyonel yetenek, emosyonel, manevi ve cinsiyet açısından iyi olma hali, aile ve arkadaşlarla ilişkilerde tatminkarlık, gelecek ile ilgili oryantasyon gibi YK göstergeleri, kişinin karakterine, yaşamı algılayış biçimine, sosyo-kültürel alışkanlıklarına bağlı olarak değişim gösterir (127,128).

**d. Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi (SİYK):** SİYK bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. SİYK sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle doğrudan ilişkisi nedeniyle YK'nden ayrılmaktadır (134).

SİYK'nin kabul görmüş tek bir tanımı olmamakla birlikte, araştırmacıların çoğu YK'nin çok boyutlu, subjektif ve dinamik bir kavram olduğu konusunda fikir birliğine sahiptir (130). Sağlıkta YK; iki komponenti olan iyilik halidir; bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneği, ikincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur. Bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanışıdır. Bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir (130,139).

SİYK, bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade eder (140). Fiziksel alan, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal alan, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Ruhsal alan içinde ise depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumlar yer almaktadır (141,142).

YK'nin pek çok bileşeni vardır: bunlar; sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, sağlıklı bir çevre, hak, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılma, saygınlık ve güvenlidir. Bu bileşenlerin hepsi tek tek önemlidir; birinin bile eksikliği kişinin “kaliteli bir yaşam sürüyorum” duygusunu zedeler (130,143).



Şekil 2. SİYK ve YK ilişkisi

SİYK, bütüncül olarak YK'nin bir alt bileşenidir (Şekil 2). Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır (135). Örneğin gelir düzeyi, sosyal olanaklar, politik ortam, çevre koşulları ve kişisel inançlar genel yaşam kalitesinin içinde değerlendirilirken bunları SİYK'nden ayrı düşünmek genellikle yanılgıya götürür, çünkü bunların çoğu sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörlerdir (144).

YK kavramının sübjektif oluşu ölçümünü de zorlaştırmaktadır. “Kendini nasıl hissediyorsun?” gibi basit bir soru, YK'ni bir ölçme yoludur, ancak yeterli değildir (130,145).

YK'nin ölçümüne ilişkin bugünkü yaklaşım direkt ve indirekt olmak üzere iki tiptir. Direkt yaklaşımlar psikometrik prensipleri kullanır ve anketler ya da değerlendirme ölçekleri yardımıyla yaşam kalitesi ölçen çeşitli metodlardan oluşur. Bu metodlar klinik psikologlar ve sosyal bilimciler tarafından geliştirilmiştir. Genel YK ölçekleri farklı tip ve şiddetteki hastalıklara, çeşitli tıbbi tedavi ya da sağlık girişimlerine ve farklı demografik gruplarda ve kültürlerde uygulanabilecek şekilde planlanmıştır. Hastalığa özel YK ölçekleri ise belli hasta popülasyonlarını, tanı gruplarını ya da bireysel farklılıkları değerlendirmek için planlanmıştır (139,146).

YK'nin hem objektif hem de sübjektif olarak ölçülmesinin gerekliliği ile ilgili büyük ölçüde fikir birliği mevcuttur. Aynı zamanda yapılandırılmış araçlar üzerinde hasta tarafından değerlendirilen ölçeklerle, dışarıdan bir gözlemcinin oranladığı YK ölçekleri arasında ayırım yapılmasının gerekliliği bugün kabul edilmektedir. Bugün dünyada kullanılmakta olan ve

daha çok batılı toplumlarda geçerlilik ve güvenilirlikleri kanıtlanmış olan genel amaçlı veya hastalığa özel olarak geliştirilmiş çok sayıda anket vardır (130,147).

SIYK, sağlığı çeşitli alanlarda değerlendirmektedir. Birincil boyutlar olarak (Fiziksel fonksiyonellik, psikolojik fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik, yaşam doyumu, iyilik hali, sağlık durumu algısı) ve diğer boyutlar (Nöro-psikolojik fonksiyonellik, bireysel üretkenlik, cinsel fonksiyonellik, uyku bozuklukları, ağrı, semptomlar) olarak iki grupta değerlendirilebilmektedir (148,149).

### **2.2.3. Tarım İşçilerinde Yaşam Kalitesi**

Göçebe mevsimlik tarım işçiliği, tarım işçiliğinin en zor biçimlerinden birisidir. Yaşam koşullarının uygunsuzluğu (sağlıksız barmaklar, temiz içme-kullanma suyunun olmayışı, yaşam alanında biriken atıklar, sağlıksız tuvalet, gıda yetersizliği vb.), işin niteliğine bağlı olarak maruz kaldıkları riskler (tarım ilacı, tozlar, güneş, gürültü, ısı etkisi, kazalar) bazı sağlık sorunlarını bu grupta daha fazla görünür hale getirmektedir. Ancak, sorunlar artarken yoksulluk, eğitimsizlik, ulaşım güçlükleri gibi nedenlerle sağlık hizmetine ulaşamamaktadırlar(11).

Jill ve arkadaşlarının çalışmasında, hem sirk çalışanları ve hemde GMTİ'nin göçebe yaşam tarzına sahip olmalarına rağmen YK sosyal alt grup puanı göçebe mevsimlik tarım işçisi çocuklarında daha düşük bulunmuştur. Muhtemel farklılığın sirk çalışanlarının çocuklarının halkla diyalogu daha fazla iken tarım işçilerinin çocuklarında bilinmeyen bir çevrede daha izole bir ortamda ve sadece birbirleri ile bağlarını sürdürmelerinden kaynaklandığı ileri sürülmektedir (150).

Yine çevresel ve mesleki etkilenimlerin bazı sağlık sorunlarını arttırdığı ve YK'ni olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Özellikle ekim işlerinde çalışmak ve her tip tütün yetiştiriciliği ciltle ilgili YK'ni olumsuz etkilemektedir. Tarım işçilerinin kendi bildirimlerini göre mantar

hastalıkları, döküntü ve kaşıntılı hastalıklar ile zehirli sarmaşık temasları ciltle ilgili yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Dermatolog tarafından konan tanılara göre inflamatuvar cilt hastalıkları 1.3 kat ve pigment artışı ile seyreden cilt hastalıkları 2.4 kat, tarlada geçirilen ilk yıl 2.3 kat, yüksek sıcaklık 2.0 kat ciltle ilgili YK'ni olumsuz etkilemektedir (151,152).

ABD'de tarım işçileri tüm endüstriyel sektörler arasında en yüksek cilt hastalığı görülme oranına sahiptir. 2003 yılında, tüm tarımsal üretim işçileri arasında cilt hastalığı morbiditesi 10.000'de 18.5 iken aynı hız tarlada çalışan işçiler arasında 10.000'de 31.5'dir (61). Pek çok cilt rahatsızlığının, kısa sürede iyileşebilir olmasına ve işçilerin genel sağlık durumu üzerinde küçük bir etkiye sahip olmalarına rağmen işçilerin YK üzerinde, çalışma yeteneğini, uykuyu, boş zaman faaliyetlerini kısıtlaması ve rahatsızlık vermesi nedeniyle önemli bir etkiye sahiptir(152).

Werlinger ve arkadaşlarının çalışmasında; Latin erkekler arasında Melasma yaygın çıkmıştır. Toplam görülme sıklığı Latin kadınlar arasında %8.8(153) iken erkeklerde bu oran %14.5'dir. Erkek nüfusu arasında yüksek yaygınlık gösteren melasmayla YK arasında makul bir ilişki vardır. Melasmanın varlığı Dermatolojik YK İndeksinde yüksek bir puana karşılık gelmekte ve zayıf bir YK'ne işaret etmektedir(154).

Yine Kuzey Karoline'de rastgele seçilen 45 tarım işçisi üzerinde yapılan bir çalışmada bu işçilerin %16'sında YK'ni etkileyen cilt rahatsızlıkları olduğu ortaya konulmuştur. Cilt durumunun YK üzerine etkisi küçük olmakla beraber bu çalışmada örneklem grubunun %15'inde klinik olarak anlamlı bir şekilde YK'ni etkilediği ortaya çıkmıştır(151).

Mevsimlik tarım işçileri ağız ve diş sağlığı hizmetlerine de ulaşmakta zorluklar yaşamaktadır. Quandt ve arkadaşlarının çalışmasında, çalışmaya katılanların sadece %21'i son bir yıl içinde hizmet aldığını, %52'si diş çürüğü ve %33'ü diş kaybı olduğunu belirtmektedir. Ağız-diş sağlığı problemi sayısındaki artışın YK'ni ve fiziksel YK'ni ciddi derecede etkilediği belirtilmektedir(155). Peridontal ve diş hastalıkları gibi ağız rahatsızlıkları son derece yaygındır. Bu hastalıkların sonuçları sadece fiziksel değil aynı zamanda ekonomik, sosyal ve psikolojiktir. Bunlar pek çok bireyin YK'ni oral fonksiyon, görünüm ve kişilerarası ilişkiler açısından önemli ölçüde etkilemektedir(156).

Sonuç olarak karşılanmamış sağlık ihtiyaçları tarım işçisi YK'ni olumsuz yönde etkilemektedir.

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma; kesitsel bir araştırmanın yürütüldüğü birinci adım ve üç grubun karşılaştırıldığı tanımlayıcı araştırmanın yürütüleceği ikinci adımdan oluşmuştur.

Birinci adımda yetişkin GMTİ'nin YK düzeyini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek için kesitsel bir araştırma yürütülmüştür. İkinci adım ise üç grubun karşılaştırıldığı bir tanımlayıcı araştırmadan oluşmaktadır.

#### **3.2.Araştırma Evreni**

Türkiye'de en sık tarım işçisi göçü olan şehirlerden biri Şanlıurfa'dır. Mevsimlik tarım işçileri Şanlıurfa İl Merkezinde yaşayanların % 22.4 (124.630) 'ünü, düşük sosyo-ekonomik düzeyli mahallelerde yaşayanların ise % 44.0'ını oluşturmaktadır. Şanlıurfa'da yaşayan 25-60 yaş grubu mevsimlik tarım işçisi erişkinler araştırmanın evrenini oluşturmuştur.



### **3.3.Araştırma Bölgesi**

Şanlıurfa kent merkezindeki Kıyas Sağlık Ocağı, Konuklu Sağlık Ocağı, Uğurlu Sağlık Ocağı'na bağlı tarım alanları ve Ertuğrul Gazi Sağlık Ocağı'na bağlı alanlar araştırma bölgesidir.

### **3.4. Araştırma Grupları**

**1. Grup, Göçebe Mevsimlik Tarım İşçileri (GMTİ),** Tarımda mevsimsel olarak istihdam edilmiş ve bu istihdam amaçlı geçici mesken kuran, bulunduğu il içinde ya da iller arasında iş amaçlı seyahat eden işçiler göçebe mevsimlik tarım işçisi olarak tanımlanmıştır.

**2. Grup, Köyde Yaşayan Çiftçiler ya da Tarım İşçileri (KÇ/Tİ),** Köyde yerleşik yaşayan, çalışan ve geceleri kendi evine dönen kendi tarlasını işleyen çiftçiler ile göçebe olmayan ücretli olarak çalışan tarım işçileridir.

**3. Grup, Tarım İşçisi Olmayanlar (TİO),** GMTİ'nin kent merkezlerinde sürekli yaşadıkları mahallelerde yaşayan ama tarım işçisi olmayanlardır.

### 3.5. Örneklem Büyüklüğü

Örnek büyüklüğü, bilinmeyen evren ve ortalama kullanılarak  $N = (t1-\alpha)^2(X)^2/S^2$  formülüne göre hesaplanmıştır. Her bir gruba alınacak örnek büyüklüğü beden alan puanı ortalama-standard sapması  $74.5+15.0$  alınarak 95 hesaplanmıştır (160). Ancak her grupta 100 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.

Ailede birden fazla 25 yaş üstü erişkin olması durumunda katılacak kişi Kish Metodu ile seçilmiştir.

KÇ/Tİ ve TİO grubun seçimi GMTİ grubu tamamlandıktan sonra yapılmıştır. KÇ/Tİ ve TİO grup GMTİ grubuna cinsiyet, yaş ve eğitim durumu yönünden benzer şekilde belirlenmiştir. Kişiler, seçilen sağlık ocağı bölgelerine bağlı köylerin ve mahallelerin ev halkı tespit fişlerinden (ETF) seçilecektir.

### 3.6. Ölçme Araçları

Araştırmada YK ölçmek için WHOQOL BREF TR ölçeği, ruhsal durum taramak için de Genel Sağlık Anketi (GSA) ve sosyo demografik değişkenleri belirlemek için yapılandırılmış anket kullanılmıştır. Görüşmeler yüz yüze uygulanmıştır. Her görüşmeciye ortalama 30-45 dakika ayrılmıştır.

Görüşmede dilden kaynaklı iletişim sorunları olduğunda aile fertlerinden Türkçe bilen birisinin yardımı istenmiştir.

### **3.6.1.Sosyo-Demografik Bilgi Formu**

Formda katılımcının durumu (GMTİ, KÇ/Tİ, TİO), yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, okula devam süresi, medeni durumu, ailedeki kişi sayısı, tarlada çalışma süresi, gelir düzeyi ve evde konuşulan dil biçimlerini gösteren sorular yer almaktadır.

### **3.6.2.WHOQOL BREF TR (WHOOQL – BREF; World Health Organization Quality Of Life Questionnaire Abbreviated Version)**

Dünya sağlık Örgütü'nün kişinin iyilik halini, öznel YK'ni tanımlama ve ölçme çabaları 1980'li yılların ortalarında başlamıştır. Çalışmaların başlangıcından itibaren çeşitli ülkelerden başlangıçta 15 merkezin katkısıyla çeşitli grupları karşılaştırılabilir kılacak bir aracın geliştirilmesi hedeflenmiş; bu amaçla önce kavramlar tanımlanmış, kalitatif pilot çalışmasıyla daha sonra YK'ni oluşturan kavramları çeşitli boyutlarıyla araştıran sorular oluşturulmuş, 2000 soruyu içeren havuzdan daha sonraki analizlerde 100 soru seçilmiş; çalışmaların sonucunda WHOQOL-100 ve WHOQOL- BREF adlı ölçekler ortaya çıkmıştır(129,157,158).

Bazı merkezler bu ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yaparken, bazıları bu aşamaları tamamlamış, ek modüller geliştirmekte, farklı gruplarda uygulamaktadır(158).

Ölçeğin 100 soruluk biçimi 20, kısa biçimi 30 dile çevrilmiştir(158).

**Tablo 1. WHOQOL-BREF'in Alan ve Bölümleri**

<b>Alan / Bölüm</b>	<b>Soru Sayısı</b>
<b>Bedensel Alan</b>	
Gündelik işleri yürütebilme	1
İlaçlara veya tedaviye bağımlılık	1
Canlılık ve bitkinlik	1
Hareketlilik	1
Ağrı ve rahatsızlık	1
Uyku ve dinlenme	1
Çalışabilme gücü	1
<b>Ruhsal Alan</b>	
Beden imgesi ve dış görünüş	1
Olumsuz duygular	1
Benlik saygısı	1
Olumlu duygular	1
Maneviyat, din, kişisel inançlar	1
Düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama	1
<b>Sosyal İlişkiler</b>	
Diğer kişilerle ilişkiler	1
Sosyal destek	1
Cinsel yaşam	1
<b>Çevre</b>	
Maddi kaynaklar	1
Fiziksel güvenlik ve emniyet	1
Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım: Ulaşılabilirlik ve nitelik	1
Ev ortamı	1
Yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları	1
Dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme	1
Fiziksel çevre ( Kirlilik/ gürültü/ trafik/ iklim )	1
Ulaşım	1
<b>Genel sorular</b>	<b>2</b>
<b>Toplam</b>	<b>26</b>

WHOQOL-100 YK'yle ilgili ayrıntılı bireysel değerlendirme olanağı sağlamakla birlikte, pratik kullanım için çok uzun olabilmektedir. YK değerlendirmesinin kısa formunun sağlanması amacıyla, WHOQOL-100 alan çalışması verileri kullanılarak WHOQOL- BREF versiyonu geliştirilmiştir (129,158,159).

18 ülkeden 20 alan çalışmasının verileri dikkate alınmış, böylece ikisi genel sorular olmak üzere dört alan içinde toplam 26 soru içeren ölçek geliştirilmiştir (157). İki genel sorudan biri,

bütün olarak sağlık puanını, diğeri bütün olarak YK puanını vermektedir. Sorular likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. WHOQOL-BREF'in ölçüt (criterion), kapsam (content), test tekrar test güvenilirliği ve 24 bölümün iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur. Bu ölçeğin SF-12 gibi bazı diğer YK ölçeklerine göre uzun sayılabileceği belirtilmiş, gerekirse belli alanların seçilerek kullanılabilmesi ancak YK'nin çok boyutlu bir kavram olduğu vurgulanmıştır (157).

### **WHOQOL 100 ve WHOQOL-BREF'de Ulusal Soruların Analizi**

Odak grup görüşmeleri sonunda pilot uygulamaya 5 ulusal soru alınmış, pilot uygulama sonunda bu beş sorudan sosyal baskı ile ilgili olanlar diğer bölümlerle yüksek korelasyon göstermemiş, bunların birleştirilmesiyle oluşturulan “sosyal baskı” bölümü Açıklayıcı (Exploratuvar) Faktör Analizinde bağımsız bir faktör oluşturmuştur (159). Bu bölüm diğer hiçbir alan içine girmemiş, bu nedenle bu üç soru “Sosyal Baskı Alanı” nı oluşturmuş ve WHOQOL 100 Türkçe versiyonunda ayrı bir Alan olarak önerilmiştir (158). WHOQOL-BREF (TR) ise “Sosyal Baskı Alanı” içindeki üç sorudan WHOQOL 100'de 102. soru olarak sorulan soru seçilerek dâhil edilmiştir (159). Bu sorunun kısa form için seçilmiş olmasının nedeni, diğer iki sorunun aksine bu sorunun multipl regresyon analizinde “Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesi”ni açıklamasıdır; böylelikle WHOQOL 100 (TR) 103 sorudan; WHOQOL-BREF(TR) ise genel sorular da dâhil edilince 27 sorudan oluşmuştur. WHOQOL-BREF(TR) Alan skor hesaplarında ise ulusal soru (27.soru), yapılan analizler sonucu en uygun bulunan “Çevre” alanı içinde değerlendirilmiştir (160).

## **WHOQOL-BREF(TR) Geçerlik Sonuçları**

### **Yapı Geçerliği**

Faktör analizi sonucu WHOQOL-BREF'in Global modeline olabildiğince yakın bir faktör dağılımı elde edilmiştir (160).

### **Eşzaman Geçerliği**

WHOQOL-BREF alan ve genel sağlık ve YK skoru (G1 ve G4 ) puan ortalamaları, ölçeği yanıtlayan kişilerin, öznel sağlık durumlarını tanımladıkları sorunun puanlarıyla (yanıtları: Çok kötü / kötü / orta / iyi / çok iyi ) karşılaştırılmıştır. Hastaların değerlendirdiği öznel sağlıklı puanları ile WHOQOL-BREF(TR)'nin alan puanlarının Person korelasyon katsayıları; Bedensel alan için 0.62; Ruhsal alan için 0.40; sosyal alan için 0.30; evre alanı için 0.25 olarak bulunmuştur (160).

### **Ayırt Edici geçerlik**

WHOQOL-BREF'in üç alanı (Bedensel, Ruhsal, Sosyal ) hasta ve sağlıklıları ayırt etme açısından istatistiksel yönden yeterli bulunurken evre alanının ayırt edici olmadığı görülmüştür. Ulusal soru da evre alanına eklenerek yapılan analizde de ayırt edicilik değişmemiştir. Global verilerde anlamlı olmasına karşılık en düşük anlamlılığa sahip alan burada olduğu gibi evre alanıdır. Hong Kong çalışmasında da evre alanının hasta ve sağlıklıları ayırt edici özelliğinin olmadığı belirlenmesinin, bu sonucun doğu toplumlarına özel bir sosyokültürel bir durum olabileceğini düşündürtüğu belirtilmiştir. Öte yandan evre faktörünün hasta ve sağlıklı bireylerin ayırt edilmesinde değil; evsizler, radyasyon gibi özgül risk ortamlarında yaşayanların YK'nde belirleyici olabileceği belirtilmiş; bu konunun

açıklığa kavuşturabilmesi için diğer toplumlarda WHOQOL çalışmaları yapılmasının ya da farklı çevre koşullarını paylaşan gruplarda ölçümlerin yinelenmesinin gerektiği vurgulanmıştır (160).

### **Alanların Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesini Açıklayabilmedeki Önemleri**

Her alanın, genel bölümdeki sorulardan ikisi, yani bir bütün olarak sağlık puanı ve bir bütün olarak YK puanları içinde gözlenen varyansını açıklamak üzere multipl lineer regresyon analizi yapılmış; WHOQOL-100 'ün genel bölüm puanları bağımlı değişken olarak kabul edildiğinde WHOQOL-BREF(TR)'deki dört alandan hepsinin belirgin düzeyde varyansa katkıda bulunduğu görülmüştür (160).

### **WHOQOL-BREF(TR) Güvenirlik Sonuçları**

#### **İç Tutarlılık**

Cronbach alfa değerleri, soru puanlarının alan puanları ile homojenitesini yansıtan değerler olarak tanımlandığında, WHOQOL-BREF(TR)'nin bölüm ve alanlarının iç tutarlılığı (Internal Consistency) oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur. Gerek hasta gerekse sağlıklı bireylerde en yüksek iç tutarlılık bedensel alanda (0.83 ve 0.79) en düşük iç tutarlılık ise sosyal alanda (her ikisinde de 0.53) bulunmuştur (160).

### **Test- Tekrar Test Güvenirliği**

45 sağlıklı üniversite öğrencisine ortalama üç hafta arayla yinelenen WHOQOL-BREF(TR) ölçümlerinin karşılaştırılması sonucu bulunan korelasyon katsayıları 0,57 ile 0,81 arasında değişmektedir. DSÖ'nde, WHOQOL-BREF(TR) için farklı ülkelerden toplanan global test-tekrar test verileri ile karşılaştırma yapıldığında; ölçenin iyi düzeyde test-tekrar test güvenirliği olduğu görülmektedir (160).

### **WHOQOL-BREF'in Yeterliliği**

WHOQOL-100'ün alan puanlarının, ilgili WHOQOL-BREF alan puanlarıyla korelasyon sonuçlarına bakıldığında korelasyon katsayılarının 0.82 (Bedensel alan) ile 0.92 (Çevre alanı) arasında değiştii görülmektedir. WHOQOL-BREF'in soru puanlarıyla, WHOQOL-100'ün ilgili bölüm puan ortalamalarının korelasyon katsayıları ise 0.52 (Fiziksel çevre) ile 0.90 (iş görebilme) arasında değiştii görülmektedir. Bu sonuçlara bakılarak araştırmalarda WHOQOL-BREF'in WHOQOL-100 yerine kullanılabileceği belirtilmektedir (160).

### **WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği**

DSÖ tarafından YK'nin değerlendirilebilmesi amacıyla geliştirilmiş bir anket formu olan WHOQOL-BREF ikisi genel sorular olmak üzere dört alan içinde toplam 26 soru içermektedir (158).



İki genel sorudan biri, bütün olarak sağlık puanını, diğeri bütün olarak YK puanını vermektedir. Alan puanları ise bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler ve çevre alanları üzerinden değerlendirilmektedir. Sorular likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. Ölçek Türkçeye çevrilerek geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır (160).

Geçerlilik güvenilirlik çalışması sonucu, hastaların değerlendirdiği öznel sağlıklılık puanları ile WHOQOL-BREF(TR)'nin alan puanlarının Pearson korelasyon katsayıları; Fiziksel Sağlık Alanı için 0,62; Psikolojik Sağlık Alanı için 0,40; Sosyal İlişkiler Alanı için 0,30; Çevre Alanı için 0,25 olarak bulunmuştur (160). Cronbach alfa değerleri, soru puanlarının alan puanları ile homojenitesini yansıtan değerler olarak tanımlandığında, WHOQOL-BREF(TR)'nin bölüm ve alanlarının iç tutarlılığı oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur. Gerek hasta gerekse sağlıklı bireylerde en yüksek iç tutarlılık Fiziksel Sağlık Alanında (0,83 ve 0,79) en düşük iç tutarlılık ise Sosyal İlişkiler Alanında (her ikisinde de 0,53) bulunmuştur. WHOQOL-100'ün alan puanlarının, ilgili WHOQOL-BREF alan puanlarıyla korelasyon sonuçlarına bakıldığında korelasyon katsayılarının 0,82 (Fiziksel Sağlık Alanı) ile 0,92 (Çevre alanı) arasında değiştiği görülmektedir. Bu sonuçlara bakılarak araştırmalarda WHOQOL-BREF'in WHOQOL-100 yerine kullanılabilceği belirtilmektedir (160).

### **WHOQOL-BREF Alan Puanlarının Hesaplanması**

WHOQOL-BREF kullanıcıları için hazırlanan yönergeler uyarınca; her alan için ham puanlar hesaplanmış, hesaplanan ham puanlar dönüştürülmüş puanlara çevrilmiştir (159).

Fiziksel sağlık alanı puanı için 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. sorular, psikolojik alan puanı için 5, 6, 7, 11, 19, 26. sorular, sosyal ilişkiler alan puanı için 20, 21, 22. sorular, çevre alanı puanı için ise 8, 9, 12, 13, 14, 24, 25. sorulardan alınan puanlar toplanarak ham puanlar elde edilmiştir (159). WHOQOL-BREF(TR)'de yer alan 3, 4, 26 ve 27. sorular olumsuz sorular olduğundan olumlu sorularla (diğer tüm sorularla) aynı yönde skor hesaplamak için bu sorular 6'dan çıkarılmış daha sonra diğer sorulardan alınan puanlarla birlikte toplanarak ham puan

hesaplanmıştır (159). Her alan için, alan skorunu hesaplamada kullanılan soru sayısının %20'sinden daha fazla sayıdaki soruyu yanıt vermeyenler o alan skoru için hesaplama dışı tutulmuştur. Dolayısıyla sosyal ilişkiler için 1, diğer alanlar için 1 ya da 2 soruyu yanıtı bırakarak da analize dâhil edilmiştir. Bu yapılırken boş sorulara, diğer sorulardan alınan puanların ortalaması değer olarak atanmıştır. Çevre alanı için ham skorlar hesaplanırken, geçerlik-güvenilirlik çalışması sonrasında ulusal soru olarak eklenen 27. soruya verilen yanıtlar dikkate alınarak elde edilen “kültüre standardize skor” elde edilmiştir (159).

Böylece her alan için elde edilen ham skorlar WHOQOL-BREF için ham skorları dönüştürülmüş skorlara çevirmek için rehber tablo aracılığı ile, 0 ile 100 aralığında değişen skaladaki “dönüştürülmüş skorlara” çevrilmiştir (159).

WHOQOL-BREF(TR)'de yer alan sağlığımızdan ne kadar hoşnutsunuz sorusu, çok hoşnut, epeyce hoşnut, ne hoşnut ne hoşnut değil yanıtları “iyi”; çok az hoşnut, hiç hoşnut değil “iyiden kötü” olarak kategorize edilerek dikotom bir değişken olarak algılanan sağlıkla ilgili analizlerde kullanılmıştır.

### **3.6.3.Genel Sağlık Anketi**

İkinci bölümde GSA kullanılmıştır. GSA ile örneğe çıkan erişkinlerin ruhsal durumunu taramak amaçlanmaktadır. Ülkemizde anketin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları iki farklı araştırma ile yapılmıştır (161,162).

GSA bir tanıya götürmez. Ancak sürekli gerilim, değersizlik hissi, intihar düşünceleri, keyifsizliğin genel bir ölçümünü yapar. Aslı 60 soruluk olan anketin, 30, 28, 20 ve 12 soruluk kısa formları kullanıldığında aslı kadar iyi sonuç alınan çalışmalar vardır. Zaman açısından kolaylık sağlaması nedeniyle en sık kullanılan formu 12 sorulu olandır. Her soru son birkaç haftadaki belirtileri sorgular ve dörder şıklıdır (“hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık”gibi). Çalışmamızda 12 soruluk GSA kullanılmıştır ve sonuçlar her bir yanıt seçeneğinin 0-1-2-3 şeklinde puanlandığı likert tipi puanlamayla değerlendirilecektir. Kısa, uygulanması kolay, pratik bir ölçek olup GSA 12 ve GSA 28'in ortak olarak geçerlilik

ve güvenilirliği yapılmıştır. GSA 12'in iç tutarlılığı 0.78, duyarlılığı 0.74, özgüllüğü 0.84'dür (162).

### **3.7.Araştırmanın Uygulaması**

Temmuz-Ağustos ayları arasında anketlerin ön alışması, Eylöl 2010 ve Ekim 2010 tarihleri arasında da saha çalışması yürütölmüştür. Tüm tarım alanları ziyaret edilerek mevsimlik tarım işçisi aileler tespit edildikten sonra, her aileden araştırmaya katılmayı kabul eden 25-60 yaş arası erişkinlerden birisi araştırmaya dâhil edilmiştir. Birden fazla erişkin olması durumunda araştırmaya katılacak kişi Kish Metodu ile seçilmiştir. Seçilen kişiyle yüz yüze görüşölmüştür. Her görüşmeciyeye ortalama 30-45 dakika zaman ayrılmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri**

- 1.Ruhsal alan
- 2.Sosyal alan
- 3.Sosyal alan
- 4.Çevresel -TR alan

## **Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri**

- 1.Katılımcının durumu
- 2.Cinsiyet
- 3.Yaş
- 4.Eğitim durumu
- 5.Okula devam süresi
- 6.Medeni durum
- 7.Hastalık durumu
- 8.Sağlıkla ilgili yolunda gitmeyen durum
- 9.Tarlada olma süresi
- 10.Konuşulan dil
- 11.Ailede kaç kişi yaşıyor
- 12.Sezondaki gelir düzeyleri
- 13.Asgari ücret açısından gelir düzeyleri

### **3.9.İstatistiksel Analiz**

Tanımlayıcı istatistiklerden ortalama, standart sapma ve yüzde hesaplanmıştır.

YK alan puanları değişkeni ortancaya göre düşük ve yüksek puanlı olarak gruplandırılarak kategorik hale getirilmiştir. Cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, hastalık durumu, aylık gelir, GSA puanı, Türkçe bilme, Kürtçe bilme, Arapça bilme değişkenlerinin YK alt alan puanlarına göre analizi ki kare testi ile yaş, tarlada kalma süresi, ailede yaşayan kişi sayısının YK alt alan puanlarına göre analizi Mann Whitney U testi ile YK alt alan puanlarına göre gruplar arasındaki farklılık ve yaş ve hanedeki kişi sayısına göre gruplar arasındaki farklılık Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir.

Her bir YK alt alanı için iki değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratan bağımsız değişkenlerle lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur.

Bu araştırmanın tüm istatistiksel analizleri “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS 11.5) paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

### **3.10. Tanımlar**

#### **Asgari Ücret**

01.01.2010-30.06.2010 tarihleri arasındaki aylık asgari ücreti belirtmektedir. 16 yaşından büyükler için net aylık asgari ücret 576,57 TL olarak alınmıştır (163).

#### **Hastalık Durumu**

Araştırma esnasında tanısı konulmuş akut ya da kronik herhangi bir hastalığı olup olmama durumu olarak tanımlanmıştır.

#### **Konuşulan Dil**

Arapça, Kürtçe ve Türkçe konuşabilme durumudur.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Cinsiyetin gruplara göre dağılımı tablo 2’de verilmiştir. Kadın cinsiyette olanlar % 58.0 ile %59.0 arasındadır. Cinsiyet açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $\chi^2=0.02$ ,  $P=0.98$ ).

**Tablo 2.Cinsiyetin gruplara göre dağılımı**

Cinsiyet	GMTİ		KÇ/Tİ		TİO		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Erkek	42	42.0	42	42.0	41	41.0	0.02	0.98
Kadın	58	58.0	58	58.0	59	59.0		
Toplam	100	100.0	100	100.0	100	100.0		

Öğrenim düzeyinin gruplara göre dağılımı tablo 3’de verilmiştir. Her üç grupta da ilkökul üzeri düzeyde okula devam edenler % 40.0 ile %50.0 arasındadır. Gruplar arasında öğrenim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $\chi^2=8.81$ ,  $P=0.18$ ).

**Tablo 3. Öğrenim düzeyinin gruplara göre dağılımı**

Eğitim	GMTİ		KÇ/Tİ		TİO		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Türkçe bilmiyor	12	12.0	12	12.0	11	11.0	8.81	0.18
Okuryazar değil	48	48.0	47	47.0	39	39.0		
İlkokul	38	38.0	38	38.0	40	40.0		
Ortaokul ve üstü	2	2.0	3	3.0	10	10.0		
Toplam	100	100.0	100	100.0	100	100.0		

Gruplara göre yaş ortalama-standart sapmaları tablo 4'te verilmiştir. Yaş ortalaması GMTİ'nde  $34.73 \pm 9.89$ , KÇ/Tİ'nde  $36.56 \pm 10.31$ , TİO'da  $35.60 \pm 9.01$  olarak bulunmuştur. Farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $\chi^2=2.10$ ,  $P=0.35$ ).

Gruplara göre ailede yaşayan kişilerin ortalama-standart sapmaları tablo 4'te verilmiştir. GMTİ'nde ailede yaşayan kişi sayısı  $8.04 \pm 3.36$ , KÇ/Tİ'nde ailede yaşayan kişi sayısı  $9.32 \pm 4.62$ , TİO'da ailede yaşayan kişi sayısı  $7.80 \pm 3.14$  olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $\chi^2=5.05$ ,  $P=0.08$ ). Farklılık KÇ/Tİ ve TİO'dan kaynaklanmaktadır.

**Tablo 4. Yaş ve hanedeki kişi sayısının gruplara göre ortalama-standart sapmaları**

	GMTİ		KÇ/Tİ		TİO		$\chi^2$ *	P
	Ort±ss**	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss				
Yaş	34.73±9.89	36.56±10.31	35.60±9.01	2.10	0.35			
Hanedeki kişi sayısı	8.04±3.36	9.32±4.62	7.80±3.14	5.05	0.08			

\*Kruskal-Wallis Test yapılmıştır

\*\*Ortalama-standart sapma

Grupların medeni durumlarına göre dağılımı tablo 5’de verilmiştir. Her üç grupta da evli olanlar % 72.0 ile %87.0 arasındadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır( $\chi^2=7.65$ , P=0.10).

**Tablo 5. Medeni durumun gruplara göre dağılımı**

Medeni durum	GMTİ		KÇ/Tİ		TİO		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Bekâr	21	21.0	15	15.0	8	8.0	7.65	0.10
Evli	72	72.0	80	80.0	87	87.0		
Boşanmış/ ölmüş	7	7.0	5	5.0	5	5.0		
Toplam	100	100.0	100	100.0	100	100.0		



Hastalık durumunun gruplara göre dağılımı tablo 6’da verilmiştir. Her üç grupta da hastalık varlığı %36.0 ile % 47.0 arasında değişmektedir. Gruplar arasında hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır(Ki kare=3.37, P=0.18).

**Tablo 6. Hastalık durumunun gruplara göre dağılımı**

Hastalık varlığı	GMTİ		KÇ/Tİ		TİO		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Evet	47	47.0	36	36.0	36	36.0	3.37	0.18
Hayır	53	53.0	64	64.0	64	64.0		
Toplam	100	100.0	100	100.0	100	100.0		

GMTİ’nin %12’si Türkçe bilmemektedir(Tablo3). Evde Türkçe konuşma durumunun gruplara göre dağılımı tablo 7’de verilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur( $\chi^2=14.47$ , P=0.00). TİO daha fazla Türkçe konuşmaktadır.

**Tablo 7. Evde Türkçe konuşma durumunun gruplara göre dağılımı**

Türkçe	GMTİ		KÇ/Tİ		TİO*		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Konuşuluyor	30	30.0	26	26.0	50	50.0	14.47	0.00
Konuşulmuyor	70	70.0	74	74.0	50	50.0		
Toplam	100	100.0	100	100.0	100	100.		

\* Fark yaratan grup

Evde Kürtçe konuşma durumunun gruplara göre dağılımı tablo 8’de verilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur( $\chi^2=54.26$ ,  $P=0.00$ ). GMTİ ve TİO daha fazla Kürtçe konuşmaktadır.

**Tablo 8. Evde Kürtçe konuşma durumunun gruplara göre dağılımı**

Kürtçe	GMTİ		KÇ/Tİ*		TİO		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Konuşuluyor	42	42.0	1	1.0	41	41.0	<b>54.26</b>	<b>0.00</b>
Konuşulmuyor	58	58.0	99	99.0	59	59.0		
Toplam	100	100.0	100	100.0	100	100.		

\* Fark yaratan grup

Evde Arapça konuşma durumunun gruplara göre dağılımı tablo 9’da verilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur( $\chi^2=26.35$ ,  $P=0.00$ ). KÇ/Tİ daha fazla Arapça konuşmaktadır.

**Tablo 9. Evde Arapça konuşma durumunun gruplara göre dağılımı**

Arapça	GMTİ		KÇ/Tİ*		TİO		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Konuşuluyor	58	58.0	84	84.0	51	51.0	<b>26.35</b>	<b>0.00</b>
Konuşulmuyor	42	42.0	16	16.0	49	49.0		
Toplam	100	100.0	100	100.0	100	100.		

\* Fark yaratan grup

Asgari ücrete göre aylık gelirlerin gruplara göre dağılımı tablo 10'da verilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur( $\chi^2=6.33$ ,  $P=0.04$ ). TİO'nun aylık geliri daha fazladır.

**Tablo 10. Asgari ücrete göre aylık gelirlerin gruplara göre dağılımı**

Aylık Gelir	GMTİ		KÇ/Tİ		TİO*		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Asgari ücretin üstünde	10	10.0	6	6.0	17	17.0	<b>6.33</b>	<b>0.04</b>
Asgari ücretin altında	90	90.0	94	94.0	83	83.0		
Toplam	100	100.0	100	100.0	100	100.		

\* Fark yaratan grup

Grupların ortalama GSA puanları ve standart sapmaları; GMTİ'nde  $4.8\pm 3.1$ , KÇ/Tİ'nde  $4.6\pm 4.0$  ve TİO'da  $3.5\pm 3.6$ 'dır.

Gruplara göre GSA puan durumu dağılımı tablo 11'de verilmiştir. GSA puan durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır( $\chi^2=16.40$ ,  $P=0.00$ ). GSA puanı, TİO'da daha az iken GMTİ ve KÇ/Tİ olanlarda daha fazla saptanmıştır.

**Tablo 11. Gruplara göre GSA puan durumunun dağılımı**

GSA Puanı	GMTİ		KÇ/Tİ		TİO*		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
$\leq 1$	26	26.0	39	39.0	54	54.0	<b>16.40</b>	<b>0.00</b>
$\geq 2$	74	74.0	61	61.0	46	46.0		
Toplam	100	100.0	100	100.0	100	100.		

\* Fark yaratan grup

## 4.2. Grupların Yaşam Kalitesi Puanları

Katılımcıların gruplara göre YK alt boyut puan ortalamaları ve standart sapmaları tablo 12’de verilmiştir.

Gruplar arasında bedensel alan YK düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır( $\chi^2=6.34$ ,  $P=0.04$ ). GMTİ’nde bedensel alan YK daha düşüktür.

Gruplar arasında ruhsal alan YK düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır( $\chi^2=8.72$ ,  $P=0.01$ ). GMTİ’nde ruhsal alan YK daha düşüktür.

Gruplar arasında sosyal alan YK düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır( $\chi^2=11.39$ ,  $P=0.01$ ). KÇTİ’nde sosyal alan YK daha düşüktür.

Gruplar arasında ulusal sorulu çevresel alan YK düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır(Ki kare=33.07,  $P=0.00$ ). Ulusal sorulu çevresel alan YK düzeyi KÇTİ’nden, TİO ve GMTİ’ne doğru giderek azalmaktadır.

**Tablo 12. Grupların alt alanları YK puanı ortalama ve standart sapmaları**

Alanlar	GMTİ	KÇ/Tİ	TİO	$\chi^2$ *	P
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Bedensel Alan	13.43±3.13	14.48±3.02	14.04±2.95	6.34	0.04
Ruhsal Alan	11.48±2.99	12.46±2.80	12.51±2.42	8.72	0.01
Sosyal Alan	14.04±3.26	12.87±3.13	14.28±2.89	11.39	0.01
Ulusal Çevresel Alan	10.30±2.51	12.29±2.24	11.59±2.26	33.07	0.00

\* Kruskal-Wallis Test yapılmıştır

### **4.3. Gcebe Mevsimlik Tarım İşçilerinde Yaşam Kalitesi alanlarının ikili analizlerle incelenmesi**

GMTİ'nin bazı özelliklerinin bedensel alan puanı durumuna göre dağılımları tablo 13,14 ve 21'de verilmiştir. Cinsiyet, ğrenim düzeyi, hastalık durumu, GSA puan durumu ve yaş açısından yüksek ve düşük bedensel alan puanı olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo13, Tablo 21). Ancak, medeni durum, Evde Türkçe konuşma, evde Kürtçe konuşma, evde Arapça konuşma, aylık gelir, tarlada kalma süresi ve ailede yaşayan kişi sayısı ile bedensel alan YK zerine etkisi gösterilmemiştir (Tablo13, Tablo14, Tablo 21).

**Tablo 13. GMTİ'nin bazı özelliklerinin bedensel alan puanı durumuna göre dağılımı**

Özellik	Yüksek Puanlı		Düşük Puanlı		$\chi^2$	P	KOR*	%95 GA**
	Sayı	%	Sayı	%				
Cinsiyet								
Erkek	27	64.3	15	35.7	<b>12.91</b>	<b>0.00</b>	2.37	1.47-3.81
Kadın	16	27.6	42	72.4				
Öğrenim Düzeyi								
İlkokul üstü	27	67.5	13	32.5	<b>19.09</b>	<b>0.00</b>	2.60	1.62-4.17
İlkokul altı	16	26.7	44	73.3				
Medeni Durum								
Bekâr	12	57.1	9	42.9	10.31	0.28	2.07	1.05-4.10
Evli	29	40.3	43	59.7				
Boşanmış/Ölmüş	2	28.6	5	71.4				
Hastalık Durumu								
Evet	5	10.6	42	89.4	<b>95.90</b>	<b>0.00</b>	14.15	7.95-25.16
Hayır	38	71.7	15	28.3				
Aylık Gelir								
Asgari Ücretin Üstünde	4	40.0	6	60.0	0.26	1.00	1.21	0.58-2.51
Asgari Ücretin Altında	39	43.3	51	56.7				
GSA puanı								
$\geq 2$	90	75.6	29	24.4	<b>39.26</b>	<b>0.00</b>	4.92	2.94-8.23
$\leq 1$	70	38.7	111	61.3				

\*Kaba odds ratio

\*\*%95 güven aralığı

**Tablo 14. GMTİ'nin bazı özelliklerinin bedensel alan puan durumuna göre dağılımı**

Özellik	Yüksek Puanlı		Düşük Puanlı		$\chi^2$	P	KOR	%95 GA
	Sayı	%	Sayı	%				
Evde Türkçe Konuşma								
Konuşuluyor	9	30.0	21	70.0	0.37	0.13	0.86	0.53-1.38
Konuşulmuyor	34	48.6	36	51.4				
Evde Kürtçe Konuşma								
Konuşuluyor	19	45.2	23	54.8	1.52	0.85	0.72	0.43-1.20
Konuşulmuyor	24	41.4	34	58.6				
Arapça Konuşma								
Konuşuluyor	26	44.8	32	55.2	0.06	0.81	1.06	0.66-1.70
Konuşulmuyor	17	40.5	25	59.5				

GMTİ'nin bazı özelliklerinin ruhsal alan puanı durumuna göre dağılımları tablo 15,16 ve 21'de verilmiştir. Öğrenim düzeyi, hastalık durumu ve GSA puan durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo15 ve 21). Ancak, cinsiyet, medeni durum, Evde Türkçe konuşma, Evde Kürtçe konuşma, Evde Arapça konuşma, aylık gelir, yaş, ailede yaşayan kişi sayısı ve tarlada kalma süresi ruhsal alan YK üzerine etkisi gösterilmemiştir (Tablo15, 16, ve 21).

**Tablo 15. GMTİ'nin bazı özellikleri ile ruhsal alan puanlarının karşılaştırılması**

Özellik	Yüksek Puanlı		Düşük Puanlı		$\chi^2$	P	KOR	%95GA
	Sayı	%	Sayı	%				
Cinsiyet								
Erkek	25	59.5	17	40.5	8.21	0.05	2.03	1.24-3.31
Kadın	22	37.9	36	62.1				
Öğrenim Düzeyi								
İlkokul üstü	27	67.5	13	32.5	<b>20.15</b>	<b>0.00</b>	2.46	1.50-4.02
İlkokul altı	20	33.3	40	66.7				
Medeni Durum								
Bekâr	11	52.4	10	47.6	11.48	0.19	1.57	0.78-3.16
Evli	35	48.6	37	51.4				
Boşanmış/Ölmüş	1	14.3	6	85.7				
Hastalık Durumu								
Evet	13	27.7	34	72.3	<b>44.03</b>	<b>0.00</b>	<b>5.25</b>	3.16-8.70
Hayır	34	64.2	19	35.8				
Aylık Gelir								
Asgari Ücretin Üstünde	3	30.0	7	70.0	1.91	0.32	1.75	0.78-3.92
Asgari Ücretin Altında	44	48.9	46	51.1				
GSA puanı								
$\geq 2$	102	85.7	17	14.3	<b>48.09</b>	<b>0.00</b>	7.08	3.92-12.79
$\leq 1$	83	45.9	98	54.1				



**Tablo 16. GMTİ'nin bazı özellikleri ile ruhsal alan puanlarının karşılaştırılması**

Özellik	Yüksek Puanlı		Düşük Puanlı		$\chi^2$	P	KOR	%95GA
	Sayı	%	Sayı	%				
Evde Türkçe Konuşma								
Konuşuluyor	18	60.0	12	40.0	4.58	0.13	1.72	1.04-2.85
Konuşulmuyor	29	41.4	41	58.6				
Evde Kürtçe Konuşma								
Konuşuluyor	20	47.6	22	52.4	0.22	1.00	0.88	0.52-1.47
Konuşulmuyor	27	46.6	31	53.4				
Evde Arapça Konuşma								
Konuşuluyor	25	43.1	33	56.9	2.21	0.47	0.68	0.41-1.12
Konuşulmuyor	22	52.4	20	47.6				

GMTİ'nin bazı özelliklerinin sosyal alan puanı durumuna göre dağılımları tablo 17,18 21'de verilmiştir. Tarlada kalma süresi ve GSA puan durumu arasında yüksek ve düşük bedensel alan puanı olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 17, 21). Ancak, medeni durum, cinsiyet, öğrenim düzeyi, hastalık durumu, yaş, Evde Türkçe konuşuluyor, Evde Kürtçe konuşuluyor, Evde Arapça konuşuluyor, aylık gelir ve ailede yaşayan kişi sayısı ile sosyal alan YK üzerine etkisi gösterilmemiştir (Tablo17, 18 ve 21).

**Tablo 17. GMTİ'nin bazı özellikleri ile sosyal alan puanlarının karşılaştırılması**

Özellik	Yüksek Puanlı		Düşük Puanlı		$\chi^2$	P	KOR	%95GA
	Sayı	%	Sayı	%				
Cinsiyet								
Erkek	23	54.8	19	45.2	3.50	0.43	1.55	0.97-2.46
Kadın	26	44.8	32	55.2				
Öğrenim Düzeyi								
İlkokul üstü	22	55.0	18	45.0	9.77	0.43	1.83	1.15-2.91
İlkokul altı	27	45.0	33	55.0				
Medeni Durum								
Bekâr	14	66.7	7	33.3	5.56	0.13	1.68	0.88-3.23
Evli	33	45.8	39	54.2				
Boşanmış/Ölmüş	2	28.6	5	71.4				
Hastalık Durumu								
Evet	18	38.3	29	61.7	18.26	0.06	2.83	1.74-4.59
Hayır	31	58.5	22	41.5				
Aylık Gelir								
Asgari Ücretin Üstünde	2	20.0	8	80.0	0.00	0.09	1.02	0.49-2.10
Asgari Ücretin Altında	47	52.2	43	47.8				
GSA puanı								
$\geq 2$	80	67.2	39	32.8	<b>29.11</b>	<b>0.00</b>	3.75	2.29-6.11
$\leq 1$	64	35.4	117	64.6				

**Tablo 18. GMTİ'nin bazı özellikleri ile sosyal alan puanlarının karşılaştırılması**

Özellik	Yüksek Puanlı		Düşük Puanlı		$\chi^2$	P	KOR	%95GA
	Sayı	%	Sayı	%				
Evde Türkçe Konuşma								
Konuşuluyor	19	63.3	11	36.7	8.55	0.09	2.04	1.26-3.30
Konuşulmuyor	30	42.9	40	57.1				
Evde Kürtçe Konuşma								
Konuşuluyor	21	50.0	21	50.0	0.18	1.00	1.11	0.67-1.85
Konuşulmuyor	28	48.3	30	51.7				
Evde Arapça Konuşma								
Konuşuluyor	29	50.0	29	50.0	0.76	0.97	0.80	0.50-1.29
Konuşulmuyor	20	47.6	22	52.4				

GMTİ'nin bazı özelliklerinin ulusal çevresel alan puanı durumuna göre dağılımları tablo 19, 20 ve 21'de verilmiştir. Cinsiyet, öğrenim düzeyi, hastalık durumu, GSA puan durumu ve Evde Kürtçe konuşma açısından yüksek ve düşük ulusal çevresel alan puanı olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 19 ve 21). Ancak, medeni durum, hastalık durumu, yaş, Evde Türkçe konuşma, Evde Arapça konuşma, aylık gelir, ailede yaşayan kişi sayısı ve tarlada kalma süresi ile ulusal çevresel alan YK üzerine etkisi gösterilmemiştir (Tablo 19, 20 ve 21).

**Tablo 19. GMTİ'nin bazı özellikleri ile ulusal çevresel alan puanlarının karşılaştırılması**

Özellik	Yüksek Puanlı		Düşük Puanlı		$\chi^2$	P	KOR	%95GGA
	Sayı	%	Sayı	%				
Cinsiyet								
Erkek	26	61.9	16	38.1	<b>10.37</b>	<b>0.00</b>	2.27	1.37-3.76
Kadın	17	29.3	41	70.7				
Öğrenim Düzeyi								
İlkokul üstü	27	67.5	13	32.5	<b>11.26</b>	<b>0.00</b>	2.41	1.46-3.97
İlkokul altı	16	26.7	44	73.3				
Medeni Durum								
Bekâr	8	38.1	13	61.9	0.19	0.21	0.84	0.43-1.63
Evli	34	47.2	38	52.8				
Boşanmış/Ölmüş	1	14.3	6	85.7				
Hastalık Durumu								
Evet	9	19.1	38	80.9	<b>21.82</b>	<b>0.00</b>	3.17	1.94-5.20
Hayır	34	64.2	19	35.8				
Aylık Gelir								
Asgari Ücretin Üstünde	5	50.0	5	50.0	3.22	0.74	2.18	0.91-5.22
Asgari Ücretin Altında	38	42.2	52	57.8				
GSA puanı								
$\geq 2$	97	81.5	22	18.5	<b>24.41</b>	<b>0.00</b>	3.81	2.20-6.60
$\leq 1$	97	53.6	84	46.4				

**Tablo 20. GMTİ'nin bazı özellikleri ile ulusal çevresel alan puanlarının karşılaştırılması**

Özellik	Yüksek Puanlı		Düşük Puanlı		$\chi^2$	P	KOR	%95GA
	Sayı	%	Sayı	%				
Evde Türkçe Konuşma								
Konuşuluyor	14	46.7	16	53.3	0.13	0.79	1.09	0.66-1.80
Konuşulmuyor	29	41.4	41	58.6				
Evde Kürtçe Konuşma								
Konuşuluyor	24	57.1	18	42.9	<b>0.51</b>	<b>0.02</b>	1.21	0.71-2.07
Konuşulmuyor	19	32.8	39	67.2				
Evde Arapça Konuşma								
Konuşuluyor	20	34.5	38	65.5	2.93	0.06	0.64	0.38-1.06
Konuşulmuyor	23	54.8	19	45.2				

**Tablo 21. GMTİ'nin bazı özellik ortalamalarının YK alt alanlara göre dağılımı**

Alanlar		Yaş			Tarlada kalma süresi			Ailede yaşayan kişi sayısı		
		Ort-ss	M-W U	P	Ort-ss	M-W U	P	Ort-ss	M-W U	P
Bedensel Alan	Yüksek Puanlı	31.88±9.03			9.49±7.82			7.67±3.14		
	Düşük Puanlı	36.88±10.04	<b>801.50</b>	<b>0.00</b>		1162.00	0.88		1135.00	0.52
Ruhsal Alan	Yüksek Puanlı	33.19±8.79			9.09±7.88			8.26±3.36		
	Düşük Puanlı	36.09±10.67	1027.50	0.12		1179.00	0.88		1135.00	0.44
Sosyal Alan	Yüksek Puanlı	33.18±9.58			6.37±5.31			8.57±3.23		
	Düşük Puanlı	36.22±10.05	<b>976.50</b>	<b>0.05</b>		<b>1179.00</b>	<b>0.00</b>		1135.00	0.05
Çevresel Alan-TR	Yüksek Puanlı	33.49±9.73			9.07±7.72			8.00±2.84		
	Düşük Puanlı	35.67±9.99	1016.50	0.14		1137.00	0.74		1198.00	0.84

Ort-ss= ortalama ± standart sapma

#### **4.4.Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinde Yaşam Kalitesi Alt alanlarını Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Birlikte Değerlendirilmesi**

GMTİ'nin YK alt alanlarını etkileyen ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren değişkenlerinden oluşturulan lojistik regresyon modeli tablo 22 ve 23' de gösterilmiştir.

**Tablo 22. YK Bedensel, Ruhsal, Sosyal alanlarına göre oluşturulan lojistik regresyon modellerinde kullanılan değişkenler**

<b>Değişken</b>			<b>Tipi</b>
<b>Bedensel Alan</b>			
Cinsiyet	Erkek	Referans	Dummy
	Kadın		
Hastalık durumu	Normal	Referans	Dummy
	Hasta		
Yaş			Sürekli
GSA puanı	$\geq 2$	Referans	Dummy
	$\leq 1$		
<b>Ruhsal Alan</b>			
Hastalık durumu	Normal	Referans	Dummy
	Hasta		
GSA puanı	$\geq 2$	Referans	Dummy
	$\leq 1$		
<b>Sosyal Alan</b>			
Tarlada kalma süresi			Sürekli
GSA puanı	$\geq 2$	Referans	Dummy
	$\leq 1$		

**Tablo 23. YK Ulusal Çevresel alanlarına göre oluşturulan lojistik regresyon modellerinde kullanılan değişkenler**

---

<b>Ulusal Çevresel Alan</b>			
Hastalık durumu	Normal	Referans	Dummy
	Hasta		
GSA puanı	$\geq 2$	Referans	Dummy
	$\leq 1$		

---

YK alanlarına göre lojistik regresyon modelinin analiz sonuçları tablo 24' de verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre;

- YK bedensel alanını kadın cinsiyette olmak 2.09 kat, hasta olmak 10.43 kat, yaş artışı 1.05 kat ve GSA puanı  $\geq 2$  olması 4.72 kat olumsuz yönde etkilemektedir.
- YK ruhsal alanını hasta olmak 4.69 kat ve GSA puanı  $\geq 2$  olması 6.44 kat olumsuz yönde etkilemektedir
- YK sosyal alanını tarlada kalma süresinin uzaması 1.08 kat ve GSA puanı  $\geq 2$  olması 2.33 kat olumsuz yönde etkilemektedir.
- YK ulusal çevresel alanını hasta olmak 2.89 kat ve GSA puanı  $\geq 2$  olması 3.31 kat olumsuz etkilemektedir.



**Tablo 24. Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları**

Değişken	Regresyon	Standart	P	Odds	Güven
	Katsayısı	Hata		Oranı	Aralığı
<b>Bedensel Alan Modeli</b>					
Cinsiyet(Kadın)	0.69	0.35	<b>0.04</b>	<b>2.09</b>	1.01-4.00
Hastalık durumu(Hasta)	2.34	0.30	<b>0.00</b>	<b>10.43</b>	5.74-18.97
Yaş	0.05	0.01	<b>0.00</b>	<b>1.05</b>	5.74-18.97
GSA puanı $\geq 2$ olması	1.55	0.32	<b>0.00</b>	<b>4.72</b>	2.50-8.91
<b>Ruhsal Alan Modeli</b>					
Hastalık durumu(Hasta)	1.54	0.26	<b>0.00</b>	<b>4.69</b>	2.80-7.85
GSA puanı $\geq 2$ olması	1.86	0.31	<b>0.00</b>	<b>6.44</b>	3.45-11.99
<b>Sosyal Alan Modeli</b>					
Tarlada kalma süresi	0.08	0.03	<b>0.00</b>	<b>1.08</b>	1.02-1.15
GSA puanı $\geq 2$ olması	0.84	0.41	<b>0.04</b>	<b>2.33</b>	1.03-5.27
<b>Ulusal Çevresel Alan Modeli</b>					
Hastalık durumu(Hasta)	1.06	0.26	<b>0.00</b>	<b>2.89</b>	1.73-4.82
GSA puanı $\geq 2$ olması	1.19	0.28	<b>0.00</b>	<b>3.31</b>	1.88-5.80

## 5. TARTIŞMA

### 5.1.Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya katılan GMTİ'nin % 58.0' nı kadınlar oluşturmaktadır. 2005 yılı TÜİK Hane Halkı İşgücü anketi sonuçlarına göre de kadın nüfusun da %51.6'sı tarım kesiminde çalışmaktadır(1). Amerika Birleşik Devletlerinde, Ulusal Tarım İşçileri Veritabanı sonuçlarında(%56.7'si) ve Snipes ve arkadaşlarının çalışmasında(%79.8) kadın işçilerin çoğunlukta olduğu gösterilmiştir(164,165).

Kadın işgücünün önemli bir kısmı tarımsal alanda istihdam edilmektedir

Araştırmaya katılan GMTİ'nin %60.0'ı okula hiç gitmemiş ve ancak % 38.0'ı ilkokulu tamamlayabilmiştir. Bu sonuç TUİK 2009 verilerinde belirtilen okuma yazma bilmeyenlerin oluşturduğu %8.6 değerine göre çok yüksek bulunmuştur. Öğrenim durumundaki bu kötü tablo GMTİ ile yapılan diğer araştırmalarla da ortaya koyulmuştur. Eğitim-Sen tarafından yapılan bir araştırmada tarım işçilerin %65'inin hiç eğitim görmediği, Havlioğlu'nun ergenlerde yaptığı araştırmada ise %39.4'ünün ilkokulu dahi tamamlamadığı ve %58.1'inin ise halen herhangi bir okula devam etmediği belirtilmektedir (46,166).

Çocukluk döneminde tarlalarda olan bu çocuklar öğrenimlerini sürdürememekte ve tüm yaşamları boyunca da bu sonuçtan etkilenmektedirler. Tarımsal faaliyetlerin yoğun olduğu aylar genellikle okul eğitiminin de devam ettiği dönemle çakışmaktadır. Bu nedenle tarım işlerinde çalışan işçiler ve çocukları okul ve iş arasında tercih yapmak zorunda kalmaktadırlar. Bu tercih genellikle çalışmadan yana olmaktadır. Tarım işçisi aileler, çoğunlukla çocuklarını da beraber çalışma yerine götürdüklerinden, çocuklarının eğitim görme şansları azalmaktadır. Bu bir kısır döngü olarak sürüp gitmektedir (26). Yine ABD'deki araştırmalarda da bu

araştırmanın bulgularına benzer şekilde göçmen tarım işçilerinin eğitim düzeyi düşük bulunmuştur (47,29).

Araştırmaya katılan GMTİ'nin yaş ortalaması 35'dir.

Benzer olarak Türkiye'de ve ABD'de yapılan araştırmalarda da GMTİ'nin yaşlarını 27 ile 36 yaş arasında değişen genç erişkin insanlardan oluştuğu belirtilmektedir. Muhtemelen yapılan işin koşullarının ağır olmasına bağlı olarak genç erişkin nüfus daha fazla bu işlerde istihdam edilmektedir (39,155,167,164).

Nitekim genç olmalarına rağmen muhtemelen çalışma koşullarının ağır olmasına, ekonomik ve sosyal nedenlere de bağlı olarak yaralanmalar, tüberküloz, psikiyatrik hastalıklar, solunum yolu hastalıkları, ülserler, hipertansiyon ve bazı paraziter hastalıkların neden olduğu mortalite hızları daha yüksektir (52).

Araştırmaya katılan GMTİ'nin ailelerinde yaşayan kişi sayısı ortalama 8'dir. Bu değer, TNSA 2008 sonuçlarında kırsal kesimde yaşayanlar için belirtilen 4.2'den çok daha fazla bulunmuştur (168). Öğrenim durumunun bu kadar düşük olduğu bir toplumda doğurganlığın bu kadar yüksek olması ise beklenen bir durumdur (39). Hane halkının büyük olması, parasal ve diğer kaynaklardan hane halkı üyelerine düşün payı azaltmakta sağlık başta olmak üzere yaşam koşullarını da olumsuz etkilemektedir (168). Bu sonuca göre hane halkı üyelerinin genel refah düzeyinin olumsuz etkileneceğini söylemek mümkündür. Özellikle tarım alanlarında kalabalık ailelerin dar bir barınma ortamında yaşamak zorunda kalmaları da bireylerin hem asgari sosyal konfor koşullarını ortadan kaldırmakta, hem de ebeveynlerin biyolojik görev ve rollerini yerine getirmeleri açısından zorluklara neden olmaktadır (168,169).

Araştırmaya katılan GMTİ'nin %87'si evlidir. GMTİ'nin çoğunluğu gibi tarım alanlarına aileleri ile birlikte gitmektedir. ABD'de yapılan araştırmalarda göçmen tarım işçilerinin %52-78'nin evli ve %63-66'sının çocukları ile birlikte hareket ettikleri belirtilmektedir. Her yıl 500.000 çocuğun aileleri ile birlikte göç ettiği tahmin edilmektedir (33,31,155,23).

Bu durum özellikle çocuklar açısından pek çok olumsuzluğu birlikte getirmesine rağmen aile desteğinin sürmesi açısından ise önemlidir. ABD'de yapılan bir araştırmada aile desteği

olmayan yalnız erkek tarım işçileri arasında riskli seksüel davranışların, depresyonun yüksek olarak saptandığı belirtilmektedir (94).

Araştırmaya katılan GMTİ'nin %47'sinde kronik ya da akut herhangi bir hastalık varlığı söz konusudur. Bu durum yetersiz ve dengesiz beslenme, sağlıksız yerleşim alanlarının olması, eğitimsizlik, yoksulluk, öz bakım sorumluluğunun olmaması, ulaşım engelleri gibi pek çok nedenden kaynaklanabilmektedir. ABD'de göçmen tarım işçilerini kendilerinin yararlanabilecekleri sağlık programları hakkında bilgili olmadıkları belirtilmektedir (30).

Thomas ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada da tarım işçilerinin kronik hastalık riskinin yüksek olduğu, erkeklerin % 81'i kadınların ise %76'sının çok kilolu veya obez olduğu bulunmuştur. Yüksek tansiyon sıklığı da 20-44 yaş arası kadın ve erkeklerde özellikle ABD nüfusuna oranla daha fazla bulunmuştur (31).

Bulaşıcı hastalıklar da tarım işçileri için önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Tarım işçilerinin tüberküloz gelişme riski açısından diğer işçilerden altı kat daha risk altında olduğu tahmin edilmektedir (101). ABD genelinde yapılan çalışmalar tüberküloz testi pozitif çıkanların % 17 ve % 50 arasında olduğunu (31).

Araştırmaya katılan GMTİ'nin %74'ünde GSA puanı  $\geq 2$ 'dir. Tarım işçilerinin çalışma koşulları ve yaşam koşullarının stres oluşturduğu ve buna bağlı olarak ruh sağlığı üzerine yapılan araştırmalar da anksiyete oranı %30 (87,88) ve depresyon oranı da %40 bulunmuştur.

Araştırmaya katılan GMTİ erişkinlerin ailelerinin % 90.0' u asgari ücretin altında gelire sahiptir. Türk İş tarafından yapılan "Dört Kişilik Ailenin Aylık Gıda Harcaması (Açlık Sınırı)" araştırması Nisan 2011 sonuçlarına göre; Türkiye'deki dört kişilik bir ailenin sağlıklı, dengeli ve yeterli beslenebilmesi için yapılması gereken gıda harcaması tutarı (açlık sınırı) 870,6 TL ile asgari ücretin dahi üzerindedir ve gıda harcamasının yanı sıra giyim, konut (kira, elektrik, su, yakıt), ulaşım, eğitim, sağlık ve benzeri ihtiyaçlar için yapılması zorunlu diğer harcamalarla birlikte toplam harcama tutarı (yoksulluk sınırı) ise 2835,8 TL olarak belirtilmektedir. Dolayısıyla Türk-İş araştırma sonuçlarına göre göçebe tarım işçilerinin çoğu açlık ve yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır (170). Bu araştırma sonuçlarına uyumlu olarak Ulusal İş Güvenliği ve Sağlık Enstitüsü (National Institute For Occupational Safety

and Health NIOSH) verilerine göre, ABD’de yoksulluk seviyesinin altında yaşayan tarım işçilerinin sayısı 1990 yılında %50 iken 1995 yılında %61’e yükselmiştir. (NIOSH,1998) Aile başına yıllık ortalama gelir 7.500 ila 9.999 dolar arasındadır (27). Bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde farklı ülkelerde de yoksulluk göçebe tarım işçilerinin çok büyük bir sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

GMTİ’nin %12’si Türkçe bilmemelerine rağmen evde yaşayan diğer aile fertlerine bağlı olarak evde Türkçe konuşma oranı %30’dur. Konuşulan diller ayrı ayrı değerlendirildiğinde araştırmaya katılan GMTİ’nin %42.0’si Kürtçe, %58.0’i Arapça ve %30.0’da evde Türkçe konuşmaktadır. Ülkemizde sayıları net olarak bilinmemekle birlikte GMTİ’nin genellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu illerinden geldiği belirtilmektedir (5). Dolayısı ile bu sonuç beklendiği gibidir. Türkiye’de GMTİ’nin %70’i Türkçe dışında bir dil konuşsa da diğer ülkelerdekinden farklı olarak ülke vatandaşlarıdır. Konuşulan dil farklılıkları göçmen tarım işçilerinde de ortaya konmuştur. Kuzey Batı Michigan’da yapılan araştırmada incelenen tarım işçilerinin %79’u ilk dillerini İspanyolca, %20’si de İngilizce olarak ifade etmişlerdir. Resmi dilden farklı dil ile konuşmanın Tarım işçileri için sağlık hizmetlerine ulaşmada çeşitli engellerle karşılaşmaya neden olduğu belirtilmektedir (29,37).

## **5.2.Göçebe Tarım İşçisi Erişkinlerde Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları**

Araştırmaya alınan tüm gruplar birlikte değerlendirildiğinde, GMTİ’nde bedensel, ruhsal ve ulusal çevresel alanların puan ortalamaları diğer iki gruptan, sosyal alan puanı sadece TİO’dan daha düşük bulunmuştur. GMTİ’nin YK, benzer çalışma ortamında buldukları KÇ/Tİ’nden ve kalıcı adreslerinin bulunduğu mahallelerdeki TİO’dan daha düşüktür. Bir çalışma ve yaşam biçimi olarak göçebe mevsimlik tarım işçiliği, tarım işçilerinin YK’ni düşürmektedir. Nitekim üç grup karşılaştırmalarında da GMTİ ve KÇ/Tİ’nin gelirinin daha düşük olduğu, ruhsal sorunlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Muhtemelen buldukları ortamlarındaki izole yaşamlarından dolayı GMTİ ve KÇ/Tİ grubu daha az Türkçe bilirken daha fazla Arapça ve Kürtçe konuşmaktadır.

Kadın cinsiyette olmak, GMTİ'nin bedensel alan puanını 2 kat daha fazla olumsuz etkilemektedir. Benzer şekilde Manisa'da çıraklık eğitim merkezinde ergenler üzerinde yapılan ve Jamaikalı gençlerde yapılan araştırmalarda kız cinsiyetinde olanların YK'nin olumsuz etkilediği gösterilmiştir (171,172,173).

Eğitim başta olmak üzere kadınların pek çok temel haklardan yararlanamaması ve kadının statüsünün yükseltilmesine yönelik ciddi sorunlarla karşılaşması bu sonucun muhtemel nedenidir. Cinsiyetler arası gözlenen bu farklılık erkek ve kızlara yüklenen toplumsal rollerle ilişkilidir. Çünkü göçebe mevsimlik tarım işçisi ergenlerde kızların yaptıkları ev işleri genellikle iş olarak görülmemekte, erkekler tarla işleri bittikten sonra dinlenirken, kızlar tarlada çalışmanın dışında evde kendinden küçük kardeşlerine bakma, yemek pişirme, temizlik yapma, çamaşır ve bulaşık yıkama, su taşıma gibi görevleri de üstlenmektedirler. Zaten uzun ve yorucu olan çalışma saatlerinin üstüne ev işleri de eklenen kızların yaşam kaliteleri düşmektedir (174). DSÖ'nün araştırmasında, Manisa'da yatan hastalarda ve sağlık personeline yapılan çalışmalarda bedensel ve ruhsal alan puanları erkeklerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (121,175-179).

Yaş artışı GMTİ erişkinlerde bedensel alan puanını 1.05 kat olumsuz etkilemektedir. Benzer bir şekilde Skevington ve Arslantaş tarafından yapılan araştırmalarda yaşın artmasıyla birlikte tüm alan puan ortalamalarının azaldığını ve en büyük değişiminde bedensel alanda gerçekleştiğini bildirmişlerdir (180,181).

Yine Turgul, İzmir'de yaş arttıkça sosyal alan hariç YK puan ortalamalarının azaldığını belirtmiştir (182). Muhtemelen, yaşın ilerlemesiyle birlikte organizmada bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Tüm sistemlerdeki değişim sonucu hastalıkların görülme sıklığı artmakta ve kronikleşen hastalıklar kişilerin beden yapısında bozulmaya neden olmaktadır. Fonksiyonel bozukluk, yetersizlik ve sakatlıklar sonrasında bireyin YK bozulmaktadır.

Bu araştırmada GMTİ'nde herhangi bir hastalık varlığı bedensel alan puanını 10.4 kat, ruhsal alan puanını 4.7 kat ve ulusal çevresel alan puanını 2.9 kat olumsuz etkilemektedir. Yapılan benzer bir araştırmada Arslantaş ve arkadaşları YK'nin pek çok değişkenden etkilense bile en çok etkilendiği değişkenin hastalık varlığı olduğunu belirtmiştir. Yine aynı araştırmaya göre tüm alt alanları etkileyen tek değişkenin kişilerin sağlık durumu olduğu belirtilmektedir. Çok zor etkilenen sosyal alan dahi hastalık varlığından etkilenmekte ve YK

bozulmaktadır (181). Benzer olarak, Kore’de yapılan bir çalışmada, hastalık varlığının daha kötü bir YK’ni ifade ettiği belirtilmektedir (183).

GSA puanı  $\geq 2$  olması GMTİ’nde YK’nin tüm alt alanlarını etkileyen tek değişkendir. Bedensel alan puanını 4.7 kat, ruhsal alan puanını 6.4 kat, sosyal alan puanını 2.3 kat kat ve ulusal çevresel alan puanını 3.3 kat olumsuz etkilemektedir.

Bu araştırmanın sonuçları ile uyumlu olarak başka araştırmalarda da GMTİ’nde ruh sağlığı sorunları da yüksek saptanmaktadır. Özellikle çevresel faktörler (sosyal izolasyon, dışlanma, ağır çalışma koşulları gibi) tarım işçilerinde ruhsal bozukluklara yatkınlığı artırmaktadır. Araştırmalar stres, zayıf aile desteği, sosyal destek eksikliğinin tarım işçilerinde depresyon ve anksiyeteyi artırdığını göstermiştir. Özellikle stresli çalışma koşulları yüksek anksiyete ve depresyonla ilişkili bulunmuştur (80,81,31,91,92,93).

Tarlada kalma süresi sosyal alan puanını 1.08 kat olumsuz etkilemektedir. Tarlada uzun süre kalma GMTİ’nin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle olan ilişkilerini ve cinsel yaşamını da olumsuz etkilemektedir. Göçebe tarım işçileri, tarlada kaldıkları süre içinde “göçebe barınakları” diye adlandırılan ilkel barınaklarda kalmaktadırlar (3). Sağlıksız barınak yaşamı işçilerin dinlenmelerini sağlayacak olanaklardan yoksun özellikle aile mahremiyetini kısmen sağlamaktan başka bir işleve sahip değildir. Barınakların tek odalı olması, ebeveynlerle çocukların aynı ortamda uyumalarına sebep olmakta ve bu durum ebeveynlerin cinsel yaşamını olumsuz etkilemektedir (3,5). Bu barınaklar yan yana birbirlerine çok yakın konuşlandırıldıkları için yaşam sosyal değerlerin denetiminde sürdürülmektedir. Hemen her aile diğer ailenin ne yaptığını, ne pişirdiğini ve sorunlarını yakından izleyebilmektedir ( 5).

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. GMTİ'de YK alt alan puanları KÇ/Tİ'den ve TİO'dan daha düşüktür.
2. GMTİ erişkinlerde;
  - YK bedensel alanını kadın cinsiyette olmak 2.09 kat, hasta olmak 10.4 kat, yaş artışı 1.05 kat ve GSA $\geq$ 2 olması 4.7 kat olumsuz yönde etkilemektedir.
  - YK ruhsal alanını hasta olmak 4.7 ve GSA $\geq$ 2 olması 6.4 kat olumsuz yönde etkilemektedir
  - YK sosyal alanını tarlada kalma süresinin uzaması 1.08 kat ve GSA $\geq$ 2 olması 2.3 kat olumsuz yönde etkilemektedir.
  - YK ulusal çevresel alanını hasta olmak 2.9 kat ve GSA $\geq$ 2 olması 3.3 kat olumsuz etkilemektedir.
3. GMTİ'nin %60.0'ı okula hiç gitmemiştir
4. GMTİ'nin ailelerinin % 90.0' ı asgari ücretin altında gelire sahiptir.
5. GMTİ'nin GSA puan ortalaması KÇ/Tİ ve TİO'dan daha yüksektir.

GMTİ'nin öğrenim düzeyi çok düşüktür. Öğrenim seviyelerini yükseltmek için en az temel eğitim almaları sağlanmalıdır. Özellikle kadınlar ve kız çocukların eğitimi ve okullaşma düzeyini arttırmak için tüm olanaklar kullanılmalıdır.

Hastalıklar ve ruhsal sorunlar GMTİ'nde daha fazla YK düşüklüğüne neden olmaktadır. Bu nedenle temel sağlık hizmetlerine ulaşmaları sağlanmalıdır.

Dil ve eğitim düzeyine bağlı iletişim sorunlarını çözmek için tarım işçilerine yönelik yerel programlarda kültürel araçlar kullanılarak sağlık hizmetleri geliştirilmeye çalışılmalıdır.

GMTİ'nin barınma ve çalışma koşullarını iyileştirmek için yasal düzenlemelerin uygulanması sağlanmalı, boşluk olan konular için yeni yasal düzenlemeler gerçekleştirilmelidir.



## 7. KAYNAKLAR

- 1.Türkiye'nin İnsan Kaynakları Gelişimi Stratejisi Taslak Raporu, AİPP Türkiye İş Kurumuna (İŞKUR) Destek Projesi, Ankara.
- 2.Gezici Tarım İşçi Ailelerinin Mecburi Öğrenim Çağındaki Çocuklarının Eğitimi ile ilgili Araştırma Raporu, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı İlköğretim Genel Müdürlüğü, Ankara, 1990.
- 3.Gürgen Y. Tarım İşçilerinin Yasal Sosyal Güvenlik ve Çalışma Koşullarıyla İlgili Sorunları, Ankara, 1993;90.
- 4.Sustainable Agricultural and Rural Development (SARD) Policy Brief 1. SARD and Agricultural Workers, 2006. [www.fao.org./sand/initiative](http://www.fao.org./sand/initiative)
- 5.Yıldırak N. Gülçubuk B. Gün S. Olhan E. ve Kılıç M. Türkiye'de Gezici ve Geçici Kadın Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşulları ve Sorunları, Ankara, 2003.
- 6.Şeker M. Güneydoğu Anadolu Projesi, Sosyal ve Ekonomik Sorunlar. Başarı Matbaası, V Yayınları Ankara, 1987.
- 7.Erk N, Burgut R, Yıldırım E. Çukurova Bölgesine Gelen Geçici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşullarının İyileştirilmesi, TÜBİTAK- TOAG 519 Projesi, Adana, 1986.
- 8.Yurdakul O. Adana İlinde Geçici Tarım İşçilerinin Sosyo-Ekonomik Sorunları, M.P. M.Yayınları, Ankara, 1982.
- 9.“Gezici Tarım İşçilerinin Sorunları”, Türk-İş, Tarım-İş, AAFLI, Panel, Ankara, 1985.
- 10.Şimşek Z, Koruk İ. Çocuk işçiliğinin en kötü biçimlerinden biri; mevsimlik göçebe tarım işçiliği. Çalışma Ortamı Dergisi 2009; 105: 7-9.
- 11.Weathers AC, Garrison HG. Children of migratory agricultural workers: the ecological context of acute care for a mobile population of immigrant children. Clin Ped Emerg Med 2004; 5: 120-129.
- 12.Türkiye'de Gezici ve Geçici Kadın Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşulları ve Sorunları Raporu. İLO Türkiye Ofisi, 2002. Erişim Tarihi: 01.05.2010. [www.ilo.org](http://www.ilo.org)
13. Bowling A. Measuring Health, A review of Quality of Life Measurement. Open University Press, 1993; 31-23.
- 14.Altıparmak S, Eser E. 15-49 Yaş grubu evli kadınlarda yaşam kalitesi. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, 2007; 3: 29-34.
- 15.Gülçubuk B, Karabıyık E, Tanır F. Türkiye Tarım Sektöründe En Kötü Biçimdeki Çocuk İşçiliği Temel Araştırması, Ankara, Eylül 2003.
- 16.Tarım-İş, Türk-İş, Türkiye'de Tarım ve Orman İşçilerinin Yasal Sorunları Sempozyumu, Tarım-İş Yayınları, Ankara, 1992.
- 17.Karayalçın M. Türkiye'de Tarım İşçisi, Çalışma Koşulları ve Ücretler, M.P.M. Yayınları, Ankara, 1971.

18. Rockville MD. Bureau of Health Care Delivery and Assistance: Migrant Health Program: An Atlas of State Profiles Which Estimate Number of Migrant and Seasonal Farm Workers and Members of Their Families. US Department of Health and Human Services, 1990.
19. United States Code: Title 29, Migrant and Seasonal Worker Protection, Chapter 20, Section 1802. [http://eresources.lib.unc.edu/cgi-bin/external\\_database\\_auth?\\_A\\_P\\_F\\_Y\\_ID\\_145](http://eresources.lib.unc.edu/cgi-bin/external_database_auth?_A_P_F_Y_ID_145) URL <http://www.lexisnexis.com/congcomp/>. Erişim Tarihi: 14.11.2010.
20. Seasonal and Migrant Agricultural Workers: A Neglected Work Force, Kenneth Culp; Michelle Umbarger, AAOHN Journal; ProQuest Health and Medical Complete. Sep.2004; 52(9); 383-388.
21. Aksoy S. Tarımda İş Hukuku, Tarım ve Köy Dergisi, Ankara, 1993; 90.
22. Kılıç M. 4857 Sayılı Yeni İş Kanunu Kapsamında Tarım İşçilerinin Hukuki Durumu, Tarım Ekonomisi Dergisi, 2006; 12(2): 39-49.
23. National Center for Farmworker Health Inc; United States Department of Labor. Home page. 2004. Erişim Tarihi: 01.10.2008 <http://www.ncfh.org>
24. DİE. Hane Halkı İşgücü Anketi Geçici Sonuçları, Ankara, 2003. Erişim Tarihi: 01.10.2009 <http://tarimsurasi.tarim.gov.tr/2.komisyon.pdf>
25. Nazik H, Gnen E. Kadınların Mevsimlik Tarım İşlerinde Çalışmalarının Ailenin Ekonomik Durumu ve Yaşam Biçimine Etkisi. A..Z.F. Bilimsel Araştırma ve İncelemeler, Ankara, 1993; 1309(772).
26. Şimşek Z, Koruk İ. Şanlıurfa İl Merkezinde Gezici Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların ve Çocuklarının Gezici Sağlık Hizmeti Yoluyla Sağlık Hakkının Korunması Projesi Raporu, 2008.
27. McCurdy SA, Carroll DJ. Agricultural Injury. American Journal of Industrial Medicine, 2000; 38: 463-480.
28. Holden C. Housing In Migrant Health Issues. Buda, TX: National Advisory Council on Migrant Health, 2001; 40-45.
29. Anthony M, Williams JM, Avery AM. Ann Health Needs of Migrant and Seasonal Farmworkers, Journal of Community Health Nursing, 2008; 25: 153-160.
30. Gwyther ME, Jenkins M. Migrant farmworker children: Health status, barriers to care, and nursing innovations in health care delivery, Journal of Pediatric Health Care, 1998; 12(2): 60-66.
31. Arcury AT, Quandt SA. Delivery of Health Services to Migrant and Seasonal Farmworkers. Annu. Rev. Public Health, 2007; 28: 348-363.
32. Carroll DJ, Samardick R, Bernard S, Gabbard S, Hernandez T. Findings from the National Agricultural Workers Survey (NAWS) 2001–2002: A Demographic and Employment Profile of United States FarmWorkers. Rep. 9. Washington, DC, 2005.

- 33.Rosenbaum S, Shin P. Migrant and Seasonal Farmworkers: Health Insurance Coverage and Access to Care Center for Health Services Research and Policy The George Washington University, Kaiser Commission on Medicaid and The Uninsured, April 2005.
- 34.Mueller KY, Curtin T, Hawkins D, Williams DM, Lefkowitz B. Building a research agenda: Responding to the needs of community and migrant health centers. *Journal of Rural Health*, 1998; 14(4): 289-294.
- 35.Castaneres T. Migrant health issues: Outreach services, 2001. Erişim Tarihi:08.03.2011. [http:// www.nefh.org](http://www.nefh.org).
- 36.Valdez A. In Migrant health issues. Buda, TX: National Advisory Council on Migrant Health, 2001; 1(Preface.1).
- 37.Goldsmith DF, Sisneros GC. Cancer prevention strategies among California farmworkers: preliminary findings. *J. Rural Health*, 1996; 12(Suppl. 4): 343–348.
- 38.Koruk İ, Simsek Z, Koruk S, Gürses G, Doni N. Intestinal Parasites, Nutritional Status and Physchomotor Development Delay in Migratory Farmworker’s Children. *Child: Care, Health and Development*, 2010; 36(6): 888-894.
- 39.Koruk İ, Şimşek Z. Göçebe Mevsimlik Tarım İşçisi Olan ve Olmayan Kadınlarda Tetanoz Aşılama Durumu ve İlişkili Diğer Faktörler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2010; 8(3): 165-175.
- 40.Isé S, Perloff J, Stutter S, Vaupel V. Directly hiring Workers versus using labor contractors (Publication APMP003), University of California Cooperative Extension, Division of Agriculture and Natural Resources: Oakland CA:ANR Publications. 1992.
- 41.Lantz PM, Dupuis L, Reding D, Krauska M, Lappe K. Peer discussions of cancer among Hispanic migrant farm workers. *Public Health Rep.* 1994; 109: 512–520.
- 42.Jezewski MA. Culture brokering in migrant farmworker health care. *West J. Nurs. Res.* 1990; 12: 497–513.
- 43.Stein LM. Health care delivery to farmworkers in the southwest: an innovative nursing clinic. *J. Am. Acad. Nurse Pract.* 1993; 5: 119–24.
- 44.Auerbach J, Krimgold B. Income, socioeconomic status, and health: Exploring the relationships. United States of America: National Policy Association, 2001.
- 45.Kurmuş O. vd. Doğu ve Güneydoğu Anadolu’da Sosyal ve Ekonomik Öncelikler Araştırması, TESEV, 2006.
- 46.Eğitim Sen Mevsimlik Tarım İşçiliği Nedeni İle Eğitimine Ara Veren İlköğretim Öğrencileri Araştırması 14 Aralık 2007. Erişim Tarihi: 08.03.2011. [www.egitimsen.org.tr/down/mevsimliktarimiscisi.doc](http://www.egitimsen.org.tr/down/mevsimliktarimiscisi.doc).
- 47.California-Mexico Health Initiative. Health policy fact sheet: Agricultural workers, 2005, October 1. Erişim Tarihi: 18.04.2009. <http://hia.berkeley.edu/documents/agriculture.pdf>

48. ILO Ankara Haber Bülteni,  
[http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/newsletr/2007\\_3.pdf](http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/newsletr/2007_3.pdf).
49. Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Temmuz 2001.
50. Measuring the Burden of Musculoskeletal Disease, Musculoskeletal Conditions and Injuries: Status and Goals, Bone and Joint. United States. Erişim Tarihi: 08.03.2011.  
<http://www.usbjd.org/BOD.ppt>
51. Reed DB. The Risky Business of Production Agriculture: Health and Safety for Farm Workers, AAOHN ProQuest Health and Medical Complete, Journal; Sep 2004; 52(9): 401.
52. Bircher H. Prenatal Care Disparities and the Migrant Farm Worker Community, MCN, September/October 2009; 34(5): 305-306.
53. Quandt SA, Elmore RC, Arcury TA, Norton D. Eye symptoms and eye protection use by seasonal and migrant farmworkers. South Med. J. 2001; 94: 603-7.
54. Entwistle BA, Swanson TM. Dental needs and perceptions of adult Hispanic migrant farmworkers in Colorado. J. Dent. Hyg. 1989; 63: 286-92.
55. Lukes SM, Simon B. Dental decay in southern Illinois migrant and seasonal farmworkers: an analysis of clinic data. J. Rural Health 2005; 21: 254-58.
56. Lukes SM, Miller FY. Oral health issues among migrant farmworkers. J. Dent. Hyg. 2002; 76: 134-40.
57. Villarejo D, Lighthall D, Williams D, Souter A, Mines R, et al. Suffering in silence: a report on the health of California's agricultural workers. The California Endowment. Rep. 47, Calif. Endow. Woodland Hills, Calif, 2000.
58. Poss J, Meeks BH. Meeting the health care needs of migrant farmworkers: the experience of the Niagara county migrant clinic. J. Community Health Nurs. 1994; 11: 219-28.
59. American Diabetes Association. Website. 2008. Erişim Tarihi: 10.01.2008.  
<http://www.diabetes.org>.
60. Quandt SA, Arcury TA, Early J, Tapia J, Davis JD. Household food security among Latino farmworkers in North Carolina. Public Health Rep. 2004; 119: 568-76.
61. Bureau of Labor Statistics. 2005. Occupational Injuries and Illnesses: Industry Data for 2003. Washington, DC: U.S. Department of Labor. Erişim Tarihi: 17 Ağustos 2005.  
[www.bls.gov/iif/home.htm#data](http://www.bls.gov/iif/home.htm#data).
62. Villarejo D, Baron SL. The occupational health status of hired farm workers. Occup Med: State Art Rev. 1999; 14: 613-635.
63. Tarım ve doğal kaynaklarla ilgili sektörlerde işçi sağlığı ve iş güvenliği Erişim Tarihi: 08.03.2011.  
[www.isveguvenlik.com/tarimvedogalkaynaklarlailgilisektorlerdeiscisagligiveisguvenligi2.html](http://www.isveguvenlik.com/tarimvedogalkaynaklarlailgilisektorlerdeiscisagligiveisguvenligi2.html).

64. Feldman SR, Vallejos QM, Quandt SA, Fleischer AB, Schulz SR, Verma A, Arcury TA. Health Care Utilization Among Migrant Latino Farmworkers: The Case of Skin Disease. *The Journal Of Rural Health*, Winter 2009; 98-102.
65. Arcury AT, Feldman SR, Schulz MR, et al. Diagnosed skin diseases among migrant farmworkers in North Carolina: Prevalence and risk factors. *J Agric Saf Health*. 2007; 13: 407-418.
66. Manwaring KJ, Schulz MR, Feldman SR, et al. Skin disease among Latino farmworkers in North Carolina. *J Agric Saf Health*. 2006; 12: 155-163.
67. Litcfield MH. Agricultural work related injury and ill-health and the economic cost. *Enviromental Science and Pollution Research*, 1999; 6(3): 175-182.
68. Cooper SP, Burau K, Frankowski R, Shipp EM, DeJunco DJ, et al. A cohort study of injuries in migrant farm worker families in south Texas. *Ann. Epidemiol*. 2006; 16: 313–20.
69. Mines R, Mullenax N, Saca L. *The Binational Farmworker Health Survey*. Davis: Calif. Inst. Rural Stud. 2001.
70. Punnett L, Prüss-Utün A, Nelson DI, Fingerhut MA, Leigh J, Tak S, Phillips S. Estimating the global burden of low back pain attributable to combined occupational exposures. *Am J Ind Med*. 2005; 48(6): 459–69.
71. U.S. Department of Labor. Bureau of Labor Statistics. Survey of occupational injuries and illnesses; 2003. Erişim Tarihi: 20.05.2008. <http://www.bls.gov/iif/home.htm>
72. Webster BS, Snook SH. The cost of 1989 workers' compensation low back-pain claims. *Spine* 1994; 15:19(10):1111–5.
73. White-Means, S.I. Health characteristics and utilization of public sector health facilities among migrant Agricultural Workers in Orange County, New York, *Journal of Health and Social Policy*, 1992; 4(1): 57-75.
74. Meyers JM, Miles JA, Faucett J, Janowitz I, Tejada DG, Weber E, Smith R, Garcia L. Priority risk factors for back injury in agricultural field work: vineyard ergonomics. *J Agromedicine*. 2001; 8: 37–52.
75. Richardson S, May-Lambert S. Agricultural injuries and illnesses in Texas: using Bureau of Labor Statistics programs for surveillance. *J Agromedicine*. 1997; 4: 257–68.
76. National Research Council, IOM. *Musculoskeletal Disorders and the Workplace: Low Back and Upper Extremities*. Washington, D.C.: National Academy Press. 2001.
77. Shipp EM, Cooper SP, Junco DJ, Delclos GL, Burau KD, Tortolero S, Whitworth RE. Chronic Back Pain and Associated Work and Non-Work Variables Among Farmworkers from Starr County, Texas, *Journal of Agromedicine*, 2009; 14:28.
78. Cameron L, Lalich N, Bauer S, Booker V, Bogue HO, Samuels S, Steege AL. Occupational health survey of farm workers by camp health aides. *J Agric Saf Health*. 2006; 12(2): 139–53.

- 79.Hartley D, Britain C, Sulzbacher S. Behavioral health: setting the rural health research agenda. *J Rural Health*. 2002; 18: 242-255.
- 80.Hiott AE, Grzywacz JG, Davis SW, Quandt SA, Arcury TA, Migrant Farmworker Stress: Mental Health Implications. National Rural Health Association, Winter 2008; 32-38.
- 81.Hovey JD, Seligman LD. The mental health of Agricultural workers. In: Lessenger JE, ed. *Agricultural Medicine: A Practical Guide*. New York, NY: Springer-Verlag; 2005; 282-299.
- 82.Kim-Godwin YS, Bechtel GA. Stress among migrant and seasonal farmworkers in rural southeast North Carolina. *J Rural Health*. 2004; 20(3): 271-278.
- 83.Kidd P, Scharf T, Veazie M. Linking stress and injury in the farming environment: A secondary analysis of qualitative data. *Health Education Quarterly*, 1996; 23(2): 224.
- 84.Reed DB. The Risky Business of Production Agriculture: Health and Safety for Farm Workers, AAOHN. *ProQuest Health and Medical Complete Journal*; Sep 2004; 52(9): 401.
- 85.Vega W, Scutchfield F, Karno M, Meinhardt K. The mental health needs of Mexican-American agricultural workers. *Am J Prev Med*. 1985; 1(3): 47-55.
- 86.Vega W, Warheit G, Palacio R. Psychiatric symptomatology among Mexican American farmworkers. *Soc Sci Med*. 1985; 20(1): 39-45.
- 87.Hovey JD, Magaña CG. Acculturative stress, anxiety, and depression among Mexican immigrant farmworkers in the Midwest United States. *J Immigr Health*. 2000; 2(3): 119-131.
- 88.Hovey JD, Magaña CG. Cognitive, affective, and physiological expressions of anxiety symptomatology among Mexican migrant farmworkers: Predictors and generational differences. *Community Ment Health J*. 2002; 38(3): 223-237.
- 89.Grzywacz JG, Quandt SA, Early J, Tapia J, Graham CN, Arcury TA. Leaving family for work: ambivalence and mental health among Mexican migrant farmworker men. *J Immigr Minor Health*. 2006; 8(1): 85-97.
- 90.Hiott AE, Grzywacz JG, Arcury TA, Quandt SA. Gender differences in anxiety and depression among immigrant Latinos. *Fam Syst Health*. 2006; 24(2): 136-147.
- 91.Hovey JD, Magaña CG. Suicide risk factors among Mexican migrant farmworker women in the Midwest United States. *Arch. Suicide Res*. 2003; 7: 107-21.
- 92.Magaña CG, Hovey JD. Psychosocial stressors associated with Mexican migrant farmworkers in the midwest United States. *J. Immigr. Health* 2003; 5: 75-86.
- 93.Peterson R. Kansas farm suicide report, Unpublished manuscript, 1990.
- 94.Organista K, Carillo H, Ayala G. HIV prevention with Mexican migrants. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2004; 7: 227-239.

- 95.U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Healthy people 2010: Maternal, infant and child health. Erişim Tarihi: 18.04.2009. [www.healthypeople.gov/Document/HTML/Volume2/16MICH.htm](http://www.healthypeople.gov/Document/HTML/Volume2/16MICH.htm).
- 96.Donohoe M. Trouble in the fields: Effects of migrant and seasonal farm labor on women's health and well-being. *Medscape*, 2004; 9(1). Erişim Tarihi:18.04.2009. <http://medgenmed.medscape.com/viewarticle/470445>
- 97.Villarejo D. The health of U.S. hired farm workers. *Annual Reviews Public Health*, 2003; 24: 175-193.
- 98.Edgerley L, El-Sayed Y, Druzin M, Kiernan M, Daniels K. Use of a community mobile health van to increase early access to prenatal care. *Maternal Child Health Journal*, 2007; 11(3): 235-239.
- 99.Koruk İ, Simsek Z, Koruk S. Effect of migratory and seasonal farmworks on coverage of vaccination of aged 0-5 years children in Sanliurfa in Turkey 12<sup>th</sup> World Congress on Public Health, İstanbul-TURKEY. April 27-May 1, 2009.
- 100.Koçakoğlu Ş, Şimşek Z, Ceylan E. 2001-2006 yılları arasında Şanlıurfa Verem Savaş Dispanserinde takip edilen tüberküloz olgularının epidemiyolojik özellikleri. *Türk Toraks Dergisi* 2009; 10: 9-14.
- 101.Cent. Dis. Control Prev. Prevention and control of tuberculosis in migrant farm workers: recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis. *MMWR* 1992; 41(10): 1–15.
- 102.Ami BH, Haim SA. Direct effect of phosphamidon on isolated working rat heart electrical and mechanical function. *Toxicol Apply Pharmacol*. 1990; 110(3): 429–434.
- 103.McEven FL, Stephenson GL. *The Use and Significance of Pesticides in the Environment*, John Wiley & Sons Pub, New York 1979; 538.
- 104.Amdur MO, Doull J, Klassen CD. *Casarett and Doull's Toxicology: The Basic Science of Poisons*, Pergamon Press, New York. 1999; 1033: 565-623.
- 105.Çömelekoglu Ü, Arpacı A, Mazmancı B. Pestisidlerle Kronik Olarak Karşılaşan Tarım İşçilerinin Pestisidlerden Korunma Konusundaki Tutumları, 3. İşçi Sağlığı kongresi, Ankara, 1998.
- 106.Blain PG. Aspect of Pesticide Toxicology. *Adverse Drug React Acute Poisoning Rev*. 1990; 9(1): 37-68.
- 107.Moses M. Pesticide-related health problems and farmworkers, *AAOHN J*. 1989; 37(3): 115-130.
- 108.McCauley LA, Anger WK, Keifer M, Langley R, Robson MG, Rohlman D. Studying Health Outcomes in Farmworker Populations Exposed to Pesticides. *Environ Health Perspect* 2006; 114: 953–960.
- 109.Alavanja MC, Hoppin JA, Kamel F. Health effects of chronic pesticide exposure: cancer and neurotoxicity. *Annu Rev Public Health*. 2004; 25: 155–197.

- 110.Priyadarsi A, Khuder SA, Schaub EA, Shrivastava S. A meta-analysis of Parkinsons disease and expsoure to pesticides. Neurotoxicology 2000; 21(4): 435-440.
- 111.Adil İ, Erol A. Is Hukuku, I. Cilt, Bireysel Is Hukuku, 1. Baskı, Baris Yayınları Fakülteler Kitabevi, Izmir. 1999.
- 112.R11 Unemployment (Agriculture) Recommendation, 1921. R13 Night Work of Women (Agriculture) Recommendation, 1921. R14 Night Work of Children and Young Persons (Agriculture) Recommendation, 1921. R16 Living-in Conditions (Agriculture) Recommendation, 1921. R17 Social Insurance (Agriculture) Recommendation, 1921. <http://www.ilo.org/ilolex/english/recdisp1.htm> Erişim Tarihi: 28.03.2011.
- 113.ILO 99 Sayılı Tarımda Asgari Ücret Tesbiti Usulleri Hakkında Sözleşme. Erişim Tarihi: 28.03.2011.  
<http://www.belgenet.com/arsiv/sozlesme/ilo.html>
- 114.Jack LR. Summary of Federal Laws and Regulations Affecting Agricultural Employers, Agricultural Handbook Washington; Commission For Labor Cooperation, Lega Background Paper: Protection of Migrant AgriculturalWorkers in Canada, Mexico and the United States, Washington. 2000; 719.
- 115.1475 Sayılı İş Kanunu. Erişim Tarihi:28.03.2011.  
[http://www.maliforum.com/is\\_kanunu/1475\\_say%C4%B1li\\_is\\_kanunu.pdf](http://www.maliforum.com/is_kanunu/1475_say%C4%B1li_is_kanunu.pdf)
- 116.Commission For Labor Cooperation, Legal Background Paper: Protection of Migrant AgriculturalWorkers in Canada, Mexico and the United States, Washington 2000.
- 117.Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Sosyal Hayatlarının İyileştirilmesi'' Genelgesi, Ankara, 2010. Erişim Tarihi: 01.09.2010. [www.mevzuatlar.com](http://www.mevzuatlar.com)
- 118.Eski S. Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1999.
- 119.Dijkers M. Measuring quality of life: methodological issues. Am J Phys Med Rehabil 1999; 78: 286-300.
- 120.Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7: 162-165.
- 121.The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med. 1998; 46: 1569-85.
- 122.Özkan S. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BFEF Psikiyatri, Psikoloji, Psikoformokoloji Dergisi, 1999; 7(2): 5-13.
- 123.Eser E, Yüksel H, Baydur H, Erhart M, Saatlı G, Cengiz Özyurt B, Özcan C, Sieberer UB. Çocuklar için genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19(4): 409-417.



- 124.Orley J, Kuyken W. Quality of Life Assessment: International Perspectives. Proceedings of The Jointmeeting Organized by the WHO and the Foundation IPSEN in Paris, 1993; 2: 41-57.
- 125.Dünya Sağlık Raporu 1998. (Çev. Ed. Metin B, Akın A, Güngör Ğ.) Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 1998; 45-70.
- 126.The WHOQOL Group. What Quality of Life. World Health Forum. 1996; 17: 354-356.
- 127.Mirzai İ, Aneztezi ve Algolojide Yaşam Kalitesi Kavramı, 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, AKM, İzmir 25-27 Mart 2010; 97.
- 128.Küçükdeveci A, Yaşam Kalitesi mi İşlevsellik mi? Kavramsal Yaklaşım 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, AKM, İzmir 25-27 Mart 2010; 61.
- 129.World Health Organization, WHOQOL Measuring Quality Of Life, Programme On Mental Health- Division Of Mental Health And Prevention Of Substance Abuse, 1997.
- 130.Hawthorne G, Ristner MS, Awad AG (eds). Measuring the value of health-related quality of life. Quality of life Impairment in Schizophrenia, Mood and anxiety disorders, 2007: 99-132.
- 131.Muldoon MF, Barger SD, Flory JD et al. What are Quality of Life measurements measuring? BMJ 1998; 316: 542.
- 132.Wilson IB, Cleraly PD. Linking clinical variables with health related quality of life. JAMA, 1995; 59.
- 133.Leidy NK. Functional status and the forward progress of merry go-rounds. Toward a coherent analytical framework. Nurse Res 1994; 43: 196.
- 134.Flanagan JC. A research approach to improving our quality of Life. Am Psychocol. 1978; 33: 138.
- 135.Muezzinoğlu T. Yaşam Kalitesi Üroonkoloji Derneği 2004 güz dönemi konuşması Üroonkoloji Bülteni Mart 2005; (1)27: 25-29.
- 136.Fries JF, Singh G. The hierarchy of patient outcomes. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Second Edition, Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996; 33.
- 137.Anderson KL. The Effects of Cronic Obstructive Pulmonary Disease on Quality of Life. Nurse Res Health 1995; 18: 547.
- 138.Moody L, McCormick K, Williams A. Disease and symptom severity, functional status and quality of life in chronic bronchitis and emphysem. J Behav Med 1990; 13: 297.

- 139.Fidaner C. Sağlıkta Yasam Kalitesi Kavramı: Bir Giriş Denemesi, Sağlıkta Yasam Kalitesi Sempozyumu, İzmir. 8-10 Nisan 2004, Erisim Tarihi: 07.03.2011. [http://www.bayar.edu.tr/~saykad/g\\_fidaner1.html](http://www.bayar.edu.tr/~saykad/g_fidaner1.html).
- 140.Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 30: 81-85.
- 141.Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D et al. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. BMJ 1992; 305: 1074–1077.
- 142.Revicki DA. Health related quality of life in evaluation of medical therapy for chronic illness. J Fam Pract 1989; 29: 377-380.
- 143.Elbi H. Ruh sağlığı ve yaşam kalitesi. 34. Ulusal Psikiyatri ve Uluslar arası Uydu Sempozyum: Dünyada Kültür ve Tanı, bilimsel çalışmalar özet kitabı, İzmir. Eylül-3 Ekim 1998; 56-29.
- 144.Eser E. Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı. Ege Üniversitesi, İzmir. 8-10 Nisan 2004;4-6.
- 145.Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1997.
- 146.Tüzün H. Ankara merkezindeki bazı birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların sağlık ve sosyal özelliklerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2006.
- 147.Basaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve Sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma 2005; 20(1): 55-63.
- 148.Bowling A, Current state of the art in quality of life measurement, Ed. Carr AJ, Higginson IJ, Robinson PG, Quality of Life, BMJ Books, 2003;1-8.
- 149.Naughton MJ, Shumaker SA, Assessment of Health Related Quality of Life, Ed. Friedman LM, Furberg CD, De Mets DL, Fundamentals of Clinical Trials, Third Edition, Springer Verlag, New York, 1998; 185-203.
- 150.Kilanowski JF. Health-Related Quality of Life In Two Itinerant Samples: Carnival and Migrant Farm Worker Children. Pediatr Nurs. 2009; 35(3): 149–188.
151. Quandt SA, Mark R. Schulz MR, Vallejos QM, Feldman SR, Verma AA, Fleischer AB, Rapp SR, Arcury TA. The association of dermatologist-diagnosed and self-reported skin diseases with skin-related quality of life in Latino migrant farmworkers. International Journal of Dermatology, 2008; 47: 236–241.
- 152.Quandt SA, Schulz MR, Vallejos QM, Feldman SR, Preisser JS. Skin-related Quality of Life among Migrant Farmworkers. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery, 2008; 12(1): 1-7.

153. Werlinger KD, Guevara IL, Gonzalez CM, et al. Prevalence of self-diagnosed melasma among premenopausal Latino women in Dallas and Fort Worth, Texas. *Arch Dermatol* 2007; 143: 424–425.
154. Pichardo R, Vallejos Q, Feldman SR, Schulz MR, Verma A, Quandt SA, Arcury TA, The prevalence of melasma and its association with quality of life in adult male Latino migrant workers. *International Journal of Dermatology* 2009; 48: 22–26.
155. Quandt SA, Hiott AE, Grzywacz JG, Davis SW, Arcury TA. Oral health and quality of life of migrant and seasonal farmworkers in North Carolina. *Journal of Agricultural Safety and Health*. 2007; 13(1): 45-55.
156. Locker D. Measuring Oral Health: a conceptual framework, *Community Dental Health*. 1988; 5: 3-18.
157. Aydemir Ö. Değerlendirme Araçlarının Psikometrik Özellikleri Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu: 8-10 Nisan 2004, İzmir: Erişim Tarihi: 07.04.2006. [http://www.bayar.edu.tr/~saykad/g\\_omeraydemir1.htm](http://www.bayar.edu.tr/~saykad/g_omeraydemir1.htm)
158. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Eser E. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL- BREF. 3 P 1999; 7(2): 5-13.
159. World Health Organization, WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring And Generic Version Of The Assessment, Programme On Mental Health, 1996.
160. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser S.Y, Eser E, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in Psikometrik Özellikleri. 3 P 1999; 7(2): 23-40
161. Akbıyık Dİ. Birinci basamak sağlık birimlerinde somatizasyon bozukluğu: *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7(3): 208-213.
162. Kılıç C. Genel sağlık anketi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması: *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7(1): 3-9.
163. Asgari Ücret. Erişim Tarihi: 27 Mayıs 2010. <http://muhasibetr.com/2010-asgari-ucet>.
164. Mull LD, Engel LS, Outterson B, Zahm SH. National Farmworker Database: Establishing a Farmworker Cohort for Epidemiologic Research *American Journal of Industrial Medicine*. 2001; 40: 612-618.
165. Snipes SA, Thompson B, O'Connor K, Duncan BS, King D, Herrera AP, Navarro B. "Pesticides Protect the Fruit, but Not the People": Using Community-Based Ethnography to Understand Farmworker Pesticide-Exposure Risks. *Am J Public Health*. 2009; 99: 616–621.
166. Havlioğlu S. Göçebe Mevsimlik Tarım İşçisi Ergenlerde Yaşam Kalitesi Düzeyi ve Sorun Davranışları Sıklığı. HR.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa. 2010; 67.
167. Anthony MJ, Martin EG, Judith MA, Williams M. Self Care and Health-Seeking Behavior of Migrant Farmworkers *J Immigrant Minority Health Springer Science+Business Media, LLC* 2009.

168. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. [www.tnsa.gov.tr](http://www.tnsa.gov.tr). Erişim Tarihi: 01.07.2010.
169. WHO The children Behind Our Cotton, 2007. [www.who.int](http://www.who.int) Erişim Tarihi: 20.06.2010.
170. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Nisan 2011 Açlık ve Yoksulluk Sınırı. [www.turkis.org.tr](http://www.turkis.org.tr). Erişim Tarihi:16 Nisan 2011.
- 171.Dündar PE, Baydur H, Eser E, Bilge B, Nesanır N, Pala T, Ergör A, Oral A. Quality of life of workers aged 14-16 years in the manisa apprentice training center. *Marmara Medical Journal*, 2008; 21(3): 210-219.
172. Bourne PA. Determinants of quality of life of youths incan English-speaking Caribbean nation North American Journal of Medical Sciences Sci, 2009; 1: 365-371.
- 173.Dündar PE, Baydur H, Eser E, Bilge B, Pala T, Ergör A, Oral A, Şerifhan M. Manisa’da çıraklık eğitim merkezinde eğitim gören gençlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2006; 25(1).
174. ILO, Tackling hazardous child labour in agriculture: 1999. Guidance on policy and practice User guide International Programme on the Elimination of Child Labour 2006.
- 175.Kaya M, Piyal B. Ankara’da 112 acil yardım hizmetlerinde çalışan personelin öznel yaşam kalitelerinin sosyo-demografik özellikler yönünden yaşam kalitesi ait alanlarına göre değerlendirilmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan 2004, İzmir, Program ve Özet Kitabı 2004; 61.
- 176.Saatli G, Eser E, Pala T, Göngür N: Hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. 8. Halk Sağlığı Günleri 23-25 Haziran 2003, Sivas, Bildiri Özetleri 2003; 235.
- 177.Wang X, Matsuda N, Ma H, Shinfuku N: Comparative study of quality of life between the Chinese and Japanese adolescent populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2000; 54: 147-52.
- 178.Borglin G, Jakobsson U, Edberg A, Hallberg I. R: Selfreported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. *International Journal of Nursing Studies* 2004; 1-12.
- 179.Asada Y, Ohkusa Y. Analysis of health-related quality of life (HRQL), its distribution by income in Japan, 1989 and 1998.*Social Science and Medicine* 2004; 59: 1423-33.
- 180.Skevington SM, Lofty M, O’Connell KA. The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial Areport from the Whoqol Group. *Qual Life Res* 2004; 13: 299-310.
- 181.Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi, Araştırma Makalesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2006; 28(2): 81-89.

182.Turgul Ö, Mandıracıoğlu A, Özüğurlu B, ve ark. Narlıdere İlçesinde 65 Yaş Üstü Nüfusun Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi İzmir 1.sağlıkta yaşam kalitesi sempozyumu 8-10 nisan 2004, posterno: 6  
[http://www.sabem.saglik.gov.tr/forum/ezadmin/htmlarea/files/documents/119\\_saglikta\\_yasam\\_kalitesi\\_full.pdf](http://www.sabem.saglik.gov.tr/forum/ezadmin/htmlarea/files/documents/119_saglikta_yasam_kalitesi_full.pdf)).

183.Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey Int J Nurs Stud 2006; 43: 293-300.

## 8.EKLER

### 8.1.Ek-1 Sosyo-Demografik Bilgi Formu

**WHOQOL-BREF(TR)**  
**Ulusal Sürüm - Şubat 1999**  
**RUH SAĞLIĞI PROGRAMI**  
**DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ**  
**CENEVRE**

---

#### SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

1.Katılımcının durumu

- 1.Göçebe mevsimlik tarım işçisi
- 2.Köyde yaşayan çiftçi ya da tarım işçisi
- 3.Tarım işçisi değil

2.Cinsiyetiniz nedir?

1.Erkek

2.Kadın

3.Yaşınız nedir? .....

4.Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?

- 1.Türkçe bilmiyor
- 2.Okuryazar değil
- 3.İlkokul
- 4.Ortaokul
- 5.Lise
- 6.Yüksekokul

5.Okula devam süresi .....

6.Medeni durumunuz nedir?

1. Hiç evlenmemiş
- 2.Evli
- 3.Evli gibi yaşıyor
- 4.Evli kuması ile birlikte yaşıyor(kadın ve erkek için geçerli)
5. Ayrı yaşıyor
6. Boşanmış
7. Eşi ölmüş

7.Şu anda bir hastalığınız var mı?

1.Evet

2. Hayır

8.Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

1.Hastalık

2.Sorun

9.Ne kadar süredir tarladasınız? .....

10. Evde konuşulan dil? .....

11.Ailenizde kaç kişi birlikte yaşıyorsunuz? .....

12.Tarım işçisi iseniz; Bir sezonda tarladaki tüm çalışmalarınızdan toplam ne kadar gelir elde edersiniz? .....

13.Bir yıllık tüm kazançlarınızı göz önüne alarak, Aylık geliriniz:

- 1.Asgari ücretin üstünde
- 2.Asgari ücretin altında

## 8.2.Ek-2 WHOQOL BREF TR Ölçeği

### Yönerge

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2G4	Sağlığınızdaki ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6F2.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F2.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5



Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F1.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17. 3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19. 3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23. 3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasına	Çoğunlukl a	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? .....

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı? .....

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER.

**8.3.Ek-3. Genel Sağlık Anketi**

Sıra no:

**GENEL SAĞLIK ANKETİ****Son iki hafta boyunca.....**

1.Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
2.Kendinizi sürekli zorluk altında hissediyor musunuz?	Hayır hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
3.Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?	Her zamankinden iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
4.İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
5.Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
6.Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
7.Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?	Hayır hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık hissetmiyorum
8.Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden daha az
9.Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden daha az
10.Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?	Hayır hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok sık
11.Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?	Hayır hiç kaybetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden fazla	Çok fazla
12.Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	Hayır hiç görmüyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık