



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ADANA İLİ İLÇELERİNDE YAŞAYAN BİREYLERİN
DAVRANIŞSAL RİSK FAKTÖRLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Dr. NEŞEM ANBER

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. NAFİZ BOZDEMİR**

ADANA-2009



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ADANA İLİ İLÇELERİNDE YAŞAYAN BİREYLERİN
DAVRANIŞSAL RİSK FAKTÖRLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Dr. NEŞEM ANBER

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. NAFİZ BOZDEMİR

**Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi Tarafından
TF2008LTP8 proje numarası ile desteklenmiştir.**

ADANA-2009

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sürecinde emek, destek, hoşgörü ve sabrını esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Nafiz Bozdemir'e,

Özenli ve titiz yönlendirmeleriyle tezime ve uzmanlık eğitimime katkılarından dolayı Doç. Dr. Esra Saatçı, Doç. Dr. Ersin Akpınar, Yrd. Doç. Dr. Sevgi Özcan ve Yrd. Doç. Dr. Hatice Kurdak'a,

Asistanlığım boyunca bana verdikleri destek ve dostluklarını minnetle anacağım başta Dr. Ufuk Gülmen olmak üzere Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın tüm araştırma görevlileri ve personeline,

Minnettarlığımı kelimelerle anlatamayacağım sevgili anneme, babama ve kardeşime,

Projemizi destekleyen Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Fonuna,

Teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Neşem Anber

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLO LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ	x
KISALTMALAR	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Sağlıkla İlişkili Davranışsal Risk Araştırmalarında Kullanılan Parametreler	3
2.2. Davranışsal Risk Faktörleri	
2.2.1. Sigara	5
2.2.2. Egzersiz	7
2.2.3. Obezite	8
2.2.4. Alkol	11
2.2.5. Güneşe Maruziyet	11
2.2.6. Genel Sağlık Durumu	12
2.2.7. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi	12
2.2.8. Bakıma Erişim	13
2.3. Sağlıkta Risk Faktörlerini Belirleme Yöntemleri	13
2.3.1. Yüz-yüze Anket	17
2.3.2. Postayla Anket	17
2.3.3. İnternet ve Mail İle Anket	17
2.3.4. Telefonla Anket	18
2.3.5. Telefonla Anket Yönteminin Başlıca Üstün Yönleri	18
2.3.6. Telefonla Anket Yönteminin Bazı Zayıf Yönleri	19
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER	21
3.1. Çalışma Evreninin Belirlenmesi	21

3.2.	Adana İli İlçeleri ile İlgili Genel Bilgiler	21
3.3.	Çalışma Evrenini Oluşturan Prefiksler	23
3.4.	Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması	23
3.5.	Örneklem Seçimi	24
3.6.	Verilerin Toplanması	26
3.7.	Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.8.	Çukurova Üniversitesi Telefon ve İnternet ile Saha Araştırmaları Merkezi	27
4.	BULGULAR	29
4.1.	Görüşülen Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri	29
4.2.	Frekansların Dağılımı ve Değişkenlerin Çapraz Tabloları	36
4.2.a.	Toplumdaki Şişmanlık durumu	36
4.2.b.	Görüşülen Kişilerin Genel Sağlık Durumları	40
4.2.c.	Sağlıklı Günler - Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi	42
4.2.d.	Sağlık Bakım Erişimi	48
4.2.e.	Sağlıklı Davranış ve Tutum(Sigara İçimi, Alkol Kullanımı, Egzersiz, Güneş Yanığı	55
5.	TARTIŞMA	67
6.	SONUÇLAR ve ÖNERİLER	75
6.1.	Sonuçlar	75
6.2.	Öneriler	76
6.2.1.	Telefon Örneklemi ve Verilerin Toplanmasına Yönelik Öneriler	76
6.2.2.	Kişilerin Risk Faktörlerine Yönelik Öneriler	76
7.	KAYNAKLAR	78
8.	EKLER	82
9.	ETİK KURUL ONAYI	89
10.	ÖZGEÇMİŞ	90

TABLO LİSTESİ

Tablo No:	Tablo Başlığı	Sayfa No:
Tablo 1:	Yetişkinlerde Beden Kütle İndeksine Göre Ağırlığın Değerlendirilmesi	8
Tablo 2:	Farklı Anket Tekniklerinin Üstünlükleri	16
Tablo 3:	Adana İli İlçelerinin (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Adana'ya uzaklık, Köy, Mahalle, Belde Sayısı ve Nüfusları	21
Tablo 4:	Çalışma Evrenini Oluşturan Adana ili (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) İlçelerindeki Prefiksler ve Toplam Türk Telekom Abone Sayılarının Dağılımı	23
Tablo 5:	Adana ili (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) İlçelerinin Nüfus, Abone Sayıları ve Örneklem Sayılarının Dağılımı	24
Tablo 6:	Adana ili İlçelerinde(Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Aranan Tüm Numaraların Sonuçları	27
Tablo 7:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı	29
Tablo 8:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Cinsiyete Göre Dağılımı	30
Tablo 9:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Medeni Duruma Göre Dağılımı	30
Tablo 10:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Meslek Dağılımı	31
Tablo 11:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Mesleğe Göre Dağılımı	32
Tablo 12:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Cinsiyete Göre Eğitim Durumlarının Dağılımı	33
Tablo 13:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Eğitim Durumlarının Dağılımı	33
Tablo 14:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin 18 Yaş Altı Çocuklarının Bulunma Sıklığının Dağılımı	36
Tablo 15:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova	

	hariç) Görüşülen Kişilerin Cinsiyete Göre Beden Kitle İndeksinin Dağılımı	38
Tablo 16:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Beden Kitle İndeksine Göre Dağılımı	39
Tablo 17:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Genel Sağlık Durumuna Göre Dağılımı	42
Tablo 18:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Son 30 Günde Hastalık,Yaralanma vs. Gibi Bedensel Rahatsızlıklar Açısından Kaç Gün Sağlıklarının Kötü Olduğunun Dağılımı	43
Tablo 19:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere Göre Son 30 Gün Sağlık Durumlarının Ortalamaları	44
Tablo 20:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Son 30 Günde Stres,Depresyon veya Duygusal Problemler Açısından Kaç Gün Sağlıklarının Kötü Olduğunun Dağılımı	45
Tablo 21:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere Göre Son 30 Gün Ruh Sağlığı Durumlarının Ortalamaları	46
Tablo 22:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Son 30 Günde Bedensel ve Ruhsal Sağlıklarındaki Kötüleşme Nedeniyle Kaç Gün İş ve Güçten Geri Kaldıklarının Dağılımı	47
Tablo 23:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere Göre Son 30 Gün İşgücü Kaybının Ortalamaları	48
Tablo 24:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Sosyal Güvencelerinin Dağılımı	49
Tablo 25:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı	50
Tablo 26:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Her Türlü Sorunları İçin Başvurdukları Kişisel Doktorlarının veya İlk Başvurdukları Belirli Bir Doktor Olup Olmadığının Dağılımı	51
Tablo 27:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova	

	hariç) Görüşülen Kişilerin Her Türlü Sorunları İçin İlk Başvurdıkları Doktorun Uzmanlık Alanına Göre Dağılımı	52
Tablo 28:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Kişisel Doktora Göre Dağılımı	53
Tablo 29:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Son 12 Ay İçinde İhtiyaç Duyduğu Halde Ekonomik Nedenlerden Dolayı Doktora Başvuramama Durumlarının Dağılımı	53
Tablo 30:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Ekonomik Nedenlerden Dolayı Doktora Başvuramama Durumuna Göre Dağılımı	54
Tablo 31:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Sosyal Güvence ve Ekonomik Nedenlerden Dolayı Doktora Başvuramama Durumuna Göre Dağılımı	55
Tablo 32:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerden Yaşam Boyu En Az 100 Adet Sigara İçmiş Olanların Dağılımı	55
Tablo 33:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Yaşam Boyu 100 Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı	56
Tablo 34:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Sigara İçme Durumu	57
Tablo 35:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı	58
Tablo 36:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Sigara İçme Sıklığı	59
Tablo 37:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere Göre Sigara İçme Sıklığının Ortalamaları	59
Tablo 38:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerden Sigara İçmekte Olanların Son 12 Ay İçinde Sigarayı Bırakma Girişiminde Bulunup Bulunmadıklarının Dağılımı	60
Tablo 39:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Sigara Bırakma Girişimine Göre Dağılımı	61

Tablo 40:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Alkol Kullanımına Göre Dağılımı	63
Tablo 41:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Ne Tür Alkol Kullandıklarının Dağılımı	63
Tablo 42:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bir Defada Ne Miktarda Alkol Tükettiklerinin Dağılımı	64
Tablo 43:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Egzersiz Durumlarının Dağılımları	64
Tablo 44:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Egzersiz Durumuna Göre Dağılımı	65
Tablo 45:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Güneş Yanığı Durumlarının Dağılımları	66

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No	Şekil Başlığı	Sayfa No:
Şekil 1:	Adana İl Haritası	22
Şekil 2:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Eğitim Durumu	34
Şekil 3:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre Eğitim Durumu	34
Şekil 4:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kadınların Yaş Gruplarına Göre Eğitim Durumu	35
Şekil 5:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımı	37
Şekil 6:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Beden Kitle İndekslerinin Dağılımı	40
Şekil 7:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Genel Sağlık Durumları Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı (Toplam n: 1095)	41
Şekil 8:	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Cinsiyete Göre Alkol Kullanma Dağılımı (Erkek n:305, Kadın n:792)	62
Şekil 9:	Telefon abone sayısının yıllara göre dağılımı	68
Şekil 10:	Telefonu olan köy sayısının yıllara göre dağılımı	68

KISALTMALAR

BRFSS: Behavioral Risk Factor Surveillance System

CATI: Computer Assisted Telephone Interviewing

TİSAM: Çukurova Üniversitesi Telefon ve İnternet ile Saha Araştırmaları
Merkezi

HIV: Human Immunodeficiency Virus

WHO: World Health Organization

BKİ: Beden Kitle İndeksi

U.V: Ultraviyole

Tip I DM: Tip 1 Diabetes Mellitus

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

OYD: Okur-yazar değil

OY: Okur-yazar

İO: İlkokul

OO: Ortaokul

L: Lise

Ü: Üniversite

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

ÖZET

ADANA İLİ İLÇELERİNDE YAŞAYAN BİREYLERİN DAVRANIŞSAL RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ

Giriş ve Amaç: Çalışmamızda, Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) yaşayan bireylerin sağlıkla ilişkili davranışsal risk faktörlerini araştırdık.

Materyal ve Yöntem: Araştırma yöntemi olarak “telefon ile anket” yöntemini kullandık. Örneklem seçimini, Adana İli İlçelerindeki tüm sabit telefon numaraları arasından “rasgele örneklem” yöntemi ile yaptık. Çalışmamızda kullandığımız anket formunu, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki "Davranışsal Risk Faktörleri Araştırma Sistemi"ne (Behavioral Risk Factor Surveillance System: BRFSS) ilişkin özellikle telefon ile uygulanmak üzere yapılandırılmış anketten modifiye ederek hazırladık. Görüşmelerde, anket sorularını yöneltirken ve verileri toplarken “CATI sistemini” (CATI=Computer Assisted Telephone Interviewing=Bilgisayar Destekli Telefon Görüşmesi) kullandık ve bu sistemi, "Uysal WebQ 1.0" anket yönetim yazılımı ve "Epi info" bilgisayar programı ile yürüttük. Görüşmelerimizi Çukurova Üniversitesi Telefon ve İnternet ile Saha Araştırmaları Merkezi'nde (TİSAM) gerçekleştirdik. **Bulgular:** Çalışmamızda örnekleme çıkan 1888 kişinin 1096'sı (% 58,05) ile başarılı görüşme yaptık. Çalışmamıza katılanların; yaş ortalaması 43,36±14,31 yıl, düzenli fizik egzersiz yapanların oranı % 41,7, örneklemin sigara içme prevalansı % 23,5, alkol kullanma prevalansı erkeklerde % 17,3 ve kadınlarda % 0,8 olarak bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar, daha önce bu konularda yapılmış olan çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Çalışmamız; geniş bir coğrafyada fazla sayıda kişiye ulaşılması planlanan saha araştırmalarında telefonla görüşme yönteminin kullanılmasının, maliyet ve zaman kazancının yanı sıra elde edilen verilerin güvenilirliği açısından da uygun bir yöntem olacağını göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Adana, davranışsal risk faktörleri, telefonla anket, bilgisayar destekli telefon görüşmesi.

ABSTRACT

Determining the Behavioral Risk Factors of People Living in the Districts of Adana City

Background and Aim: In this study we searched health related behavioral risk factors of people living in the districts of Adana city (excluding Seyhan, Yuregir, Saricam and Cukurova).

Materials and Methods: We used “telephone interview” method. The sample was randomly selected from the list of home phone numbers for the districts of Adana city. We used a modified version of “Behavioral Risk Factor Surveillance System” questionnaire which was designed for telephone interview in the United States. During the interviews we used CATI system (CATI = Computer Assisted Telephone Interviewing) while asking the questions and recording the data. The CATI system was conducted with "Uysal WebQ 1.0" and "Epi Info" software. The interviews were held in “Telephone and Internet Research Center of Cukurova University” (TISAM).

Results: The response rate was 58,05 % (1096/1888). The mean age was 43,36±14,31 years, the prevalence of people doing regular physical exercise was 41,7 %, the prevalence for smoking was 23,5 % and for alcohol consumption was 17,3 % in men and 0,8 % in women.

Conclusion: Our results are concordant with those of previous studies. Our study showed that telephone interview method would be a convenient method for the field studies designed for large populations in a large geographical area due to advantages of cost-effectiveness, time benefit and reliable data.

Keywords: Adana, behavioral risk factors, telephone interview, computer assisted telephone interviewing.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Risk; hastalık veya bir duruma düşme, zarar görme, hırpalanma olasılığıdır. Bir olayın istenilmeyen sonuçlarının potansiyel gerçekleşmesi olarak ta tanımlanabilir. Risk tanımı içerisinde olayın olma olasılığı ve sonucun boyutu bulunmaktadır. Örneğin sürücüler trafik kazası, diyabetli gebeler zor doğum, radyoterapi uzmanları kanser tehlikesi ile karşı karşıyadırlar. Kabul edilebilir risk biyomedikal bir konu olmaktan çok insan ve sosyal değerlere dayanan bir yaklaşımdır. Sözelimi kanserle ilgili değerlendirmelerde etkilenen nüfusta kanser riski milyonda birin üzerine çıktığında kabul edilebilir sayılmamaktadır¹. *Risk faktörü* ise kısaca 'belli bir hastalığa yakalanma olasılığını arttıran özellik' olarak tanımlanabilir. Sıklıkla maruz kalınan risk faktörlerinin hem yakın dönem hem de uzun dönem sağlık üzerine etkileri belirgindir. Topluma yönelik stratejiler, sağlıklı davranışları sosyal kural haline getirmeyi hedeflerken, aynı zamanda tüm toplumun riskini de azaltır. Toplumdaki bazı risklerde küçük oranda azalma toplum için büyük yarar anlamına gelebilir. Çevresel problemlerin incelenmesinden köken alan risk değerlendirmesi kavramı son yıllarda ortaya çıkmıştır. Ve bu nedenle de genellikle çevresel risk faktörlerinin değerlendirilmesinde kullanılan basamaklar daha özgün olarak sağlık risklerinin analizinde kullanılmak üzere adapte edilebilir. Bir veya daha fazla bireyin etkileniminin söz konusu olduğu durumlarda gruplarla ilgili risk değerlendirmesi söz konusudur. Belirli bir sürede belirli bir etkenin etkisinde kalan kişilerin ne oranda risk taşıdığının belirlenmesi risk değerlendirmesidir. Risk değerlendirmesinde esas alınan istenilmeyen sonuçlar¹:

1. Yaşamın kısalması(kanser x diğer nedenler)
2. Sakatlığa yol açan hastalık veya travma(akut x kronik,sürekli x geçici, ciddi x önemsiz)
3. İyileşme ile sonuçlanan geçici sakatlığa neden olan hastalık veya travma.
4. Sakatlık olmaksızın fiziksel rahatsızlık
5. Davranışsal sonuçları olan psikolojik hastalık: Postravmatik stres hastalığı, anksiyete reaksiyonu, stres reaksiyonu,kronik kızgınlık veya sinirlilik. Risk olasılık anlamına gelebilir. Örneğin şöyle bir soruya aranan cevap gibi: enfekte olmuş bir iğne ucundan AIDS'e yakalanma riski nedir? Risk, hastalığın komplikasyonlarının ortaya çıkması

olasılığının artması olabilir. Örneğin, bir çocuğun sağığı için major riskler arasında malnutrisyon, güvenilir olmayan içme suları ve ev içindeki hava kirliliğı sayılabilir. Risk, sonuç anlamına da gelebilir. Örneğin, alkolün etkisi altındayken araba kullanmanın riski 'trafik kazası geçirmiş bir arabanın içerisinde olmak' olabilir. Risk potansiyel yan etki veya tehdit anlamına da gelebilir. O ana kadar hastalığın, yaralanmanın yada kötü sonucun ortaya çıkmamış olması bu durumlara ilişkin riski ortadan kaldırmaz.²

Davranışsal risk faktörleri iyileştirilebilir mi? Evet.Günümüzde hastalık ve yaralanmaların ortaya çıktıktan sonraki tedavisi ve rehabilitasyonu girişimlerinin yanı sıra, bunların daha ortaya çıkmadan önce önlenmesi veya kötü etkilerinin minimuma indirilmesi kavramı giderek daha fazla oranda ele alınan ve üzerinde yoğun olarak çalışılan bir paradigma halini almıştır.

Davranışsal risk faktörlerini iyileştirebilmek ve stratejiler belirlemek için risk faktörlerinin belirlenmesi ve dağılımının bilinmesi gerekmektedir.

Çalışmamızın amacı; Aladağ, Ceyhan, Feke, İmamoğlu, Karaisalı, Karataş, Kozan, Pozantı, Saimbeyli, Tufanbeyli,Yumurtalık İlçelerinde yaşayan 18 yaşın üstündeki erişkinlerde sağığına ilişkin davranışsal risk faktörlerinin bazılarının 'telefon ile anket' yöntemiyle belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

Sağlıkla ilişkili davranışsal risk faktörleri oldukça geniş bir spektrumu içeren riskli davranışları temsil etmektedir. Bu kavram özünde, önlenabilir kronik hastalıklar, yaralanmalar ve enfeksiyon hastalıklarına ilişkin bir dizi risk faktörünü içermektedir. Bu risk faktörlerinin bazıları ülkeden ülkeye veya bölgeden bölgeye farklılık göstermekle birlikte pek çoğu her coğrafya ve toplumda etkili olan risk faktörleridir. Davranışsal risk faktörleri ile ilgili araştırmalar yapmanın temelinde, bu risk faktörlerinin neler olduğunun saptanması ve uygun değişikliklerle risklerin ortadan kaldırılması ya da azaltılması düşüncesi yatmaktadır³.

2.1. Sağlıkla İlişkili Davranışsal Risk Araştırmalarında Kullanılan Parametreler

Sağlıkla ilişkili davranışsal risk faktörleri araştırmalarında sorgulanan ve bilgi toplanan bazı başlıklar şunlardır⁴:

Demografik bilgiler: Kişinin yaş, boy, kilo, ırk, eğitim, sosyoekonomik durum gibi parametrelerini öğrenmeye ilişkin soruların sorulduğu bölümdür.

Sağlık durumu: Kişinin genel olarak sağlık durumunu nasıl tanımladığının göstergesidir.

Sağlıklı günler - Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi: Kişinin yaşamında belli bir periyotta fiziksel ve ruhsal olarak 'iyi' olarak kabul etmediği süreleri ifade eder.

Sağlık bakım hizmetlerine erişim: Kişinin sosyal güvence durumunu ve ihtiyaç duyduğunda sağlık hizmetlerine ulaşabilme durumunu gösterir.

Egzersiz: Kişinin ev ve işi ile ilgili günlük aktiviteleri dışında düzenli fizik egzersiz yapma durumunu ifade eder.

Çevresel faktörler: Başta sigara içimi ve hava kirliliği olmak üzere kişinin yaşadığı ortamda maruz kaldığı toz, duman, egzoz gazları vs. kimyasallara ilişkin durumlardır.

Aşırı güneş ışığına maruz kalma: Pek çok hastalık için bir risk faktörü olan aşırı güneş ışığına maruz kalma durumudur.

Tütün kullanımı: Başta sigara olmak üzere tüm tütün ürünleri kullanım durumunu ifade eder.

Alkol tüketimi: Alkollü içeceklerin miktar, cins ve sıklık olarak tüketim durumunu gösterir.

Astım: Araştırılan popülasyondaki astım tanısı sıklığını belirleme amacıyla sorulan sorular bu başlık altındadır.

Diabet: Diabet tanısı almış kişilerin oranını belirlemek amacıyla sorulan soruları içerir.

Ağız sağlığı: Kişilerin ağız ve diş sağlığı konusundaki duyarlılıklarını belirlemeye çalışan soruları içerir.

Aşılama: Erişkin yaştakilerin aşılama ile ilişkin davranış durumunu belirleyen soruları içerir.

Kadın sağlığı: Meme sağlığı ve hastalıkları, genitoüriner sistem sağlığı ve hastalıkları konularında bilgi almaya yönelik soruların olduğu bölümdür.

Prostat kanser taraması: Prostat kanseri açısından muayene olma ve test yaptırmaya ile ilgili soruları içeren bölüm.

Kolorektal kanser taraması: Gaytada kan testi, sigmoidoskopi, kolonoskopi gibi kolorektal kanser tarama yöntemlerine ilişkin soruları içeren bölüm.

Aile planlaması: Kişinin veya eşinin doğum kontrol yöntemi kullanma konusundaki tutum, davranış ve beklentilerine yönelik bilgi alma amaçlı soruları içerir.

Sakatlık durumu: Herhangi bir sebeple kişinin içinde bulunduğu sakatlık/yetersizlik durumu.

HIV/AIDS/Cinsel yolla bulaşan hastalıklar: Kişinin başta HIV olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı tutum ve riskli davranışlarını öğrenmeye yönelik soruları içeren bölüm.

Ateşli silahlar: Kişinin ateşli silahlardan herhangi birine sahip olup olmadığı ve bu konudaki tutum ve davranışlarına yönelik sorular.

Hipertansiyon: Hipertansiyon tanısı almış kişilerin belirlenmesi ve bu kişilerin kan basınçlarının kontrolü ve ilaç uyumları konusunda tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla sorulan sorular.

Kolesterol: Kişinin kan kolesterol düzeyi konusundaki bilgisi ve yüksek kan kolesterolü olan bireylerin kontrol ve ilaç uyum durumları.

Ev yaşam koşulları: Temiz içme suyu durumu, kanalizasyon ve atık su tahliye koşulları, ev çevresindeki çöp, bitki örtüsü, sinek, böcek ve benzeri diğer zararlılar ve bunlarla mücadele durumları.

Kalp krizi ve inme: Kalp krizi ve inme semptomları konusunda ve böyle bir şüpheli olayla karşılaşması halinde ilk olarak neler yapacağı konusunda kişinin bilgi durumu.

Artrit: Kişinin artrit tanısı alıp almadığı, bu konuda kontrol ve ilaç uyumuna ilişkin tutum ve davranışları.

İyot yetersizliği: Kişinin iyot içeren gıdaları alım durumu ile ilişkili sorular içerir.

2.2. Davranışsal risk faktörleri

2.2.1. Sigara:

‘Sigaranın dünyada en büyük sağlık sorunu olduğunu Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ilan etmiştir. Her yıl dünyada ortalama dört milyon insan sigaradan hayatını kaybetmektedir. Yine Dünya Sağlık Örgütünün verdiği rakamlara göre dünyada her on üç saniyede bir kişi sigara yüzünden hayatını kaybetmektedir. Sigaranın kolay elde edilebilir olması ve kısa sürede alışkanlık yapması onu daha önemli bir sorun haline getirmektedir.

Sigara içiminin neden olduğu bilinen bazı hastalıklar şunlardır;

- | | |
|--|---|
| ☐ Koroner arter hastalığı | ☐ Pankreas kanseri |
| ☐ Periferik arter hastalığı | ☐ Servikal kanser |
| ☐ Burger hastalığı | ☐ Ülser |
| ☐ Serebral İnme | ☐ Osteoporoz |
| ☐ Kronik obstrüktif akciğer hastalığı | ☐ Katarakt |
| ☐ Akciğer kanseri | ☐ İmpotans |
| ☐ Ağız, farinks ve larinks kanseri | ☐ Erken menopoz |
| ☐ Özofagus kanseri | ☐ İnfertilite |
| ☐ Mesane kanseri | ☐ Erken ve düşük ağırlıklı bebek |

Sigaranın bırakılması ile koroner kalp hastalığı açısından, her yaşam yılı için, yaklaşık sağlık giderlerinde 17.000YTL dolayında azalma sağlandığı bildirilmiştir. Sigaranın diğer sistemler üzerine etkileri de (solunum sistemi, neoplastik hastalıklar v.s.) göz önünde bulundurulursa, daha fazla gider azalması sağlayacağı açıktır. Sigaranın bırakılması ile ilgili veriler taranarak değerlendirilmeye alınan 20 çalışmanın incelendiği bir derlemenin sonuçlarına göre sigaranın bırakılması koroner arter hastalığı olan vakalarda tüm nedenlere bağlı mortalite riskinde önemli ölçüde azalma

göstermiştir. Bu risk azalmasının diğer nedenlerden bağımsız olarak tutarlı bir sonuç olduğu bildirilmektedir.

Sigaranın bir başka özelliği ise, sadece kullanıcıyı değil, pasif kullanıcı olarak tanımlanan ve sigara kullanmadığı halde aynı ortamda bulunanları da etkilemesidir. Bu nedenle toplum sağlığı açısından sigaranın önemi daha da artmaktadır.

Türkiye, kişi başına sigara tüketimi yönünden, Avrupa ülkeleri arasında Yunanistan'dan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Sigara tüketimi 1976 yılında kişi başına 1,8 adet iken, bu sayı 1984'te 2,7'ye yükselmiştir. 1988 yılında yapılan Sigara Alışkanlıkları ve Sigarayla Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması'nın sonuçlarına göre ülkede 15 yaş üstü erkeklerin % 62,8'i, kadınların % 24,3'ü, tüm nüfusun ise % 43,6'sı sigara içmektedir.

Majör risk faktörlerinden sigaranın önlenmesinde, birinci hedef sigaraya başlanmasını önlemek, ikinci hedef ise sigara kullanma oranlarını düşürmek olmalıdır. Türkiye sigara içimiyle mücadele konusunda Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa Birliği ülkelerini örnek almalıdır. 1997 yılında yürürlüğe giren 'Tütün mamüllerinin zararlarının önlenmesine dair kanun' doğru yolda atılmış önemli bir adımdır, ancak bunun yeterli olmadığı daha sonraki yıllarda sigara içimindeki artışın önlenememesinden bellidir'.⁵

Ülkemizde halen sigara içen erkeklerin oranı % 53,3 ve kadınların oranı ise neden 20,5'tir.⁶ 'Sigara içimi sıklığı yüksek gelir gruplarına göre düşük gelir gruplarında, erkeklere göre kadınlarda daha fazla artmaktadır. Mücadelede bu gruplara öncelik vermek uygun olacaktır. Okullarda özellikle ilk ve orta eğitimde sigaranın zararları bıkmadan anlatılmalıdır. Özellikle genç kızlarda sigaranın yarattığı kozmetik zararların vurgulanmasına öncelik verilmeli, bu konuda demode, cılız kampanyalar yerine çağdaş, etkileyici, estetik ve akıllıca düzenlenmiş görsel malzeme ve mesajlar kullanılmalıdır. Başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanları sigarayı bıraktırma konusunda eğitilmeli, bu konudaki yararlı davranış kalıpları ve farmakoterapiden nasıl yardım almaları gerektiği öğretilmelidir. Hekimlerin bu konudaki bilgi azlığı başarısızlıklarının önemli nedenlerinden biridir. Bütün büyük hastanelerde ve birinci basamak sağlık kurumlarında sigarayı bıraktırma klinikleri kurulmalı ve personelleri eğitilmelidir. Tıp fakültelerinde eğitim programlarına sigarayla mücadele ve sigarayı bıraktırma ile ilgili dersler konulmalıdır'.⁵

2.2.2. Egzersiz :

Sanayileşme ve modern yaşam tarzının neden olduğu bedensel hareketsizlik ve buna bağlı gelişen sedanter, (hareketsiz) bir yaşam tarzı, her yaş grubundaki bireyleri olumsuz etkileyerek bir takım sağlık problemlerini de beraberinde getirmektedir. Özellikle orta yaş ve üzerinde yüksek tansiyon, obezite, kassal zayıflık, postürel bozukluk, diabetes ve koroner arter risk faktörlerinin artması gibi birçok sağlık problemleri daha çok görülmektedir⁷

Fiziksel aktivite hem vücut ağırlığının kontrolü ile hem de diğer mekanizmalarla kronik hastalık gelişim riskini azaltmaktadır. Fiziksel inaktivite kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinden biridir. Haftanın en az 5 günü yapılan sadece 30 dakika süren hafif fiziksel aktivite bile kardiyovasküler olayları azaltmaktadır. Fiziksel aktivitenin meme ve barsak kanseri riskini azalttığı iyi bilinmektedir. Ayrıca fiziksel aktivite insülin duyarlılığını etkilemekte ve tip 2 diabetes gelişimini azaltmaktadır. Egzersiz, osteoporoz ve kırıklardan korunmada, tedavi ve rehabilitasyonun en önemli öğelerinden biridir.⁸

TEKHARF çalışması sonuçlarına göre toplumumuzda sedanter bireylerin (günde 1 kilometreden az yürüyen ve oturarak iş görenlerin) oranı yaşla artmakta, ve kadınlarda fizik aktivite düzeyi her yaş grubunda erkeklerden daha düşük bulunmaktadır. Sedanter olma oranı 1990 yılı verilerine göre 20-29 yaş grubundan 70 yaş ve üzeri gruba gidildiğinde erkeklerde % 6'dan % 30'a, kadınlarda % 3'den % 52'ye kadar çıkmaktadır.⁹

Altmışlı yıllardan beri yapılan ve sayıları hızla artan bilimsel araştırmalar, kardiyorespiratuar şeklinde tanımlanan ve temelde solunum ve dolaşım fonksiyonlarını geliştirici egzersizlerin, hastalıklara karşı koruyucu, tedaviyi destekleyici ve rehabilite edici etkileri olduğunu göstermektedir. Bu, aynı zamanda basit ve ucuz bir araçtır. Yaşam boyu spor konusunda pek çok ülke önemli atılımlar ve yatırımlar yapmaktadır. Ne yazık ki ülkemiz bu konuda yavaş gelişmektedir. Bunun nedenleri çok çeşitli olmakla birlikte, önemli bir gerçek bu konuda bilgi kaynaklarımızın çok kıt olması ve insanların katılımlarını destekleyecek alt yapı ve kültürel tabanın oluşturulamadığından bahsedilmektedir. Oysa, çok erken yaşlarda başlayarak, her yaşta yapılacak düzenli egzersizlerden kazanılacak çok şey olduğu bildirilmektedir.¹⁰

‘Sağlıklı yaşamın en temel kurallarından biri egzersiz ve fizik aktivite alışkanlığının toplumun tüm kesimlerine yayılmaya çalışılmasıdır. Egzersiz alışkanlığını toplum düzeyinde yaygınlaştırmak için kurulmuş olan ”Herkes İçin Spor” federasyonunun amaç, hedef ve faaliyetlerinin duyurulması, yaptığı organizasyonlara geniş kapsamlı katılımın sağlanması, sonuçların tüm medya organlarında geniş bir şekilde yer alması toplumun bu konuya ilgisini artıracaktır. Hekimler birçok başka alanda olduğu gibi egzersizin toplumun tüm kesimlerine yayılması ve sevdirmesinde de baş uygulayıcı ve eğitici konumda olmalıdırlar’⁵.

2.2.3. Obezite:

‘Vücudun yağ kütesinin yağsız (kas) kütleyle oranının aşırı artması sonucu boya göre ağırlığın olması gereken düzeyin üzerine çıkmasıdır. Birçok sağlık sorunlarına yol açması nedeniyle şişmanlığın önlenmesi gerekmektedir. Şişmanlığı ve şişmanlığın boyutunu saptamak için çok çeşitli yöntemler vardır. En çok bilinen ve kullanılan yöntem beden kütle indeksine (BKİ) göre değerlendirme yöntemidir.’¹¹ Beden kütle indeksine [kg/boy(m²)] göre yetişkinlerin vücut ağırlıklarının değerlendirilmesi Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Yetişkinlerde Beden Kütle İndeksine Göre Ağırlığın Değerlendirilmesi ¹²

BKİ (Beden Kütle İndeksi) (kg/m ²)	Vücut Ağırlığının Durumu
18.5’den az	Zayıf
18.5-24.9	Normal
25-29.9	Kilolu
30-39.9	Şişman
40 ve üzeri	Aşırı Şişman

‘Kalp damar hastalıkları şişman bireylerde ölümlerin en önemli nedenlerindendir. Özellikle yirmi beş yaşından sonraki ağırlık artışı kalp damar hastalıkları riski üzerinde en büyük etkiyi göstermektedir. Genellikle, şişman bireylerin

kanlarında trigliseritler, toplam kolesterol ve düşük yoğunluktaki lipoprotein (LDL) yüksek olarak, yüksek yoğunluktaki lipoprotein (HDL) ise düşük olarak bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, beden kütle indeksinin artması ile birlikte inme ve kardiyak yetersizlik riski de artmaktadır.

Hipertansiyon ile şişmanlık arasında bir ilişki bulunmaktadır. Şişmanlık yüksek kan basıncı için bağımsız ve güçlü bir risk faktörüdür. Şişman bireylerde hipertansiyon görülme oranı zayıf bireylerde görülme oranından oldukça yüksektir.

Özellikle santral şişmanlığa sahip (vücudun üst bölgelerinde yağ toplanan) bireylerde bel/kalça oranı daha çok artmakta, insülin direnci ve buna bağlı olarak glikoz intoleransı (bozulmuş kan şekeri düzeyleri) görülmektedir. Ayrıca şişman bireylerin kanlarında ürik asit miktarları artmakta ve buna bağlı olarak gut hastalığına bir yatkınlık oluşmaktadır.

Aşırı kilo, meme, endometriyum, mide ve kolonu içeren çeşitli tipte kanser gelişimi ile ilişkilidir. Şişmanlığın çoğunlukla hormonlar üzerinde yaptığı etkiyle kanser riskini artırdığı düşünülmektedir.

Safra taşları oldukça ağrılı bir durumdur ve en çok şişman bireylerde zayıf bireylere göre daha sık görülmektedir. Özellikle kilo değişimleri, sık aralıklarla kilo alıp vermeler safra taşı oluşumunda en önemli etkindir.

Yağlı karaciğer, yağlı hepatit ve yağlı siroz gibi karaciğer hastalıkları ile şişmanlık arasında ilişki bulunmaktadır. Fazla kilonun derecesine göre karaciğer hastalığının şiddeti değişmektedir.

Kalça, diz ve omurga osteoartritin en sık görüldüğü yerlerdir. Aşırı kilolu bireylerde zayıf bireylere kıyasla kalçada osteoartrit olma olasılığı iki kat daha fazla bulunmaktadır. Aşırı kilo eklemler üzerine ek bir yük bindirerek harabiyete neden olmaktadır.

Bunların dışında; fiziksel hareket zorlukları ve çeşitli kazalar, solunum ile ilgili sorunlar, çalışma veriminin düşmesi gibi yaşam kalitesini etkileyen bir çok sorun da şişmanlık ile birlikte ortaya çıkmaktadır'¹¹.

'Değişen yaşam tarzı insanların beslenme alışkanlıklarını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kişinin diyetinin daha çok hayvansal kaynaklı gıdalara dayanması, sebze ve meyvenin yeterince tüketilmemesi, aşırı yağlı, soslu, yüksek enerjili gıdalar

fiziksel aktivite eksikliği ile birleştğinde kalp damar hastalıklarına yakalanma riskini artırmaktadır.

Diyetin kalp ve damar sağlığına olumsuz etkilerini önlemek için;

- Diyetle doymuş yağ oranı azaltılmalı, tekli ve çoklu doymamış yağ asitlerini içeren yağların oranı arttırılmalıdır.
- Şişman hastaların vücut ağırlıkları boy uzunluğu ve yaşa göre olması gereken ağırlığa getirilmeli, fiziksel aktiviteleri artırılmalıdır.
- Kompleks karbonhidratlar ve posa içeren yiyeceklerin tüketimi artırılmalıdır.
- Besinler yoluyla alınan kolesterole dikkat edilmelidir.
- Aşırı şekerden kaçınılmalıdır.
- Alkol kullanılmamalı ve en az düzeye indirilmelidir.
- Tuz tüketimi en az düzeyde tutulmalıdır.
- Yapılan araştırmalar yazılı ve görsel yayın organlarındaki reklamların özellikle çocuklardaki besin tüketiminin ve talebin en etkili belirleyicisi olduğunu ortaya koymaktadır. Doğru ve dengeli beslenme ilköğretim çağında aileler ve öğretmenler aracılığı ile çocuklara bir davranış şekli olarak kazandırılmalıdır. Çocukları kötü etkileyebilecek, yanlış yönlendirebilecek reklamlar (örneğin fastfood alışkanlığının özendirilmesi gibi) reklam düzenleme kurulu tarafından dinamik bir şekilde ayıklanmalıdır.
- Şirket ve firmalara toplu yemek yapan şirketlerin menü ve içerikleri kalp damar sağlığına uygunlukları açısından değerlendirildikten sonra faaliyet göstermelerine izin verilmelidir.
- Şirket ve firmaların toplu egzersiz programları oluşturmaları desteklenmelidir.

Bu amaçla öncelikle sağlık personelinin (özellikle birinci basamakta görev alan doktor, diyetisyen, ebe, hemşire, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni vb) eğitimi, şişman, hipertansif, diyabetik hastalar, sigara içenler, hareketsiz yaşam sürenler gibi yüksek risk gruplarının eğitimi, genel nüfusun bilgilendirilmesi amacıyla da değişik eğitim materyallerinin hazırlanması (broşür, dergi, reklam vb) gündeme getirilebilir'.⁵

2.2.4. Alkol:

Alkol tüketim şekli bireyleri olumsuz sosyal, psikolojik ve fiziksel neticeler yönünden risk altına sokuyorsa buna sorunlu/yanlış alkol kullanımı denilmektedir.

Yanlış/sorunlu alkol kullanımı, riskli ve zararlı alkol tüketimini kapsamaktadır. ABD’de haftada 7 veya tek seferde 3 içkiden fazla içen kadın ve haftada 14 veya tek seferde 4 içkiden fazla içen erkeklere riskli içiciler denir. Zararlı alkol kullananlar ise alkolün fiziksel, sosyal ve psikolojik olumsuz etkilerinin ortaya çıktığı bağımlılık kriterlerini taşımayan kimselerdir.⁹

Alkolizmin sıklığı Türkiye’de Edirne’de yapılan bir çalışmada % 8,2 bulunmuştur¹³

Alkol tüketiminin, toplumsal ve sosyal neticeleri dışında içlerinde karaciğer sirozu, gastrointestinal kanserler, pankreatit ve ülserin de bulunduğu birçok hastalığa neden olduğu bilinmektedir. Dünya genelinde alkolün neden olduğu morbidite ve mortalite dünya hastalık yükünün % 4,1’ini teşkil etmekte ve sigara ve hipertansiyonun neden olduğu morbidite ve mortaliteye yaklaşmaktadır. Sayılan zararlarının yanında, düşük ya da orta düzeyde alkol tüketiminin koroner arter hastalığını engellemede faydaları da bildirilmektedir. Toplum düzeyinde neden olduğu kazalar, şiddet, ailevi sorunlar; ayrıca bireyler düzeyinde neden olduğu sağlık sorunları dikkate alınırsa alkolün zararlarının faydalarından daha fazla olduğu görülmektedir.⁹

Türk Kardiyoloji Derneği günlük alkol tüketiminin 60 ml viski, 300 ml şarap veya 720 ml birayla sınırlandırılmasını önermektedir¹⁴

Alkol kullanım bozukluklarına yönelik danışmanlık hizmetlerinin eğitiminin birinci basamak çalışanlarına verilmesi önemlidir.

2.2.5. Güneşe maruziyet:

Yeterli güneş görme, vitamin D sentezi yoluyla osteoporozdan korunmada önemlidir. Bununla birlikte fazla güneş maruziyeti cilt kanseri riskini arttırmaktadır. Ultraviyole (UV) ışını maruziyetinin ayrıca herpes labialis, foto-yaşlanma, kortikal katarakt gelişimi ile de ilgisi olduğu bilinmektedir. Bundan ötürü kuruluşlar fazla güneş maruziyetinden korunma ile ilgili öneriler yayınlamaktadır. Güneş maruziyetini kısıtlamanın ya da güneşten koruyucu krem kullanmanın yassı hücreli cilt kanserini azalttığı gösterilmiş fakat malign melanom ve bazal hücreli kanserleri azaltmada etkinliği gösterilememiştir.⁹

Yeterli güneş görmenin sadece osteoporozun engellenmesinde değil, çeşitli kanserlerden (özellikle meme, prostat, over ve kolon kanserleri), şizofreni ve immün

hastalıklardan (tip 1 DM, multipl skleroz) korunmada rolü olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. ABD’de kanser mortalite oranlarındaki değişkenliğin önemli bir kısmının UV maruziyeti ile ilişkili olduğu ve yetersiz güneş görmenin ciddi boyutta ekonomik ve sağlık kayıplarına neden olduğu tahmin edilmektedir. Yaşlı kişilerde güneşten yeterli yararlanma oranı gençlere göre düşük olup, bu nedenle vitamin D eksikliği daha çok görülür⁹.

2.2.6. Genel Sağlık Durumu:

Günümüzde hastalanmadan önce kişilerin yaşam tarzları ile ilgili yapabilecekleri etkinlikleri teşvik etmeyi temel alan koruyucu hekimlik anlayışının önem kazandığı bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) “yalnızca hastalık veya sakatlığın yokluğu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” şeklindeki sağlık tanımına göre, hastalıkların tedavisi kadar, hasta olmama ya da hastalığa yakalanmamayı sağlamak da hekimliğin önemli görevleri arasındadır. Kişilerin sağlık hakkındaki algılamaları ve tutumları sağlık davranışları ile yakından ilişkilidir ve bu da koruyucu hekimlik açısından önemlidir. Sağlık algılamaları, kişinin koruyucu davranışlarda bulunmaya ne kadar açık olduğunu gösterir. Bireylerin sağlığı nasıl tanımladığı ve hangi davranışları sağlıklı olma ile ilişkilendirdiği, onun sağlıklı bir yaşam sürüp sürmediğinde etkili olacaktır. Dolayısıyla, toplumdaki sağlık inançlarının ve davranışlarının bilinmesi bu açıdan önemlidir.

Kişilerin sağlığı koruma yönündeki davranışları ve sağlık sorunları yaşadığında yaptıkları, genel olarak “sağlık davranışı” olarak tanımlanmaktadır. Sağlığı koruyucu davranışların tümünü ya da çoğunu yapanların, yapmayanlardan daha sağlıklı olduğu bulunmuştur¹⁵

2.2.7. Sağlık İlişkili Yaşam Kalitesi:

Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri ile beraber, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması olarak tanımlanır. Yaşam kalitesi kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise; esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir. Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel

etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir. Sağlık ve hastalık kavramları birbiriyle ilişkili üç alanda gözden geçirilebilir. Bu alanları; organ veya sistem, kişi, toplum veya sosyal yaşam olarak sayabiliriz.¹⁶

2.2.8. Bakım Erişimi:

Gerek duyulduğunda sağlık hizmeti alma demektir. Bakıma erişim sağlanınca akut ve kronik tıbbi durumların yönetimi, koruyucu sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi ile mortalite ve morbiditede azalma ve hastaların memnuniyeti sağlanır. Erişimi engelleyen bir takım faktörler bulunmaktadır. Bunlar sağlık sistemi, coğrafik, finansal, kültürel, ailesel, toplumsal ve cinsiyet gibi faktörlerdir¹⁷. Aile Hekimliğinde bakıma erişimin gelişimi günümüzde giderek önem kazanmaktadır.

2.3. Sağlıkta Risk Faktörlerini Belirleme Yöntemleri

Sağlıkla ilişkili davranışsal risk faktörlerini belirlemede kullanılabilecek en iyi araştırma tekniği 'anket yöntemi'dir. Anket; sağlık, iktisat, siyaset ve sosyal alanlarda karar verme sırasında karşılaşılan belirsizlikleri ve bilgi eksikliğini gidermek, problemleri teşhis etmek, aydınlatmak, çözüm bulmak için başvurulmuş sistematik ve planlı bilgi toplama faaliyeti olarak tanımlanabilir. Anketler, uygulandıkları araçlar itibariyle değişik isimler alabilir; telefonla anket, postayla anket, internet aracılığı ile anket, yüz yüze anket gibi.¹⁸

Anket tekniğinde, ihtiyaç duyulan bilgilere sahip kişilere sözlü veya yazılı sorular sorulur, bunları cevaplamayı kabul eden kişilerin verdikleri cevaplar alınır, kaydedilir, değerlendirilir ve bir sonuca varılır. Anket, bu bakımdan araştırmacı ile bilgiyi veren kişiler arasında bir iletişim sürecini içerir. Bu sebeple, anket tekniği ne olursa olsun anketi uygulayan yada yapılandıran kişinin iletişim becerilerini iyi kullanması elde edilecek verilerin güvenilirliğini artıracaktır. Yüz yüze anket uygulamasında kullanılan ses tonu ve sözcükler kadar beden dilinin de iyi kullanılması iyi bir iletişim sağlayacaktır.

Anket formu (soru formu), anket yönetiminde bilgi toplamada kullanılan ve belli sorulardan meydana gelen formdur. Anket yönteminin başarısı, anketörlere olduğu kadar, anket formunun doğru ve iyi düzenlenmiş olmasına da bağlıdır.

Soru formunun başına, konuyu açık olarak ortaya koyan, bilgi verici nitelikte, cevaplayıcının ilgisini çekecek, onu işbirliğinde bulunmaya teşvik edecek bir açıklama yerleştirilmelidir.

Kullanılan teknikten bağımsız olarak anketler konusunda dikkat edilmesi gereken diğer bazı noktalar şu şekilde özetlenebilir:

- Cevaplayıcıyla sağlıklı bir iletişim için cevaplayıcıyı küçük gören yada yargılayan bir tavır içinde olunmamalıdır.
- Anket içerisinde kullanılan ifadeler açık ve net olmalı, çok ağıdalı olmamalı, argo veya halk ağzı kullanılmamalıdır.
- İkili anlam taşıyan söz ve ifadelerden kaçınılmalıdır. Ayrıca iki olumsuz ifadenin peş peşe kullanılması anlamayı zorlaştırabilmektedir.
- Soru formunda yer alan sorular mantıklı bir sırada düzenlenmelidir. Cevaplandırılması zaman alan ve zor olan sorularla, hassas konularla ilgili sorular tercihen sonlara yerleştirilmelidir.
- Birbiriyle ilgili, bağlantılı olan sorular gruplandırılmalı, şekil olarak birbirine benzer veya aynı olan soru tipleri kısa tutulmalı, soru aralarına ve uygun yerlere ilgiyi canlandıracak, cevap vermeyi iyileştirecek açıklamalar ve talimatlar kolayca fark edilebilecek şekilde yerleştirilmelidir.
- Soru formu düzenlenirken, bu formla toplanacak bilgilerin nasıl değerlendirilip, analize hazırlanacağı daha başlangıçta araştırmanın planlanması sırasında göz önünde tutulmalı ve anket daha başından buna göre yapılandırılmalıdır.

Anket uygulaması verilerin geçerlik ve güvenilirliği açısından, mecbur kalınmadıkça, şu durumlardaki cevaplayıcılara uygulanmamalıdır;

- 16 yaşından küçük çocuklar
- Terminal dönemdeki hastalar
- Hamileliğin son döneminde bulunanlar
- Cevaplamak istemeyenler
- Psikiyatri hastaları

Araştırmanın amacı ve araştırma problemi göz önünde bulundurularak, hangi tür anketin en uygun olduğunu belirlemede bazı kriterler göz önünde tutulur;

- Soruların karmaşıklığı
- Arzulanan veri miktarı

- Arzulanan doğruluk
- Örneklem denetimi
- Harcanabilecek zaman
- Kabullenilebilir cevaplamama oranı
- Maliyet

Araştırmacı, soruların karmaşıklığını olduğunca en aza indirmeye özen gösterse de araştırmanın konusu gene de karmaşık soruları sormayı gerektirebilir. Bu tür durumlarda, mektupla ankete göre telefonla anket ve kişisel görüşme teknikleri daha uygundur. Öte yandan, önceden hazır biçime getirilmemiş yapılandırılmamış soruların sorulduğu durumda, mektupla anketin geçerliliği söz konusu olamaz. Kısaca, yüz yüze görüşme en esnek görüşme iken bunu telefonla anket ve mektupla anket takip eder.

Soruların karmaşıklığıyla yakından bağlantılı olan bir konu da elde edilmesi arzulanan veri miktarıdır. Veri miktarı iki konu ile bağlantılıdır. Tüm soruların cevaplandırılması için harcanacak zaman ve çaba. En çok miktarda veri kişisel görüşme yoluyla elde edilebilir. Bu konuda en zayıf anket türü ise telefonla olanıdır.

Anketlerden toplanacak bilgilerin doğruluğu ve güvenilirliği birçok faktörün etkisindedir. Görüşmecinin etkileri, cevaplayıcının etkileri, anket formunun tasarımı ve formatı bunlar arasında önde gelenleridir. Yüz yüze görüşme ve telefonla anket yoluyla bilgi edinmede, cevaplayıcı ile anketör arasında sosyal bir etkileşim yaratılacağından bazı duyarlı ve özel sorulara yanıt alınamayabilir. Bu konuda mektupla anketin üstünlüğü çok açıktır. Mektupla ankette ise, soruların yanıtlarından bazıları sonradan değiştirilebilme şansına sahiptir. Yüz yüze görüşme tekniği, cevaplayıcı üzerinde en geniş denetime sahiptir. Öncelikle, evde görüşülecek kişilerin açık listesini önceden bilmek gerekmez. Görüşmeci, bu konuda cevaplayıcının kim olması gerektiği gözlemleyerek kesinleştirir. Tesadüfi rakamları çevirme tekniği ile uygulanacak telefonla anket uygulamasında örneklemin kontrolünde üstünlük ele geçirilebilir. Her üç türün de bu konuda benzer üstünlük ve zayıflıkları vardır. Harcanacak zaman açısından en üstün anket türü telefonla ankettir. Özellikle, kısa soruların ve hemen yanıtlanması istenen güncel konuların olduğu araştırmalarda bu üstünlük büyük bir yarar sağlamaktadır. Öte yandan, telefonda görüşme yapacak personelin işe alınması, denetim ve koordinasyonu çok daha kolay olabilmektedir. Mektupla anket yapılması durumunda, bekleme zamanı uzun olacaktır ve bazı durumlarda uzun zamanı göze

alabilmek zorlaşmaktadır. Anket sorularına yanıt alamama iki ana unsurdan oluşabilmektedir. Yanıtlamayı reddetmek ve evde bulunamamak. Evde bulunamamaya, mektupla ankette düşük oranda rastlanır ve bu yüzden tek gönderimlik mektupta cevaplama daha yüksek olabilmektedir. Ancak, telefonla anket ve yüz yüze görüşmelerde bazı koşullarda cevaplayıcılara ulaşamama oranları çok yüksek olabilmektedir. Özellikle telefonla anket yönteminde telefonun meşgul olması, hat ile ilgili problemler, cevaplayıcıların evde olmama oranları toplamda yüksek bir erişememe oranına neden olmaktadır. Telefonla anket ile ilgili bu dezavantajlar örneklem büyüklüğünün büyük tutulması ve tekrar aramalarla çözümlenebilir. Anketin maliyetini etkileyen birçok faktör vardır. Soruların formatı, arzulanan cevaplama oranı, kapsanacak coğrafik alan ve zaman bu faktörler arasında önde gelenleridir. Bunlar göz önünde tutulduğunda en maliyetli olan anket türü yüz yüze görüşmedir.

Hiçbir yöntem her durumda en uygun yöntem olamaz. Amaç, kullanılacak yöntemin en uygun cevaplayıcılardan en düşük maliyetle en güvenilir bilginin elde edilebilmesi olmalıdır.

Tablo 2: Farklı Anket Tekniklerinin Üstünlükleri.¹⁸

	POSTA İLE ANKET	TELEFON İLE ANKET	YÜZYÜZE ANKET
Karmaşık sorular	Zayıf	İyi	Çok iyi
Veri miktarı	Orta	İyi	Çok iyi
Duyarlı sorularda doğruluk	İyi	Orta	Orta
Anketör etkilerinin denetimi	Çok iyi	Orta	Zayıf
Cevaplayıcı denetimi	Orta	Orta	Orta
Gereken zaman	Zayıf	Çok iyi	İyi
Olası cevaplama oranı	Orta	Orta	Orta
Maliyet	İyi	İyi	Orta

2.3.1. Yüz yüze Anket

Yüz yüze anket için anketör ile cevaplayıcı doğrudan karşı karşıya gelir. Anket formunun çok uzun olduğu, yüksek bir cevaplandırma oranının ve cevaplama hızı gibi hususların önem kazandığı, çok değişik bilgilerin toplanacağı hallerde sıkça kullanılır. Yüz yüze ankette cevaplayıcılardan cevap alma hızı ayarlanabilir.

Cevaplayıcılara soru sorma yanında, onlara şekil, numune, maket vs. gibi nesneleri gösterme ve görüşme yerinde gözlem yapma imkanı da bulunur. Yüz yüze ankette görüşme hem soru sayısı hem de süresi itibarıyla uzun tutulabilir.

2.3.2. Postayla Anket

Postayla anket uygulamasında yazılı bir anket formu herhangi bir vasıta ile (posta olması şart değil) cevaplayıcıya ulaştırılır, cevaplar da yine herhangi bir araç ile araştırmacıya geri iletilir. Arada bir anketörün bulunmaması, cevaplayıcıların özel konularda daha serbest ve açık davranmalarını kolaylaştırır. Postayla ankette cevaplama oranı ekseriya düşük olur. Ancak ilgi çekecek bir konu, sorular ve görünüş, nispeten kısa bir anket formu, bir hediye veya sonuçları cevaplayıcıya bildirmek vaadi, cevaplama ve geri postalamayı kolaylaştırıcı boş zarf gönderilmesi, cevaplayıcıların önceden kendilerine anket için başvurulacağı konusunda uyarılmaları, hemen cevap vermelerinin rica edilmesi, gibi tedbirlerle cevaplama oranı arttırılabilir.

2.3.3. İnternet ve Mail İle Anket

İnternet ve mail aracılığı ile anket, cevaplayan için pek çok avantaj taşımaktadır. Cevaplayıcılar evden yada işyerinden rahat bir ortamda ve istedikleri zaman anketi doldurabilirler. Posta ile ankette olduğu gibi cevaplayıcılar anketi tek başlarına doldurdukları için hassas sorulara daha rahat cevap verebilirler. Fakat Türkiye'deki internet kullanıcı sayısı henüz belli bir seviyenin altında olduğu için bu yolla erişilebilen cevaplayıcı sayısı da düşük olacaktır¹⁹. Ülkemizde internet abone sayısı 2004 yılı itibarıyla 1.474.590'dır.²⁰ İnternet bağlantısına sahip hane oranı % 5,86'dır.²¹

2.3.4. Telefonla Anket

Telefonla anket bir bakıma yüz yüze ankete benzer, ancak aradaki bağlantı telefonla sağlanır. Anında cevap almak istenen, araştırmanın çok kısa sürede tamamlanmasının arzulandığı hallerde tercih edilir. Anketörler merkezi bir yerde bulunmaları çalışma koşulları açısından bir avantajdır. Telefonla anket, bazı durumlarda öteki anket türlerinde yardımcı araç olarak da kullanılır.²²

Telefonla ankette, örneklem seçimi telefon rehberi esas alınarak yapılır. Daha çok gelişmiş ülkeler ve yörelerde uygulanmasına rastlanır. Bu tür anketin

uygulanabilmesi için telefon kullanımının yaygın olması gereklidir. Türkiye'de toplamda telefon abone sayısı bu tür anket uygulamaları için yeterli sayıdadır. 2002 verilerine göre Türkiye'de hane sayısı 16.442.000 iken telefon aboneliği sayısı 18.914.857'dir. Bu verilere göre hane başına düşen telefon aboneliği sayısı 1,15'tir.²¹ Telefonla anket uygulaması yazılı iletişimi temel almadığı gibi tam olarak kişisel iletişimi de temel almaz. İletişim türü daha çok bir araç yardımıyla gerçekleştirilen uzaktan iletişimidir. Bu tür iletişimin olumlu ve olumsuz yönlerini taşır. Telefonla anket yönteminde, cevaplayıcılarla telefon aracılığıyla iletişim kurularak sorulan sorulara alınan yanıtlar anket formuna işlenir.

2.3.5. Telefonla Anket Yönteminin Başlıca Üstün Yönleri

- Diğer anket türlerine göre daha düşük maliyetlidir. Bir araştırmada telefonla anket yönteminin uygulanmasının ne ölçüde ekonomik olacağı, araştırmanın konusu, görüşmenin uzunluğu, cevaplandırma oranları, tekrar arama mecburiyeti, örnekleme çabaları, gözetim ve eğitim süreleri, personel ücret düzeyleri, arama maliyetleri gibi harcamalar dikkate alınarak değerlendirilebilir.
 - Kısa bir zaman içerisinde daha fazla kişiye ulaşarak görüşme yapabilmek olanağı olduğundan en hızlı bilgi toplama yöntemi olduğu gibi zaman tasarrufu da sağlayan yöntemdir.
 - Mektupla anket türüne göre, çok güncel konular hakkında bilgi edinmede daha esnektir.
 - Görüşmecinin yanıtlar üzerinde etkili olması bakımından, mektupla anket ile kişisel görüşme arasında yer alır. Fiziksel görünümünden, anket formunun tasarımından kaynaklanan etkiler bu yöntemde söz konusu değildir. Sadece sesin kullanılmış olması, bu etkileri en aza indirmektedir.
 - Telefonla görüşmelerde kişiselleşme söz konusu olduğundan, insanlar kendileriyle ilgili sorulara daha rahatlıkla ve içtenlikle yanıtlar verebilmektedirler.
- Telefonun özel bir araç olması ve görüşmelerin de birer özel konuşma olarak kabullenilmesi, başkalarının yanıt vermesini ya da görüşmelere katkıda bulunmasını en aza indirmektedir.
- Telefonla anket uygulaması sırasında, bilgi toplama ile ilgili denetim önlemleri istenilen düzeyde ve biçimde uygulanabilir. Görüşmecilerin tamamen serbest

olabilecekleri gibi tam bir denetim altında da çalıştırılma olanakları vardır. Görüşmelerin belli bir zaman diliminde, önceden belirlenen koşullar ve davranışlarla düzenli biçimde yapılması kolaydır. Ses tonları ve kullanılacak sözcükler özenle belirlenir ve denetlenir. Gerektiğinde en kısa süre içerisinde düzenlemeler yapılabilir.

- Bilgisayar desteği ile birlikte uygulandığında veri toplama ve verilerin analiz sürecini büyük ölçüde kolaylaştırır ve hata olasılığı minimuma iner.
- Türkiye'de hane başına düşen telefon aboneliği oranı göz önüne alındığında rakamlar göstermektedir ki; genel popülasyona ilişkin saha araştırmaları için telefonla anket uygulaması çalışma popülasyonuna erişim açısından oldukça uygun bir seçimdir.

2.3.6. Telefonla Anket Yönteminin Bazı Zayıf Yönleri

- Sadece telefonu olanlarla görüşme yapılabilir. Bu durum, örnek seçiminde yanlılığı yaratabilmekte ve örneğe göre birimlerin araştırma evrenini temsil yeteneğini azaltabilmektedir. Özellikle gelir düzeyi düşük, gecekondlu sakinleri, kiracılar, yeni taşınan aileler ve kırsal kesimde yaşayanlarla ilgili bilgi toplamada bu konu önemli sorun olarak ortaya çıkabilmektedir. Ancak, ülkemizde telefon sayısındaki artış ve telefon sahipliği oranındaki gelişme bu sakıncayı ortadan kaldırmaya başlamıştır.
- Bazı noktalara dikkat edilmezse yüksek maliyetler ortaya çıkabilir. Özellikle, soru sayısının fazla olması ve dolayısıyla görüşmelerin uzun sürmesi durumunda örneklem sayısı da fazlaysa yüklü bir telefon faturası ile karşılaşılabilir.
- Uzun görüşmelere fazla olanak sağlamadığından, elde edilecek bilgilerin miktarı ve çeşidi sınırlı kalabilmektedir. Görüşmenin uzaması durumunda, cevaplayıcı sıkılabilmekte ya da zaman darlığından konuyu kısa kesmeyi isteyebilmektedir. Verilen yanıtlar daha çok kısa ve öz olabilmekte, ayrıntılı yanıtları alabilmek zorlaşmaktadır.
- Gözlem olanağı yoktur. Ses tonu ve konuşma biçimi ile birçok eğilim saptanmaya çalışılır. Telefonla konuşanın, sabırsızlık, hoşlanma, hoşlanmama, kızma, neşelenme gibi tepkilerini gösterecek yüz ifadelerini görebilmek ve anlayabilmek olanaksızdır. Her şey ses tonuna ve sözcüklere kalmıştır. Ancak, yeni teknolojinin sağladığı görüntülü telefonların bu konudaki sorunları ortadan kaldırılabileceği beklenmektedir.
- Görüşmelerde yardımcı araçların kullanılması olanaksızdır. Göze hitap edecek bir bildirinin, şeklin ya da çizimin gösterilmesi olanağı yoktur.

Telefonla anket yönteminin üstün ve zayıf yönlerinin değerlendirilmesi yapıldığında,

bu yöntemin gittikçe büyüyen bir kullanım potansiyeline sahip olduğu söylenebilir. En kolay, en hızlı ve en az maliyetli bilgi toplama yöntemi olarak telefonla anket yönteminin zayıf yönleri önceden bilinerek ve yerinde kullanılması araştırmacılara büyük kolaylıklar getirmektedir¹⁹.

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

3.1. Çalışma Evreninin Belirlenmesi

Adana ilinin Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce bu çalışma yapıldığı için çalışmamızda aranacak telefon numaraları Adana ili Aladağ, Ceyhan, Feke, İmamoğlu, Karaisalı, Karataş, Kozan, Pozantı, Saimbeyli, Tufanbeyli, Yumurtalık İlçeleri'ndeki Türk Telekom santrallerinden seçilmiştir.

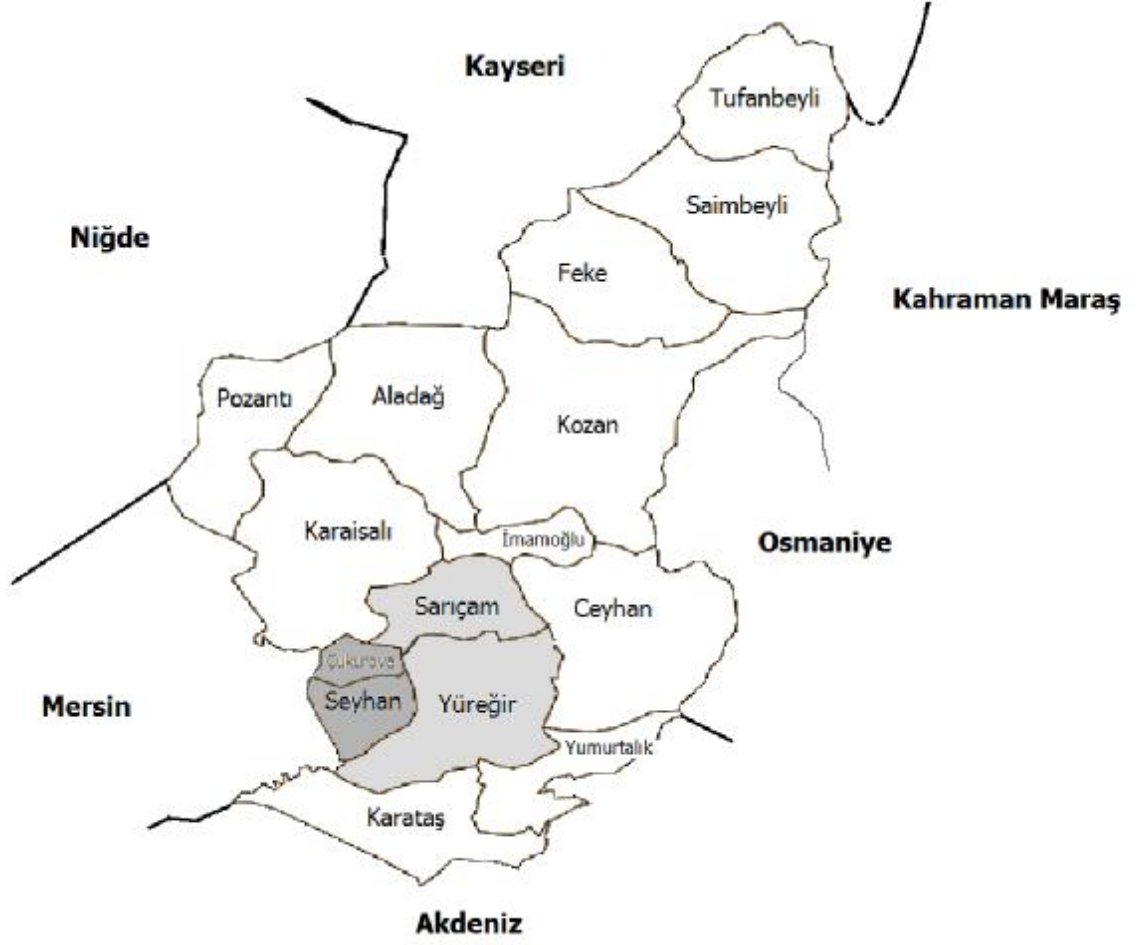
3.2. Adana İli İlçeleri İle İlgili Genel Bilgiler

Çalışma evreni Adana İli Aladağ, Ceyhan, Feke, İmamoğlu, Karaisalı, Karataş, Kozan, Pozantı, Saimbeyli, Tufanbeyli, Yumurtalık İlçeleri'nden oluşmuştur. Çalışma evrenini oluşturan ilçeler hakkında bilgiler Tablo 3'de görülmektedir.

Tablo 3: Adana İli İlçelerinin (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Adana'ya uzaklık, Köy, Mahalle, Belde Sayısı ve Nüfusları

Adana ili ilçeleri	Adana'ya uzaklık	Köy, mahalle, belde sayısı	Nüfus
Aladağ	100 km	27 köy, 4 mahalle	23500
Ceyhan	43 km	71 köy	178500
Feke	122 km	7 mahalle	20890
İmamoğlu	45 km	18 köy, 6 mahalle	43361
Karaisalı	47 km	2 belde, 70 köy	35122
Karataş	47 km	2 belde, 46 köy, 7 mahalle	32375
Kozan	68 km	2 belde, 86 köy, 16 mahalle	130875
Pozantı	112 km	16 köy	21750
Saimbeyli	157 km	25 köy	17150
Tufanbeyli	196 km	1 belde, 29 köy, 3 mahalle	20171
Yumurtalık	80 km	16 köy	22575

Aşağıda Adana İl haritası görülmektedir. Açık renk ile gösterilen ilçeler, çalışma evrenimizi oluşturmaktadır.



Şekil 1. Adana İl Haritası.

3.3. Çalışma evrenini oluşturan prefiksler

Görüşülecek kişilere yaşadıkları evlerdeki telefonlardan ulaşılması amaçlandığı için, önce tüm ilçelerdeki santrallere ait prefiksler listelenmiş ve daha sonra bu listeden yoğun olarak işyerlerinin, sanayi bölgelerinin ve kamu kurumlarının bulunduğu bölgelerdeki prefiksler çıkarılmıştır. Bu düzenlemeler sonucu Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç diğer ilçelerdeki yaklaşık 91987 sabit telefon numarası olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışma evrenimiz Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç diğer ilçelerdeki yaklaşık 91987 adet telefon numarasıdır. Tablo 4'de bu numaraların prefikslere göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 4: Çalışma Evrenini Oluşturan Adana ili (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) İlçelerindeki Prefiksler ve Toplam Türk Telekom Abone Sayılarının Dağılımı

İlçeler	Prefiksler	Toplam Türk Telekom Abone Sayısı
Aladağ	5912,5942,5992,5982,5954,5972,5958,5962,5922,5932,5918	2365
Ceyhan	611,612,613,6685,6637,6392,6352,6526,6597,6452,6584, 6445, 6496,6433,6512,6427,6553,6468,6484,6542,6416,6472,6572, 6362,6672,6567,6342,6698,6382,6538,6372, 6614	29562
Feke	7412,7413,7552,753,7472,7482,7462,7792,7442,7512,7592,7582, 7572,7492,7452,7522,7542,7562	3746
İmamoğlu	891,892,8962,8982,8972,8942,8978,8998,8952	5179
Karaisalı	5512,5513,5712,5692,5628,5582,5682,5652,5722,5752,5772,5662, 5762,5672,5642,5638,5592,5742,5612,5732, 5792,5572,5782	6044
Karataş	6812,6813,6814,6968,6972,6862,6952,6892,6932,6942, 6992,6852, 6872,6982,6922,6882,6916	5103
Kozan	515,516,5272,5432,5472,5354,5372,5343,5362,5292,5452,5442,5412 5192,5462,5422,5332,5327,5242,5222,5482,5492,5262,5182,5316, 5282,5382,5232,5392	22100
Pozantı	5812,5813,5814,583,5842,5843,5844,5888,5898,5899,5852,5862, 5872,5866	7912
Saimbeyli	7612,7613,7742,7732,7752,7722,7782,7762,7712	2732
Tufanbeyli	7818,7819,7982,7917,7932,7942,7962,7972,7892,7992,7952,7922	3517
Yumurtalık	6712,6713,6752,6764,6772,6737,6785,6792,6746	3727

3.4. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Çalışmamızda örneklem büyüklüğünü hesaplarken;

S: $Z \cdot Z[P(1-P)] / (D \cdot D)$ formülünü kullandık. Formüle göre evrenimizin büyüklüğünü 91987 (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) telefon numarası, beklenen prevalansı % 7, hata payını % 1,4, dizayn etkisini 1,5 ve güvenilirlik aralığını % 95 olarak kabul ettiğimizde Adana ili ilçeleri için hesapladığımız örneklem büyüklüğü 1888 olarak bulunmuştur.

3.5. Örneklem Seçimi

Çalışma evrenimizin büyüklüğünü 91987 ve örneklem büyüklüğünü de 1888 olarak kabul ettiğimizde, her ilçenin örneklem sayısını, abone sayılarına göre tek tek hesapladık (Tablo 5).

Tablo 5: Adana ili (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) İlçelerinin Nüfus, Abone Sayıları ve Örneklem Sayılarının Dağılımı

İlçeler	*Nüfus ²³	**Abone Sayısı ²⁴	Örneklem Sayısı
Aladağ	23500	2365	49
Ceyhan	178500	29562	606
Feke	20890	3746	77
İmamoğlu	43361	5179	106
Karaisalı	35122	6044	124
Karataş	32375	5103	105
Kozan	130875	22100	454
Pozantı	21750	7912	162
Saimbeyli	17150	2732	56
Tufanbeyli	20171	3517	72
Yumurtalık	22575	3727	77
Toplam	546239	91987	1888

*Nüfus: T.C Adana İli Valiliği 2000 genel nüfus sayımı

**Abone Sayısı :Adana Türk Telekom Bölge Müdürlüğü Veri Tabanı Abone Sayıları

Türk Telekom'a ait her sabit telefon santrali kapasitesine göre üç haneli veya dört haneli prefiksleri barındırmaktadır. Fakat bu telefon numaralarının tamamı kullanımda olmayabilir. Numaraların kaçının kullanıldığı o bölgedeki hane sayısına göre değişmektedir. Arama sırası; her başarılı görüşmeden sonra bir sonraki prefikse atlamak şeklinde devam ettirilerek her prefiksten barındırdığı telefon numarası yoğunluğuyla orantılı sayıda numara örnekleme dahil edilmiştir. Aramalar sırasında bir gruptan seçilen numara cevap vermezse, aranan yer mesken değilse, aranan numaradaki görüşülen kişi ankete katılmayı kabul etmezse, aranan numaraya ait telefon hattı kapalı ise, telefona çıkan kişi 18 yaşın altındaysa ve o anda evde görüşme yapılabilecek 18 yaşın üstünde bir erişkin mevcut değilse bu durumda o gruptaki bir sonraki numara aranmıştır.

On bin numaralık üç haneli prefikslerdeki telefon numaraları önce on gruba ayrılmış, benzer şekilde bin numara içeren dört haneli prefiksler bir grup olarak kabul edilmiştir. Her gruptan rasgele olarak ilçeden alınacak örneklem sayısına ve doluluk oranına göre telefon numaraları aranmak üzere seçilmiştir.

Örneğin Pozantı santrali:

583, 5812, 5813, 5814, 5842, 5843, 5844, 5888, 5898, 5899, 5852, 5862, 5872, 5866 şeklinde bir adet on bin, on üç adet bin olmak üzere on dört adet prefiks barındırmaktadır. Bir adet onbinlik prefiksi on gruba, onüç adet prefiksin her birini bir gruba ayırdığımızda, yirmi üç adet grup olduğunu görüyoruz. Yirmi üç adet binlik grubun (teorik olarak Pozantı santralinde yirmi üç bin telefon numarası mevcuttur.) yüzde yüzünün dolu olduğunu kabul ettiğimizde, Pozantı'nın doluluk oranı 7912 abone sayısına göre binde 350 ve onbinde 3500'dür. Pozantı santraline bağlı bölgedeki telefon numaraları; bir adet onbinlik prefiks 583 prefiksine ait olup, grup 5830000 ile başlayıp 5833500 ile bitmektedir, onüç adet prefiks'den 5812 prefiksine ait grup 5812000 ile başlayıp 5812350 ile bitmektedir ve diğer binlik prefiksler benzer şekilde 000 ile başlayıp 350 ile bitmektedir. Pozantı'nın örneklem sayısını 162 olarak hesapladığımızda, $162/23= 7$ olup, rastgele olarak her binlik gruptan yedi adet, her onbinlik gruptan yetmiş adet telefon numarası seçerek Pozantı ilçesinden aranacak telefon numaralarını belirledik. Belirlenen prefikslerdeki numaraların listelenmesi, gruplara ayrılması ve her gruptan rasgele olarak numaraların seçilmesi işlemleri

bilgisayar ile "Uysal WebQ 1.0"²⁵ anket yönetim yazılımının 'örneklem seçim modülü' ve "Epi info"²⁶ programı aracılığı ile gerçekleştirilmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Bu çalışmada Adana ili Ceyhan, Karaisalı, Pozantı, Yumurtalık, Kozan, İmamoğlu, Saimbeyli, Tufanbeyli, Feke, Aladağ, Karataş ilçelerinde ikamet eden erişkinlere ilişkin kişisel sağlık davranışları 'telefonla anket yöntemiyle' araştırılmıştır. Çalışmamızda kullanılan yapılandırılmış anket formu, Amerika Birleşik Devletlerinde 20 yıldan uzun süredir tüm eyaletlerde telefonla rutin olarak her yıl uygulanan "Davranışsal Risk Faktörleri Araştırma Sistemi"ne (Behavioral Risk Factor Surveillance System: BRFSS)²⁷ ilişkin özellikle telefon ile uygulanmak üzere yapılandırılmış anketten modifiye edilerek hazırlanan ve daha önce Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde uygulanan ve güvenilirliği saptanan anket uygulanmıştır. Orjinal anketteki 21 ana bölümden 8 tanesi anketimize dahil edilmiştir. BRFSS 1984'te Amerika Birleşik Devletleri'ndeki "Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi" (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) tarafından riskli davranışlara ve risk faktörlerine ilişkin prevalans verilerini ve bunlara yönelik koruyucu sağlık uygulamalarını ortaya koymak için başlatılmış bir araştırma sistemidir. Sistem, eyaletlerin sağlık birimleri tarafından yürütülen ve CDC'nin destek sağladığı kesitsel telefon survey'ine dayanmaktadır. BRFSS anketinde sorgulanması zorunlu olan toplam 21 ana başlık ve isteğe bağlı olarak sorgulanan 20 alt başlık vardır.

BRFSS anketinden çalışmamıza dahil edilen 8 ana başlık şunlardır: demografik bilgiler, sağlık durumu, sağlıklı günler-sağlık ilişkili yaşam kalitesi, sağlık bakım erişimi, egzersiz, güneş ışınlarına aşırı maruziyet, tütün kullanımı, alkol kullanımı,.

Her görüşmenin başında görüşülen kişiye anket ve çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek onayları alınmıştır. Anketteki tüm sorular bitmeden kişi görüşmeyi sonlandırdığında bu görüşme "tamamlanamadı" olarak kaydedilerek görüşmeye ilişkin veriler analiz dışı bırakılmıştır. Ankete katılanlardan isim, adres, çalıştığı kurum gibi bilgiler istenmemiştir. Ayrıca numara arandıktan sonra aranan numaranın cevap vermeme, meşgul, özel konut olmaması, kişinin görüşmeyi kabul etmemesi gibi bilgiler de kaydedilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6: Adana ili İlçelerinde(Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Aranan Tüm Numaraların Sonuçları

SONUÇ	n	%
Meşgul	8	0,4
Cevap yok	327	17,3
Özel konut değil	228	12,0
Kişi görüşmeyi kabul etmedi	149	7,8
Görüşme tamamlanamadı	80	4,2
Görüşme tamamlandı	1096	58,0
TOPLAM	1888	100,0

Telefon aramaları haftanın yedi günü saat 09:00 ile 18:00 saatleri arasında "Çukurova Üniversitesi Telefon ve İnternet İle Saha Araştırmaları Merkezi"nden (TİSAM) yapılmıştır. TİSAM'daki mevcut üç telefon hattından iki tanesi sürekli olarak bu çalışmada kullanılmak üzere tahsis edilmiştir. Telefon görüşmeleri Temmuz-2008'da başlamış ve Ocak-2009'de sonlanmıştır.

Telefon görüşmeleri sırasında anket sorularını sorma, eşzamanlı olarak alınan cevapları kaydetme ve verileri uygun veritabanlarına aktarma işlemleri bilgisayar ile "Uysal WebQ 1.0"²⁵ anket yönetim yazılımının 'veri toplama modülü' kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma sırasında elde edilen veriler TİSAM ana bilgisayarına kaydedilmiştir. Çalışma sonunda toplanan bu verilerin min-max ve tutarlılık hata kontrolleri yapılmış ve istatistiksel paket program yardımı ile analiz edilmiştir.

3.8. Çukurova Üniversitesi Telefon ve İnternet ile Saha Araştırmaları Merkezi

Çalışmanın gerçekleştirildiği Çukurova Üniversitesi Telefon ve İnternet ile Saha Araştırmaları Merkezi (TİSAM) Temmuz 2006 tarihinde kurulmuş ve faaliyete geçmiştir. Araştırma merkezinde toplam beş bilgisayar ve dört adet sabit telefon hattı mevcuttur. Merkezdeki bilgisayarlar arasında bir iç ağ (intranet) kurulmuş ve tüm

bilgisayarlardaki verilerin tek bir bilgisayarda toplandığı 'server' sistemi oluşturulmuştur. TİSAM'da şu ana kadar dört araştırma projesi tamamlanmış ve üç projenin daha planlaması yapılarak ön çalışmaları başlatılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Görüşülen Kişilerin Sosyo Demografik Özellikleri

Çalışma kriterlerine uygun olarak tamamlanan görüşme sayısı 1096 idi. Tablo 7’de görüldüğü gibi cinsiyete bakılmaksızın her yaş grubundaki toplam nüfusa bakıldığında yaş grupları arasında ciddi fark olmadığını ,yaş ve cinsiyete baktığımızda erkek ve kadın arasında fark olduğunu ve bu farkın anlamlı olduğunu görmekteyiz. ($P < 0,001$) Telefon görüşmesi yaptığımız kişilerin % 72,0’ı kadın ve % 28,0’ı erkek idi. Tüm örneklem yaş ortalaması $43,36 \pm 14,31$ iken, erkeklerin yaş ortalaması $47,18 \pm 14,89$ ve kadınların yaş ortalaması $41,86 \pm 13,81$ idi.

Tablo 7: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş grupları	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	n	%*	n	%*	n	%*
20-29	54	17,5	183	23,1	237	21,5
30-39	44	14,3	179	22,6	223	20,3
40-49	62	20,1	170	21,5	232	21,1
50-59	54	17,5	134	16,9	188	17,1
60 ve üstü	94	30,5	126	15,9	220	20,0
TOPLAM	308	28,0 ⁺	792	72,0 ⁺	1100	100,0

Erkeklerin yaş ortalaması: $47,18 \pm 14,89$

Kadınların yaş ortalaması: $41,86 \pm 13,81$

Tüm örneklem yaş ortalaması: $43,36 \pm 14,31$

*sütun yüzdesi ⁺satır yüzdesi

$\chi^2=34,67$ SD=4 P= 0,0001

Görüşülen kişilerin bölgelere ve cinsiyete göre dağılımına baktığımızda (Tablo 8),erkek nüfusun en fazla (% 38,1) ile Aladağ ilçesinde,kadın nüfusun en fazla (% 80) ile Feke ilçesinde bulunmasına rağmen ilçeler arasında cinsiyete göre anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 8: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Bölge	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Aladağ	16	38,1	26	61,9	42	3,8
Ceyhan	95	23,8	304	76,2	399	36,3
Feke	8	20,0	32	80,0	40	3,6
İmamoğlu	5	23,8	16	76,2	21	1,9
Karaisali	25	32,9	51	67,1	76	6,9
Karataş	21	30,4	48	69,6	69	6,3
Kozan	89	33,1	180	66,9	269	24,5
Pozantı	12	25,0	36	75,0	48	4,4
Saimbeyli	12	26,1	34	76,9	46	4,2
Tufanbeyli	10	23,3	33	76,7	43	3,9
Yumurtalık	15	31,9	32	68,1	47	4,3
TOPLAM	308	28,0	792	72,0	1100	100,0

*sütun yüzdesi

⁺satır yüzdesi

$\chi^2=12,70$ SD=10 P= 0,24

Görüşülen kişilerin medeni durumlarının dağılımına baktığımızda (Tablo 9); en büyük grubu evliler % 76,6 ile, ikinci büyük grubu da bekârlar % 15,1 ile oluşturmaktadır. Boşanmış veya eşi ölmüş olan kadınların oranı % 10,6 ile erkeklere göre fazla idi. Cinsiyet ve medeni durum arasında anlamlı fark bulunmuştur (P< 0,001).

Tablo 9: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Medeni Duruma Göre Dağılımı

Medeni durum	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	n	% [*]	n	% [*]	n	% [*]
Evli	239	77,6	603	76,2	842	76,6
Bekâr	62	20,1	104	13,1	166	15,1
Boşanmış veya eşi ölmüş	7	2,3	84	10,6	91	8,3
TOPLAM	308	28,0 ⁺	791	72,0 ⁺	1099	100,0

*sütun yüzdesi

⁺satır yüzdesi

$\chi^2= 25,86$ SD=2 P= 0,0001

Örneklemin meslek dağılımına baktığımızda genel toplamda en büyük grubu % 65,8 ile ev hanımları oluşturmaktadır (Tablo 10). Erkeklerde ise en büyük grup % 51,5 ile çalıştığını ifade eden grup, ikinci büyük grup % 33,1 ile emekli ve çalışamaz durumda olanlar, üçüncü grup ise işsiz veya öğrenciler % 15,4 ile izlemektedir. Cinsiyet ve meslek dağılımı arasında anlamlı fark bulunmuştur ($P < 0,001$).

Tablo 10: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Meslek Dağılımı

Meslek	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	n	%*	n	%*	n	%*
Çalışıyor	154	51,5	36	4,5	190	17,4
İşsiz veya öğrenci	46	15,4	21	2,7	67	6,1
Ev hanımı	0	0,0	718	90,7	718	65,8
Emekli veya çalışamaz durumda	99	33,1	17	2,1	116	10,6
TOPLAM	299	27,4 ⁺	792	72,6 ⁺	1091	100,0

*sütun yüzdesi +satır yüzdesi
 $\chi^2=798,94$ SD=3 P= 0,0001

Görüşülen kişilerin bölgelere ve mesleğe göre dağılımına baktığımızda (Tablo 11), çalışanların en fazla (% 31,7) ile Aladağ ilçesinde, işsiz veya öğrencilerin en fazla (% 8,5) ile Yumurtalık ilçesinde, emekli veya çalışamaz durumda olanların en fazla (% 17) ile Yumurtalık ilçesinde bulunmasına rağmen, tüm ilçelerde en büyük grubu ev hanımları oluşturmaktadır. İlçelere göre meslek dağılımı arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 11: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Mesleğe Göre Dağılımı

Bölge	Çalışıyor		İşsiz veya öğrenci		Ev hanımı		Emekli veya çalışamaz durumda		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Aladağ	13	31,7	1	2,4	23	56,1	4	9,8	41	3,8
Ceyhan	57	14,4	31	7,8	272	68,7	36	9,1	396	36,3
Feke	5	12,5	2	5,0	28	70,0	5	12,5	40	3,7
İmamoğlu	2	10,0	0	0,0	16	80,0	2	10,0	20	1,8
Karaisali	14	19,4	2	2,8	51	70,8	5	6,9	72	6,6
Karataş	18	26,1	1	1,4	46	66,7	4	5,8	69	6,3
Kozan	60	22,3	21	7,8	154	57,2	34	12,6	269	24,7
Pozantı	3	6,3	3	6,3	35	72,9	7	14,6	48	4,4
Saimbeyli	7	15,2	0	0,0	34	73,9	5	10,9	46	4,2
Tufanbeyli	4	9,3	2	4,7	31	72,1	6	14,0	43	3,9
Yumurtalık	7	14,9	4	8,5	28	59,6	8	17,0	47	4,3
TOPLAM	190	17,4	67	6,1	718	65,8	116	10,6	1091	100,0

*sütun yüzdesi

⁺satır yüzdesi

$\chi^2=46,68$ SD=30 P= 0,027

Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyete göre eğitim durumlarının dağılımlarına baktığımızda (Tablo 12) okuryazar olmayanların oranı kadınlarda % 93,3 idi. Üniversite mezunu kadınların oranı (% 54,4) ile, erkeklere göre daha yüksekti. Cinsiyet ve eğitim durumu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (P< 0,001).

Tablo 12: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Cinsiyete Göre Eğitim Durumlarının Dağılımı

Eğitim	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺
Okuryazar değil	12	6,7	166	93,3	178	16,2
Okuryazar	26	33,3	52	66,7	78	7,1
İlkokul	140	29,2	339	70,8	479	43,6
Ortaokul	33	33,3	66	66,7	99	9,0
Lise	66	33,5	131	66,5	197	17,9
Üniversite	31	45,6	37	54,4	68	6,2
TOPLAM	308	28,0	791	72,0	1099	100,0

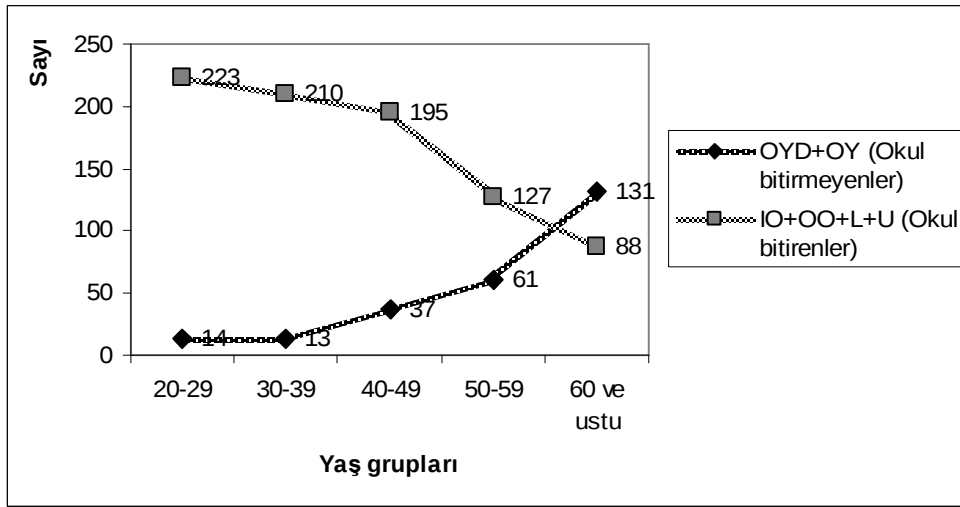
*sütun yüzdesi ⁺satır yüzdesi
 $\chi^2=56,12$ SD=5 P= 0,0001

Çalışmaya katılan kişilerin yaş grubu ve eğitime göre dağılımlarına baktığımızda (Tablo 13) tüm örnekleme 178 kişi okur yazar olmadığını ifade etmiştir (% 16,2). Görüşülen kişilerden toplam 256 kişi herhangi bir okulu bitirmediklerini belirtmişlerdir (% 23,3). Eğitime göre dağılımda en büyük grubu ilkököl mezunları oluşturmaktadır (% 43,6). Tüm örneklemin % 6,2'si üniversite mezunu olduklarını ifade etmişlerdir Yaş grupları ve eğitim durumu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (P< 0,001).

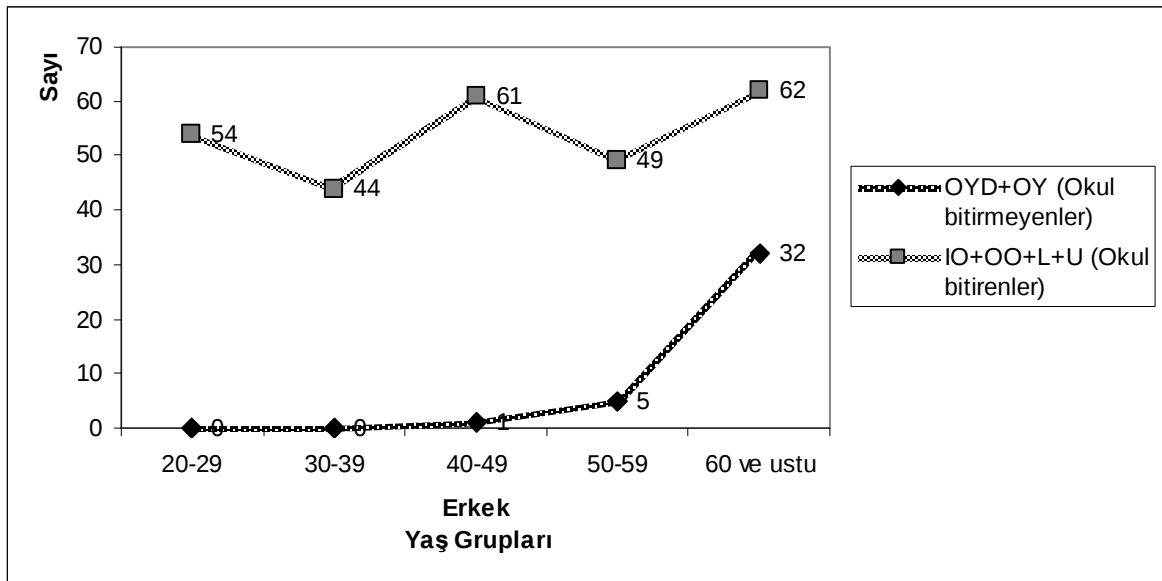
Tablo 13: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Eğitim Durumlarının Dağılımı

Eğitim	20-29		30-39		40-49		50-59		60 ve üstü		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺
Okuryazar değil	10	5,6	8	4,5	23	12,9	46	25,8	91	51,1	178	16,2
Okuryazar	4	5,1	5	6,4	14	17,9	15	19,2	40	51,3	78	7,1
İlk okul	66	13,8	133	27,8	117	24,4	93	19,4	70	14,6	479	43,6
Orta okul	37	37,4	18	18,2	19	19,2	17	17,2	8	8,1	99	9,0
Lise	95	48,2	43	21,8	44	22,3	11	5,6	4	2,0	197	17,9
Üniversite	25	36,8	16	23,5	15	22,1	6	8,8	6	8,8	68	6,2
TOPLAM	237	21,6	223	20,3	232	21,1	188	17,1	219	19,9	1099	100,0

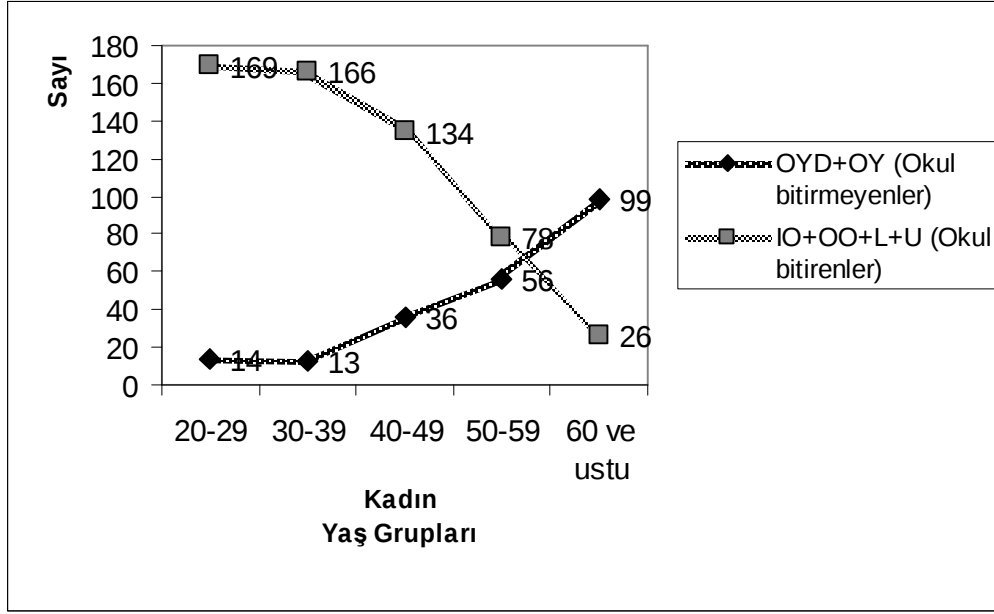
*sütun yüzdesi ⁺satır yüzdesi
 $\chi^2=382,75$ SD=20 P= 0,0001



Şekil 2. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Eğitim Durumu



Şekil 3. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre Eğitim Durumu



Şekil 4. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kadınların Yaş Gruplarına Göre Eğitim Durumu

Çalışmaya katılan kişilerin yaş grubu ve eğitim dağılımlarına baktığımızda (Şekil 2) yaş grubu küçüldükçe toplamda okuryazar ve okuryazar olmayanların (okul bitirmeyenler) oranı düşmekte, yaş grupları arttıkça özellikle de 60 yaş ve üstünde okul bitirmeyenlerin oranı en fazladır. Kadınlarda okur yazar ve okuryazar olmayanlar (okul bitirmeyenler) 20-29 yaş grubundan itibaren görülmekte iken, erkeklerde 50-59 yaş grubundan itibaren görülmektedir (Şekil 3),(Şekil 4).

Görüşülen kişilerin 18 yaş altı çocuk dağılımı Tablo 14'de gösterilmiştir. Örneklemin % 57,4'ü 18 yaş altında çocukları olmadığını ifade etmişlerdir.

Tablo 14: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)

Görüşülen Kişilerin 18 Yaş Altı Çocuklarının Bulunma Sıklığının Dağılımı

18 yaş altı çocuk sayısı	n	%
Yok	631	57,4
1 tane	149	13,6
2 tane	196	17,8
3 tane	88	8,0
4 tane	26	2,4
5 tane	5	0,5
6 tane	3	0,3
7 tane	1	0,1
TOPLAM	1099	100,0

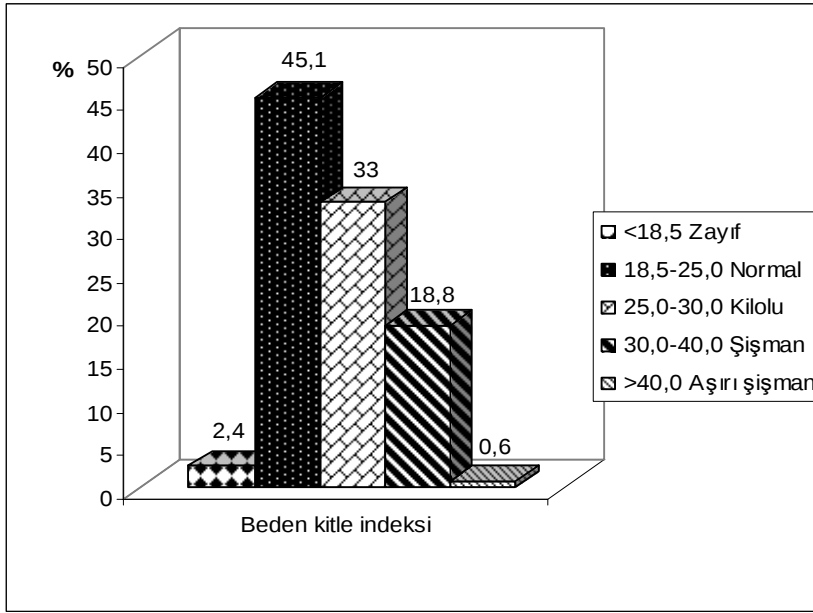
18 yaş altı çocuk sayısı ortalaması: $0,87 \pm 1,20$

Çalışmaya katılanlardan 49 yaş ve altındaki 532 kadına gebelik durumları sorulmuş ve 26 kadın (% 5,5) gebe olduklarını ifade etmişlerdir.

4.2. Frekansların Dağılımı ve Değişkenlerin Çapraz Tabloları

4.2.a. Toplumdaki Şişmanlık Durumu

Boy ve kilo bilgilerini veren 787 kişinin verdikleri boy ve kilo bilgisine göre vücut kitle indeksleri hesaplanmıştır (Şekil 5). Kilolu, şişman ve aşırı şişman olan % 52,4'lük grubun normalin üstünde bir kiloya sahip olduğu, şişman ve aşırı şişman % 19,4'lük grubun da tedavi gerektirecek düzeyde oldukları görülmektedir. Görüşülen kişilerin beden kitle indeksi ortalaması $25,98 \pm 4,69$, boy ortalaması $165,92 \pm 8,29$, kilo ortalaması $75,51 \pm 14,06$ idi.



Şekil 5. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımı

Görüşülen kişilerin cinsiyete göre beden kitle indeksi dağılımı Tablo 15’de gösterilmiştir. Tüm örneklemdaki erkeklerin % 11,7’sinin, kadınların % 23’ünün beden kitle indeksi 30,0-40,0 şişman idi. Beden kitle indeksi ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,001$).

Tablo 15: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Cinsiyete Göre Beden Kitle İndeksinin Dağılımı

Beden kitle indeksi	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	n	%*	n	%*	n	%*
<18,5 Zayıf	1	0,3	18	3,6	19	2,4
18,5-24,9 Normal	150	51,5	205	41,3	355	45,1
25,0-29,9 Kilolu	105	36,1	155	31,3	260	33,0
30,0-39,9 Şişman	34	11,7	114	23,0	148	18,8
≥40,0 Aşırı şişman	1	0,3	4	0,8	5	0,6
TOPLAM	291	37,0 ⁺	496	63, 0 ⁺	787	100,0

Erkeklerin beden kitle indeksi ortalaması: 25,4 ±3,9

Kadınların beden kitle indeksi ortalaması:26,3 ± 5,1

Tüm örneklemin beden kitle indeksi ortalaması: 26,0 ± 4,7

*sütun yüzdesi ⁺satır yüzdesi

$\chi^2=26,81$ SD=4 P= 0,0001

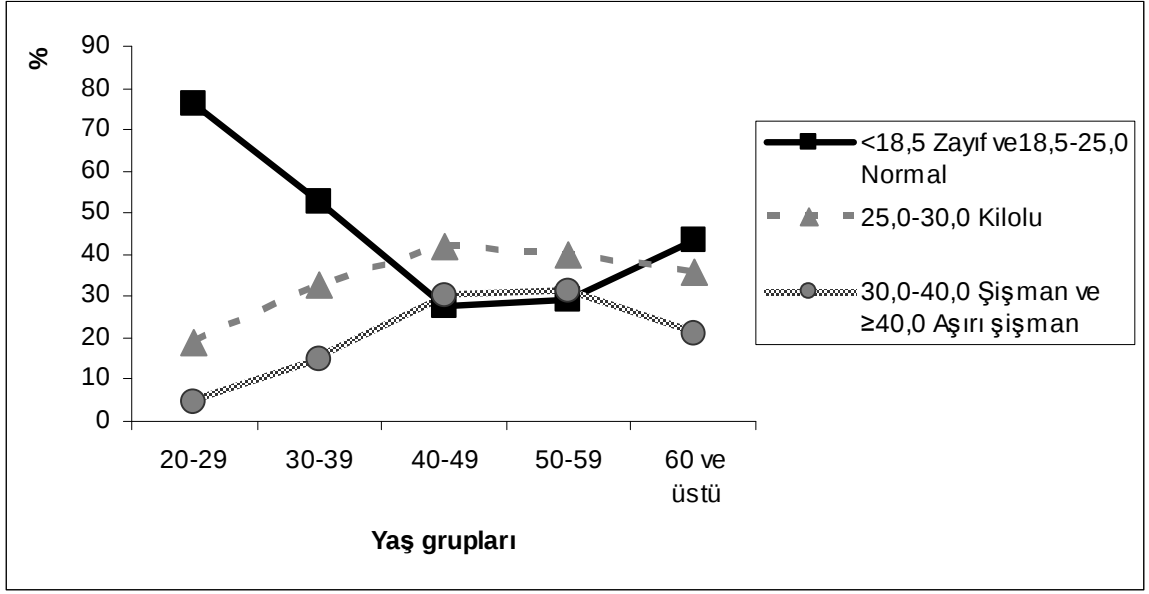
Görüşülen kişilerin bölgelere ve beden kitle indeksi dağılımına baktığımızda (Tablo 16), şişman ve patolojik şişman oranı en fazla (% 25) ile Karataş ilçesinde iken, zayıf ve normal kilolu olanların oranı en fazla (% 57,7) ile Saimbeyli ilçesinde bulunmaktadır. Fakat ilçeler ve beden kitle indeksi arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 16: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Beden Kitle İndeksine Göre Dağılımı

Bölge	Zayıf veya normal		Kilolu		Şişman veya patolojik şişman		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Aladağ	12	50,0	8	33,3	4	16,7	24	3,0
Ceyhan	131	47,0	98	35,1	50	17,9	279	35,5
Feke	10	43,5	10	43,5	3	13,0	23	2,9
İmamoğlu	5	38,5	5	38,5	3	23,1	13	1,7
Karaisali	31	56,4	16	29,1	8	14,5	55	7,0
Karataş	16	33,3	20	41,7	12	25,0	48	6,1
Kozan	102	47,7	63	29,4	49	22,9	214	27,2
Pozantı	16	43,2	12	32,4	9	24,3	37	4,7
Saimbeyli	15	57,7	6	23,1	5	19,2	26	3,3
Tufanbeyli	18	51,4	13	37,1	4	11,4	35	4,4
Yumurtalık	18	54,5	9	27,3	6	18,2	33	4,2
TOPLAM	374	47,5	260	33,0	153	19,4	787	100,0

*sütun yüzdesi ⁺satır yüzdesi
 $\chi^2=14,57$ SD=20 P= 0,801

Görüşülen kişilerin yaş gruplarına göre beden kitle indekslerinin dağılımına baktığımızda (Şekil 6) yaş ilerledikçe; zayıf ve normal kiloluların azaldığını, 40-59 yaş grubunda platoya ulaştığını, şişman ve aşırı şişmanların arttığını, benzer şekilde 40-59 yaş grubunda platoya ulaştığını görmekteyiz.



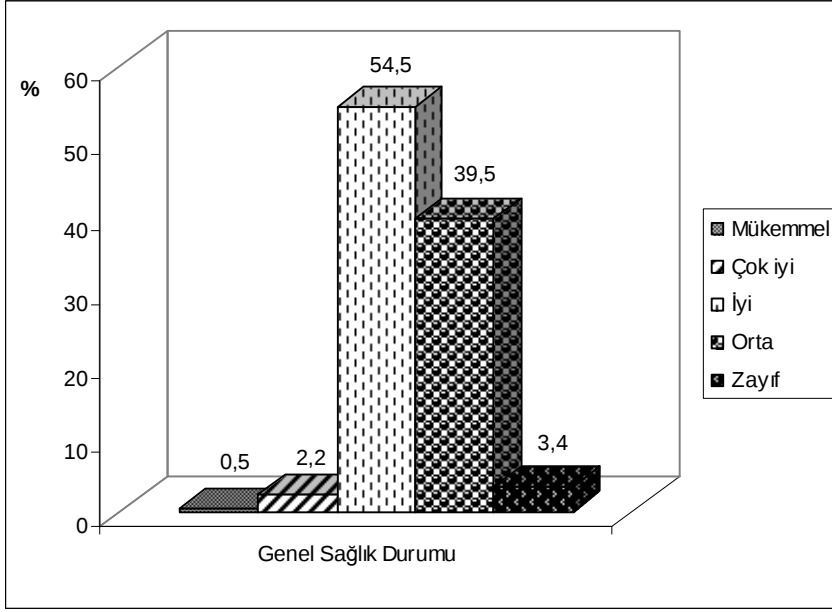
Şekil 6. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Beden Kitle İndekslerinin Dağılımı

Örneklemede 6 kişi (% 0,5) evinde birden fazla sabit telefon hattı olduğunu ifade etmiştir.

Görüşülen kişilerden 133'ü (% 12,1) son bir yıl içinde evlerindeki sabit telefonun kesildiğini belirtmişlerdir. Bu kesintini nedeni (arıza, borcu nedeniyle, taşınma, numara değişikliği vs.) ve süresi ayrıntılı olarak sorgulanmamıştır.

4.2.b. Görüşülen Kişilerin Genel Sağlık Durumları

Şekil 7'de görüşülen kişilerin genel sağlık durumlarına ilişkin cevaplarının dağılımı görülmektedir. Görüşülen kişilerden % 54,5'i genel sağlık durumlarının iyi olduğunu ifade etmiştir. Bu soru kişilerin genel sağlık durumlarını nasıl algıladıklarını sorgulamaktadır.



Şekil 7. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Genel Sağlık Durumları Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı (Toplam n: 1095)

Görüşülen kişilerin bölgelerdeki genel sağlık durumu dağılımı Tablo 17’de görülmektedir. Tufanbeyli ilçesinde genel sağlık durumunu iyi (% 72,1) ve İmamoğlu ilçesinde genel sağlık durumunu iyi değil (% 61,9) olarak ifade edenlerin oranı diğer ilçelere göre en fazladır. Genel sağlık durumu ve ilçeler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P < 0,001$).

Tablo 17: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Genel Sağlık Durumuna Göre Dağılımı

Bölge	İyi		İyi değil		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Aladağ	20	47,6	22	52,4	42	3,8
Ceyhan	196	49,1	203	50,9	399	36,4
Feke	26	65,0	14	35,0	40	3,7
İmamoğlu	8	38,1	13	61,9	21	1,9
Karaisali	47	62,7	28	37,3	75	6,8
Karataş	37	54,4	31	45,6	68	6,2
Kozan	182	68,2	85	31,8	267	24,4
Pozantı	23	47,9	25	52,1	48	4,4
Saimbeyli	27	58,7	19	41,3	46	4,2
Tufanbeyli	31	72,1	12	27,9	43	3,9
Yumurtalık	29	63,0	17	37,0	46	4,2
TOPLAM	626	57,2	469	42,8	1095	100,0

*sütun yüzdesi ⁺satır yüzdesi
 $\chi^2=36,84$ SD=10 P= 0,0001

4.2.c. Sağlık Günler - Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

Tablo 18 görüşülen kişilerin son 30 günde hastalık, yaralanma vs. gibi bedensel rahatsızlıklar açısından kaç gün sağlıklarının kötü olduğunun dağılımını göstermektedir. 621 kişi (% 56,8) son 30 günde herhangi bir bedensel rahatsızlık açısından kötü günleri olmadığını ifade ederken, 473 kişi (% 43,2) herhangi bir bedensel rahatsızlık nedeniyle 1 veya daha fazla gün sağlıklarının kötü gittiğini ifade etmişlerdir. Ortalama olarak yaşanan her 100 günün 7,6'sında kişilerin herhangi bir bedensel rahatsızlık nedeniyle sağlıkları kötü seyretnmiştir.

Tablo 18: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Son 30 Günde Hastalık, Yaralanma vs. Gibi Bedensel
Rahatsızlıklar Açısından Kaç Gün Sağlıklarının Kötü Olduğunun Dağılımı

Sağlıklarının kötü olduğu gün sayısı	n	%
0	621	56,8
1	26	2,4
2	70	6,4
3	85	7,8
4	36	3,3
5	35	3,2
6	3	0,3
7	89	8,1
8	1	0,1
10	128	11,7
TOPLAM	1094	100,0
Toplam gün sayısı	32820	100,0
Sağlıklarının kötü olduğu toplam gün sayısı	2494	7,6

Sağlıklarının kötü olduğu gün sayısı ortalaması: $2,44 \pm 3,49$

Son 30 gün sağlık durumunun kötü olduğu gün sayısı ortalaması en fazla olan ilçe $3,12 \pm 3,58$ ile Pozantı idi (Tablo 19).

Tablo 19: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)

Görüşülen Kişilerin Bölgelere Göre Son 30 Gün Sağlık Durumlarının Ortalamaları

Son 30 gün sağlık durumu	n	Ortalama±SD	Minimum	Maksimum
Aladağ	42	2,26±3,52	0,00	10,00
Ceyhan	399	2,73±3,71	0,00	10,00
Feke	40	2,15±3,03	0,00	10,00
İmamoğlu	21	2,33±3,42	0,00	10,00
Karaisalı	75	1,68±3,05	0,00	10,00
Karataş	69	2,52±3,37	0,00	10,00
Kozan	264	2,46±3,53	0,00	10,00
Pozantı	48	3,12±3,58	0,00	10,00
Saimbeyli	46	1,26±2,30	0,00	10,00
Tufanbeyli	43	1,25±2,58	0,00	10,00
Yumurtalık	47	2,91±3,77	0,00	10,00
TOPLAM	1094	2,44±3,49	0,00	10,00

Anova testi P= 0,032

Tablo 20 benzer şekilde, görüşülen kişilerin son 30 günde stres, depresyon veya duygusal problemler nedeniyle kaç gün sağlıklarının kötü seyrettiğinin dağılımını göstermektedir. 851 kişi (% 78,4) son 30 günde stres, depresyon yada duygusal problem nedeniyle herhangi bir kötü gün yaşamadıklarını ifade ederken, örneklemin % 21,6'sı 1 veya daha fazla günde sorunlu olduklarını belirtmişlerdir. Örneklemimizde ruh sağlığı açısından, ortalama olarak, yaşanan her 1000 günden 40'ı kötü seyretmiştir

Tablo 20: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)

Görüşülen Kişilerin Son 30 Günde Stres,Depresyon veya Duygusal Problemler Açısından Kaç Gün Sağlıklarının Kötü Olduğunun Dağılımı

Ruh sağlıklarının kötü olduğu gün sayısı	n	%
0	851	78,4
1	16	1,5
2	37	3,4
3	47	4,3
4	8	0,7
5	16	1,5
6	3	0,3
7	30	2,8
8	2	0,2
10	76	7,0
TOPLAM	1086	100,0
Toplam gün sayısı	32580	100,0
Ruh sağlıklarının kötü olduğu toplam gün sayısı	1347	4,1

Ruh sağlıklarının kötü olduğu gün sayısı ortalaması: $1,24 \pm 2,84$

Son 30 gün ruh sağlığı durumunun kötü olduğu gün sayısı ortalaması en fazla olan ilçe $2,93 \pm 3,67$ ile Aladağ idi (Tablo 21).

Tablo 21: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)

Görüşülen Kişilerin Bölgelere Göre Son 30 Gün Ruh Sağlığı Durumlarının Ortalamaları

Son 30 gün ruh sağlığı durumu	n	Ortalama±SD	Minimum	Maksimum
Aladağ	42	2,93±3,67	0,00	10,00
Ceyhan	399	0,99±2,57	0,00	10,00
Feke	40	0,82±2,11	0,00	10,00
İmamoğlu	21	1,43±3,58	0,00	10,00
Karaisalı	75	0,40±1,49	0,00	10,00
Karataş	68	1,43±2,92	0,00	10,00
Kozan	261	1,63±3,29	0,00	10,00
Pozantı	48	1,06±2,42	0,00	10,00
Saimbeyli	46	0,61±1,69	0,00	10,00
Tufanbeyli	43	2,00±3,41	0,00	10,00
Yumurtalık	43	1,09±3,08	0,00	10,00
TOPLAM	1086	1,24±2,84	0,00	10,00

Anova testi P= 0,0001

Son 30 günde bedensel veya ruhsal problem nedeniyle kişilerin kaç gün iş ve güçlerinden geri kaldıklarının dağılımı Tablo 22’de görülmektedir. Buna göre, örneklemin % 12,6’sı bir veya daha fazla sayıda gün boyunca sağlık problemleri nedeniyle iş ve güçlerinden geri kaldıklarını ifade etmişlerdir. Tüm örneklem bazında, ortalama olarak, yaşanan her 100 günden 2’sinde kişi sağlık problemi nedeniyle iş ve gücünden geri kalmaktadır.

Tablo 22: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Son 30 Günde Bedensel ve Ruhsal Sağlıklarındaki
Kötüleşme Nedeniyle Kaç Gün İş ve Güçten Geri Kaldıklarının Dağılımı

İş ve güç kaybının olduğu gün sayısı	n	%
0	960	87,4
1	9	0,8
2	27	2,5
3	30	2,7
4	12	1,1
5	14	1,3
7	15	1,4
8	2	0,2
10	29	2,6
TOPLAM	1098	100,0
Toplam gün sayısı	32940	100,0
İş ve güçten geri kaldıkları toplam gün sayısı	682	2

İş ve güçten geri kaldıkları gün sayısı ortalaması: $0,62 \pm 1,97$

Son 30 gün işgücü kaybının gün sayısı ortalaması en fazla olan ilçe $1,32 \pm 2,30$ ile Feke ilçesi idi (Tablo 23).

Tablo 23: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)

Görüşülen Kişilerin Bölgelere Göre Son 30 Gün İşgücü Kaybının Ortalamaları

Son 30 gün işgücü kaybı	n	Ortalama±SD	Minimum	Maksimum
Aladağ	42	0,28±0,92	0,00	5,00
Ceyhan	399	0,78±2,28	0,00	10,00
Feke	40	1,32±2,30	0,00	8,00
İmamoğlu	21	0,71±2,26	0,00	10,00
Karaisalı	75	0,60±1,99	0,00	10,00
Karataş	69	0,88±2,40	0,00	10,00
Kozan	268	0,08±0,82	0,00	10,00
Pozantı	48	1,12±2,40	0,00	10,00
Saimbeyli	46	1,09±2,16	0,00	10,00
Tufanbeyli	43	1,09±2,47	0,00	10,00
Yumurtalık	47	0,21±1,46	0,00	10,00
TOPLAM	1098	0,62±1,97	0,00	10,00

Anova testi P= 0,0001

4.2.d. Sağlık Bakım Erişimi

Görüşülen kişilerden 950'si (% 86,7) herhangi bir sağlık güvencelerinin olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 24). En büyük gruplar, sosyal güvenceleri SSK (% 31,7) ve Bağ kur (% 24,1) olanlardır. % 13,3 oranında kişi herhangi bir sosyal güvenceleri olmadığını belirtmiştir.

Tablo 24: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Sosyal Güvencelerinin Dağılımı

Sosyal güvence	n	%
SSK	347	31,7
Yeşil kart	184	16,8
Emekli sandığı	155	14,1
Bağ kur	264	24,1
Sosyal güvencem yok	146	13,3
TOPLAM	1096	100,0

Görüşülen kişilerin bölgelere göre sosyal güvencelerine baktığımızda ,Tablo 25’de görüldüğü gibi Aladağ ilçesinde sosyal güvencesi olmayanların oranı (% 23,8) ile en fazladır. Sosyal güvence ve ilçeler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P < 0,001$).

Tablo 25: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)

Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı

	Sosyal güvence yok		SSK		Yeşil kart		Emekli sandığı		Bağ kur		TOPLAM	
Bölge	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Aladağ	10	23,8	12	28,6	5	11,9	6	14,3	9	21,4	42	3,8
Ceyhan	61	15,3	155	38,8	42	10,5	49	12,3	92	23,1	399	36,4
Feke	5	12,5	10	25,0	12	30,0	10	25,0	3	7,5	40	3,6
İmamoğlu	2	9,5	6	28,6	8	38,1	0	0,0	5	23,8	21	1,9
Karaisali	6	8,0	20	26,7	13	17,3	3	4,0	33	44,0	75	6,8
Karataş	10	14,5	12	17,4	10	14,5	8	11,6	29	42,0	69	6,3
Kozan	20	7,5	75	28,2	52	19,5	55	20,7	64	24,1	266	24,3
Pozantı	11	22,9	20	41,7	2	4,2	7	14,6	8	16,7	48	4,4
Saimbeyli	5	10,9	14	30,4	16	34,8	7	15,2	4	8,7	46	4,2
Tufanbeyli	7	16,3	12	27,9	13	30,2	4	9,3	7	16,3	43	3,9
Yumurtalık	9	19,1	11	23,4	11	23,4	6	12,8	10	21,3	47	4,3
TOPLAM	146	13,3	347	31,7	184	16,8	155	14,1	264	24,1	1096	100,0

*sütun yüzdesi +satır yüzdesi
 $\chi^2=130,0$ SD=10 P= 0,0001

Görüşülen kişilere her türlü sağlık sorunları için ilk olarak başvurdukları belirli bir doktorun veya doktorların olup olmadığı sorulmuştur (Tablo 26). Kişilerin % 35,9'u bir veya daha fazla kişisel doktorları olduğunu ifade etmişlerdir. 703 kişi (% 64,1) sağlık sorunları için sürekli olarak ulaştıkları belirli bir doktor olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 26: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Her Türlü Sorunları İçin Başvurdukları Kişisel
Doktorlarının veya İlk Başvurdukları Belirli Bir Doktor Olup Olmadığının
Dağılımı

Kişisel doktor/ilk başvurulacak doktor	n	%
Bir doktorum var	387	35,3
Birden fazla doktorum var	7	0,6
Hayır yok	703	64,1
TOPLAM	1097	100,0

Sağlık problemleri için bir veya daha fazla sayıda sürekli olarak başvurdukları belirli bir doktorları olduğunu ifade eden 502 kişiye bu doktorların uzmanlık alanı sorulduğunda Tablo 27'de gösterilen dağılım ortaya çıkmıştır. Buna göre en büyük grubu % 25,6 ile aile hekimleri oluştururken, geri kalanları farklı dal uzmanları oluşturmaktadır.

Tablo 27: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Her Türlü Sorunları İçin İlk Başvurdıkları Doktorun
Uzmanlık Alanına Göre Dağılımı

Kişisel doktor/ilk başvurulacak doktor	n	%
Kişisel doktoru olmayanlar	698	63,1
Aile hekimi	283	25,6
Dahiliye	37	3,3
Kadın doğum	32	2,8
Kardiyoloji	15	1,3
Psikiyatri	7	0,6
Pratisyen	5	0,4
Genel cerrahi	5	0,4
Fizik tedavi	4	0,4
Üroloji	4	0,4
Nöroloji	3	0,3
Çocuk hastalıkları	3	0,3
Göğüs hastalıkları	2	0,2
Kbb	2	0,2
Ortopedi	2	0,2
Kalp damar cerrahi	1	0,1
Nefroloji	1	0,1
Bilmiyor	1	0,1
TOPLAM	1105	100,0

Bazı kişiler birden fazla uzmanlık alanını işaretledikleri için toplam sayı 1105'dir

Tablo 28'de görüldüğü gibi görüşülen kişilerin bölgelere göre her türlü sorununda ilk başvurulması gereken kişisel doktora göre dağılımına baktığımızda kişisel doktoru olanların en fazla (% 50,0) ile Yumurtalık ilçesinde, kişisel doktoru olmayanların en fazla (% 95,2) ile Aladağ ilçesinde bulunduğunu görmekteyiz. İlçeler ve ilk başvurulması gereken kişisel doktor arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($P < 0,001$).

Tablo 28: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Kişisel Doktora Göre Dağılımı

Bölge	Kişisel doktoru olanlar		Kişisel doktoru olmayanlar		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	%*
Aladağ	2	4,8	40	95,2	42	3,8
Ceyhan	169	42,4	230	57,6	399	36,4
Feke	12	30,0	28	70,0	40	3,6
İmamoğlu	6	28,6	15	71,4	21	1,9
Karaisali	26	34,7	49	65,3	75	6,8
Karataş	18	26,1	51	73,9	69	6,3
Kozan	119	44,4	149	55,6	268	24,4
Pozantı	9	18,8	39	81,3	48	4,4
Saimbeyli	4	8,7	42	91,3	46	4,2
Tufanbeyli	6	14,0	37	86,0	43	3,9
Yumurtalık	23	50,0	23	50,0	46	4,2
TOPLAM	394	35,9	703	64,1	1097	100,0

*sütun yüzdesi ⁺satır yüzdesi
 $\chi^2=71,26$ SD=10 P= 0,0001

Çalışmaya katılan kişilerin son 12 ay içinde ihtiyaç duyduğu halde ekonomik nedenlerden dolayı doktora başvuramama dağılımları Tablo 29'da gösterilmiştir. Görüşülen kişilerin % 31,8'i doktora başvurmada ekonomik engelle karşılaştığını ifade etmiştir.

Tablo 29: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Son 12 Ay İçinde İhtiyaç Duyduğu Halde Ekonomik Nedenlerden Dolayı Doktora Başvuramama Durumlarının Dağılımı

Ekonomik nedenlerden dolayı doktora başvuramama	n	%
Evet	349	31,8
Hayır	749	68,2
TOPLAM	1098	100,0

Tablo 30’da görüldüğü gibi çalışmaya katılan kişilerin son 12 ay içinde ihtiyaç duyduğu halde doktora başvuramama oranı en fazla (% 46,5) ile Tufanbeyli ilçesinde, ikinci olarak da (% 42,9) ile Aladağ ilçesinde bulunmaktadır. İlçeler ve ekonomik nedenden dolayı doktora başvuramama arasında anlamlı fark bulunmuştur ($P < 0,05$).

Tablo 30: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Ekonomik Nedenden Dolayı Doktora
Başvuramama Durumuna Göre Dağılımı

Bölge	Ekonomik nedenlerden dolayı doktora başvuramama				TOPLAM	
	evet		hayır			
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	%*
Aladağ	18	42,9	24	57,1	42	3,8
Ceyhan	136	34,1	263	65,9	399	36,3
Feke	14	35,0	26	65,0	40	3,6
İmamoğlu	8	38,1	13	61,9	21	1,9
Karaisali	13	17,3	62	82,7	75	6,8
Karataş	18	26,1	51	73,9	69	6,3
Kozan	77	28,7	191	71,3	268	24,4
Pozantı	16	33,3	32	66,7	48	4,4
Saimbeyli	11	23,9	35	76,1	46	4,2
Tufanbeyli	20	46,5	23	53,5	43	3,9
Yumurtalık	18	38,3	29	61,7	47	4,3
TOPLAM	349	31,8	749	68,2	1098	100,0

*sütun yüzdesi ⁺satır yüzdesi
 $\chi^2=19,92$ SD=10 P= 0,030

Görüşülen kişilerin sosyal güvence ve ekonomik nedenden dolayı doktora başvuramama durumuna göre dağılımına baktığımızda (Tablo 31) sosyal güvencesi olmayanların yarısının ekonomik nedenden dolayı doktora başvuramadığını görmekteyiz. Ekonomik nedenden dolayı doktora başvuramayanların sosyal güvencelerinin olmaması başvuramamada önemli bir etkidir. Sosyal güvence ve

ekonomik nedenden dolayı doktora başvuramama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P < 0,001$).

Tablo 31: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Sosyal Güvence ve Ekonomik Nedenden Dolayı Doktora Başvuramama Durumuna Göre Dağılımı

Sosyal güvence	Ekonomik nedenlerden dolayı doktora başvuramama				TOPLAM	
	evet		hayır			
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Sosyal güvence yok	73	50,0	73	50,0	146	13,3
SSK	98	28,2	249	71,8	347	31,7
Yeşil kart	86	46,7	98	53,3	184	16,8
Emekli sandığı	23	14,8	132	85,2	155	14,1
Bağkur	68	25,8	196	74,2	264	24,1
TOPLAM	348	31,8	748	68,2	1096	100,0

*sütun yüzdesi *satır yüzdesi
 $\chi^2=68,32$ SD=4 P= 0,0001

4.2.e. Sağlıklı Davranış ve Tutum (Sigara İçimi, Alkol Kullanımı, Egzersiz, Güneş Yanığı)

Tablo 32: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerden Yaşam Boyu En Az 100 Adet Sigara İçmiş Olanların Dağılımı

Yaşam boyu en az 100 adet sigara içme	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	n	%*	n	%*	n	%*
Evet	188	61,4	168	21,2	356	32,4
Hayır	118	38,6	624	78,8	742	67,6
TOPLAM	306	27,9 ⁺	792	72,1 ⁺	1098	100,0

*sütun yüzdesi *satır yüzdesi
 $\chi^2=163,0$ SD=1 P= 0,0001

Tablo 32’de yaşam boyu en az 100 adet sigara içmiş olanların dağılımı görülmektedir. Erkeklerin % 61,4’ü ve kadınların % 21,2’si yaşam boyu en az 100 adet sigara içtiklerini ifade etmişlerdir. Toplamda görüşülen kişilerin % 32,4’ü yaşamları boyunca en az 100 adet sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Yaşamları boyunca en az 100 adet sigara içtiğini ifade eden bu 356 kişi (% 32,4) arasında sigarayı bırakmış kişiler de bulunmaktadır. Yaşam boyu en az 100 adet sigara içme ve cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P < 0,001$).

Tablo 33’de bölgelere göre yaşam boyu 100 sigara içme durumu görülmektedir. Yaşam boyu 100 sigara içen kişi sayısı Ceyhan ilçesi (% 39,1) ile en fazla ve Karataş ilçesinde (% 34,8) ile ikinci sırada iken, yaşam boyu 100 sigara içen kişi sayısı en az İmamoğlu ilçesinde yer almaktadır. İlçeler ve yaşam boyu 100 sigara içme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($P < 0,01$).

Tablo 33: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Yaşam Boyu 100 Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı

Bölge	Yaşam boyu 100 sigara içme				TOPLAM	
	evet		hayır			
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Aladağ	11	26,2	31	73,8	42	3,8
Ceyhan	156	39,1	243	60,9	399	36,3
Feke	12	30,0	28	70,0	40	3,6
İmamoğlu	3	14,3	18	85,7	21	1,9
Karaisali	12	16,0	63	84,0	75	6,8
Karataş	24	34,8	45	65,2	69	6,3
Kozan	91	34,0	177	66,0	268	24,4
Pozantı	14	29,2	34	70,8	48	4,4
Saimbeyli	11	23,9	35	76,1	46	4,2
Tufanbeyli	11	25,6	32	74,4	43	3,9
Yumurtalık	11	23,4	36	76,6	47	4,3
TOPLAM	356	32,4	742	67,6	1098	100,0

*sütun yüzdesi *satır yüzdesi
 $\chi^2=26,22$ SD=10 P= 0,003

Tablo 34 mevcut sigara içme prevalansını göstermektedir. Buna göre, erkeklerde sigara içme prevalansı % 39,9, kadınlardaki prevalans % 17,2 ve genel prevalans % 23,5'tir. Görüşülen kişilerin % 32,4'ü yaşamları boyunca 100 adet veya daha fazla sigara içmiş olan kişilerdir. Sigara içme durumu ve cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P < 0,001$).

Tablo 34: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Sigara İçme Durumu

Sigara içme durumu	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	n	%*	n	%*	n	%*
Hiç sigara içmemiş	118	38,6	624	78,8	742	67,6
Sigara bırakanlar	66	21,6	32	4,0	98	8,9
Halen sigara içenler	122	39,9	136	17,2	258	23,5
TOPLAM	306	27,9 ⁺	792	72,1 ⁺	1098	100,0

*sütun yüzdesi ⁺satır yüzdesi
 $\chi^2=177,2$ SD=2 P= 0,0001

Görüşülen kişilerin bölgelere ve sigara içme durumuna göre dağılımına baktığımızda (Tablo 35) halen sigara içenler (% 29,1) ile en fazla Aladağ ilçesinde bulunmakta iken, hiç sigara içmeyenler en fazla (% 85,7) ile İmamoğlu ilçesinde bulunmakta olup, ilçeler arasında sigara içme durumuna göre istatistiksel olarak sınırda bir anlamlı fark bulunmuştur ($P= 0,06$).

Tablo 35: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı

Bölge	Hiç sigara içmemiş		Sigara bırakanlar		Halen sigara içenler		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Aladağ	31	73,8	2	4,8	9	21,4	42	3,8
Ceyhan	243	60,9	40	10,0	116	29,1	399	36,3
Feke	28	70,0	3	7,5	9	22,5	40	3,6
İmamoğlu	18	85,7	1	4,8	2	9,5	21	1,9
Karaisali	63	84,0	1	1,3	11	14,7	75	6,8
Karataş	45	65,2	6	8,7	18	26,1	69	6,3
Kozan	177	66,0	30	11,2	61	22,8	268	24,4
Pozantı	34	70,8	5	10,4	9	18,8	48	4,4
Saimbeyli	35	76,1	3	6,5	8	17,4	46	4,2
Tufanbeyli	32	74,4	4	9,3	7	16,3	43	3,9
Yumurtalık	36	76,6	3	6,4	8	17,0	47	4,3
TOPLAM	742	67,6	98	8,9	258	23,5	1098	100,0

*sütun yüzdesi ⁺satır yüzdesi
 $\chi^2=30,36$ SD=20 P= 0,064

Görüşülen kişilerden yaşamları boyunca 100 adet veya daha fazla sigara içmiş olan 356 kişiye sigara içme sıklıkları sorulduğunda verilen cevaplar Tablo 36'da gösterilmiştir. Sigara içenlerin % 42,0'ı günde 10 taneden az sigara içtiğini ifade ederken, % 35,4 kişi günde 11-20 arası ve % 22,9 kişi günde 20 taneden fazla sigara içtiğini belirtmiştir. Sigara içme sıklığı ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($P<0,001$).

Tablo 36: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Sigara İçme Sıklığı

Sigara içme sıklığı	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	n	%*	n	%*	n	%*
Günde 0-10 arası	31	25,4	77	56,6	108	42,0
Günde 11-20 arası	49	40,2	42	30,8	91	35,4
Günde 21 ve üstü	42	34,4	17	12,5	59	22,9
TOPLAM	122	47,3*	136	52,7*	258	100,0

*sütun yüzdesi *satır yüzdesi
 $\chi^2=48,9$ SD=15 P=0,0001

Sigara içme sıklığı ortalaması en fazla olan ilçe 17,09±4,30 ile Karaisalı idi (Tablo 37).

Tablo 37: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Bölgelere Göre Sigara İçme Sıklığının Ortalamaları

Sigara içme sıklığı	n	Ortalama±SD	Minimum	Maksimum
Aladağ	9	15,00±5,07	5,00	21,00
Ceyhan	116	12,37±7,31	1,00	21,00
Feke	9	13,55±6,63	4,00	21,00
İmamoğlu	2	4,00±1,41	3,00	5,00
Karaisalı	11	17,09±4,30	10,00	21,00
Karataş	18	14,67±7,49	3,00	21,00
Kozan	61	14,67±7,53	1,00	21,00
Pozantı	9	15,33±6,65	2,00	21,00
Saimbeyli	8	12,75±7,38	1,00	20,00
Tufanbeyli	7	16,28±5,31	10,00	21,00
Yumurtalık	8	8,75±7,04	3,00	20,00
TOPLAM	258	13,45±7,21	1,00	21,00

Anova testi P= 0,0001

Görüşülen kişilerden halen sigara içmekte olan 258 kişiye son 12 ay içinde sigarayı bırakma girişiminde bulunup bulunmadıkları sorulmuştur (Tablo 38). 132 kişi (% 37,4) son bir yıl içinde en az bir kez sigarayı bırakma girişiminde bulunduklarını ifade etmişlerdir. Sigara bırakma girişimi ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 38: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerden Sigara İçmekte Olanların Son 12 Ay İçinde Sigarayı
Bırakma Girişiminde Bulunup Bulunmadıklarının Dağılımı

Sigarayı bırakma girişimi	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	n	%*	n	%*	n	%*
Evet	62	37,8	70	37,0	132	37,4
Hayır	102	62,2	119	63,0	221	62,6
TOPLAM	164	46,5 ⁺	189	53,5 ⁺	353	100,0

Not: Bu soru sadece şu anda sigara içmekte olanlara sorulmuştur, daha önce sigarayı bırakmış olanlara ve şu anda sigara içmeyenlere sorulmamıştır.

*sütun yüzdesi

⁺satır yüzdesi

$\chi^2=0,02$ SD=1 P= 0,8

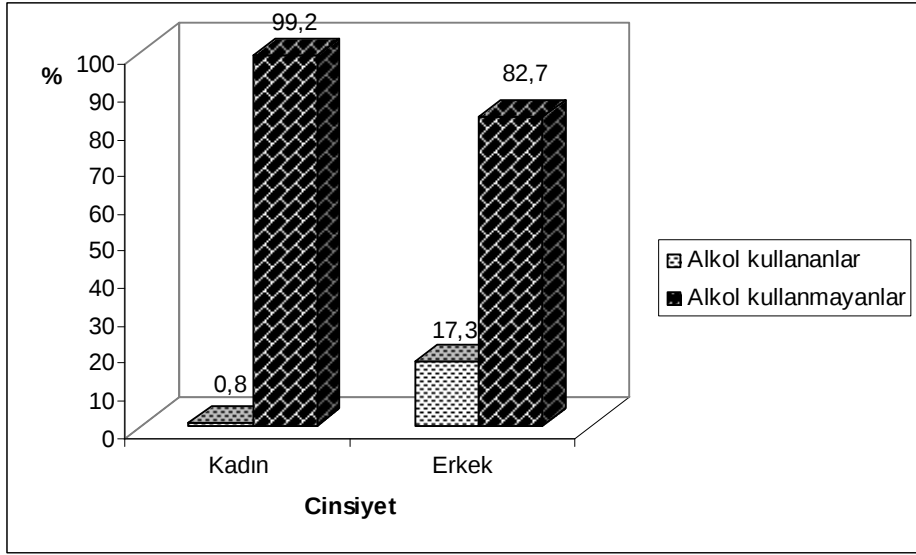
Görüşülen kişilerin bölgelere ve sigara bırakma girişimine göre dağılımına baktığımızda (Tablo 39) % 87,5 ile Yumurtalık ilçesinde en fazla sigara bırakma girişiminde bulunulmuştur. Sigara bırakma girişimi ve ilçeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($P < 0,001$).

Tablo 39: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Sigara Bırakma Girişimine Göre Dağılımı

	Sigara bırakma girişimi				TOPLAM	
	evet		hayır			
Bölge	n	% ⁺	n	% ⁺	n	%*
Aladağ	2	20,0	8	80,0	10	2,8
Ceyhan	53	35,6	96	64,4	149	42,2
Feke	6	50,0	6	50,0	12	3,4
İmamoğlu	1	33,3	2	66,7	3	,8
Karaisali	6	50,0	6	50,0	12	3,4
Karataş	7	28,0	18	72,0	25	7,1
Kozan	33	52,4	30	47,6	63	17,8
Pozantı	7	50,0	7	50,0	14	4,0
Saimbeyli	4	8,7	42	91,3	46	13,0
Tufanbeyli	6	54,5	5	45,5	11	3,1
Yumurtalık	7	87,5	1	12,5	8	2,3
TOPLAM	132	37,4	221	62,6	353	100,0

*sütun yüzdesi *satır yüzdesi
 $\chi^2=37,24$ SD=10 P= 0,0001

Görüşülen kişilerden 59 kişi (% 5,4) alkol kullandıklarını ifade etmişlerdir (Şekil 8). Erkeklerin alkol kullanma oranı % 17,3 ve kadınların alkol kullanma oranı % 0,8'dir.



Şekil 8. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Cinsiyete Göre Alkol Kullanma Dağılımı (Erkek n:305, Kadın n:792)

Tablo 40’da görüldüğü gibi bölgelere göre alkol kullanımına baktığımızda, en fazla alkol kullanan ilçe (% 10,4) ile Pozantı iken, ilçeler arasında alkol kullanımına göre sınırda bir anlam bulunmuştur ($P= 0,052$).

Tablo 40: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Alkol Kullanımına Göre Dağılımı

Bölge	Alkol kullanımı				TOPLAM	
	evet		hayır			
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	%*
Aladağ	1	2,4	41	97,6	42	3,8
Ceyhan	29	7,3	370	92,7	399	36,4
Feke	2	5,0	38	95,0	40	3,6
İmamoğlu	1	4,8	20	95,2	21	1,9
Karaisali	1	1,3	74	98,7	75	6,8
Karataş	7	10,1	62	89,9	69	6,3
Kozan	6	2,2	262	97,8	268	24,4
Pozantı	5	10,4	43	89,6	48	4,4
Saimbeyli	1	2,2	45	97,8	46	4,2
Tufanbeyli	3	7,0	40	93,0	43	3,9
Yumurtalık	2	4,3	44	95,7	46	4,2
TOPLAM	58	5,3	1039	94,7	1097	100,0

*sütun yüzdesi ⁺satır yüzdesi
 $\chi^2=18,16$ SD=10 P= 0,052

Alkol kullandığını ifade eden 59 kişiden % 45,8'i kullandıkları alkol türünün bira olduğunu söylemişlerdir, % 44,1'i rakı, % 5,1'i şarap ve % 5,1'i viski içtiklerini belirtmişlerdir (Tablo 41). Kullanılan alkol türü ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P< 0,05).

Tablo 41: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Ne Tür Alkol Kullandıklarının Dağılımı

Kullanılan alkol türü	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	n	%*	n	%*	n	%*
Bira	25	47,2	2	33,3	27	45,8
Rakı	24	45,3	2	33,3	26	44,1
Şarap	1	1,9	2	33,3	3	5,1
Viski	3	5,7	0	0,0	3	5,1
TOPLAM	53	89,8 ⁺	6	10,2 ⁺	59	100,0

*sütun yüzdesi ⁺satır yüzdesi
 $\chi^2=11,2$ SD=3 P= 0,011

Alkol kullandığını ifade eden 59 kişiden % 61,0'ı bir defada 1-2 bardak/duble, % 22,0'ı 3 bardak/duble, % 17'si 4-5 bardak/duble alkol tükettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 42). Bir defada tüketilen alkol miktarı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Alkol kullanımı yönünden riskli davranış grubuna giren 1 kadın, 10 erkek bulunmaktadır.

Tablo 42: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Bir Defada Ne Miktarda Alkol Tükettiklerinin Dağılımı

Bir defada alınan alkol miktarı	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
1-2 bardak/duble	31	86,1	5	13,8	36	61,0
3 bardak/duble	12	92,3	1	7,7	13	22,0
4-5 bardak/duble	10	100,0	0	0,0	10	17,0
TOPLAM	53	89,8	6	10,2	59	100,0

*sütun yüzdesi ⁺satır yüzdesi
 $\chi^2=1,76$ SD=2 P= 0,413

Görüşülen kişilerin % 41,7'si son bir ay içinde fizik egzersiz yaptıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 43).

Tablo 43: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Egzersiz Durumlarının Dağılımları

Egzersiz	n	%
Evet	458	41,7
Hayır	640	58,3
TOPLAM	1098	100,0

Tablo 44'de görüldüğü gibi görüşülen kişilerin bölgelere göre egzersiz durumuna baktığımızda, egzersiz yapanlar en fazla Saimbeyli ilçesinde (% 65,2)

bulunmakta iken, egzersiz yapmayanların en büyük grubu Karaisali ilçesinde (% 70,7) bulunmakta idi. İlçeler ve egzersiz yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($P < 0,001$).

Tablo 44: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Bölgelere ve Egzersiz Durumuna Göre Dağılımı

	Egzersiz yapma				TOPLAM	
	evet		hayır			
Bölge	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Aladağ	17	40,5	25	59,5	42	3,8
Ceyhan	136	34,1	263	65,9	399	36,3
Feke	27	67,5	13	32,5	40	3,6
İmamoğlu	7	33,3	14	66,7	21	1,9
Karaisali	22	29,3	53	70,7	75	6,8
Karataş	28	40,6	41	59,4	69	6,3
Kozan	130	48,5	138	51,5	268	24,4
Pozantı	27	56,3	21	43,8	48	4,4
Saimbeyli	30	65,2	16	34,8	46	4,2
Tufanbeyli	18	41,9	25	58,1	43	3,9
Yumurtalık	16	34,0	31	66,0	47	4,3
TOPLAM	458	41,7	640	58,3	1098	100,0

*sütun yüzdesi +satır yüzdesi
 $\chi^2=46,74$ SD=10 $P= 0,0001$

Çalışmaya katılan kişilerin % 97,0'ı son bir yıl içinde herhangi bir güneş yanığı yaşamadıklarını ifade ederken, % 3,0'ı bir veya daha fazla sayıda güneş yanığı yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 45).

Tablo 45: Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç)
Görüşülen Kişilerin Güneş Yanığı Durumlarının Dağılımları

Güneş yanığı	n	%
1 kez	32	2,9
2 kez	1	0,1
Hayır	1065	97,0
TOPLAM	1098	100,0

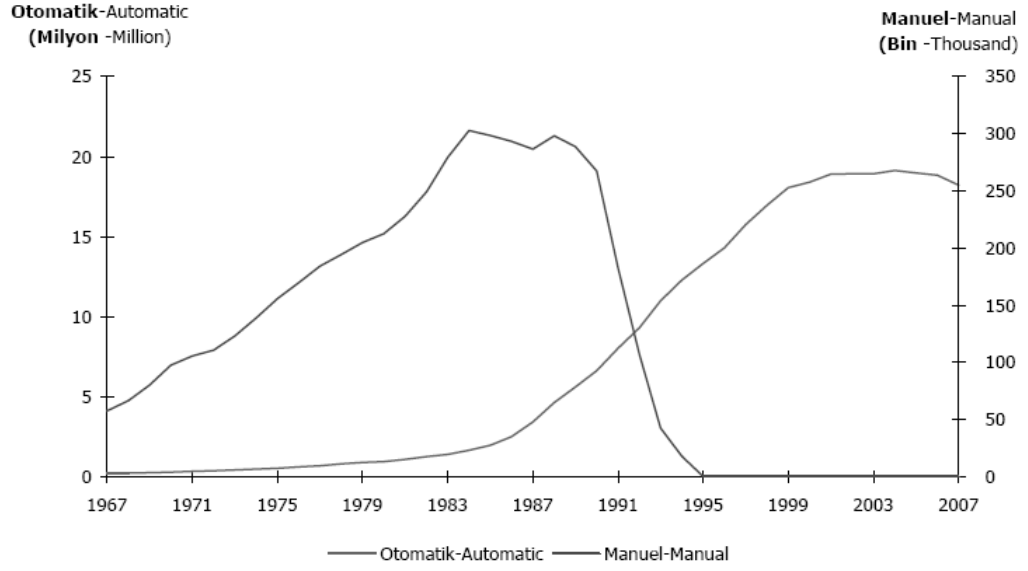
5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Adana ili (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) ilçelerinde yaşayanların sağlıkla ilişkili risk faktörlerinden bazılarını araştırmayı amaçladık. Toplam 1096 kişiye ulaştık.

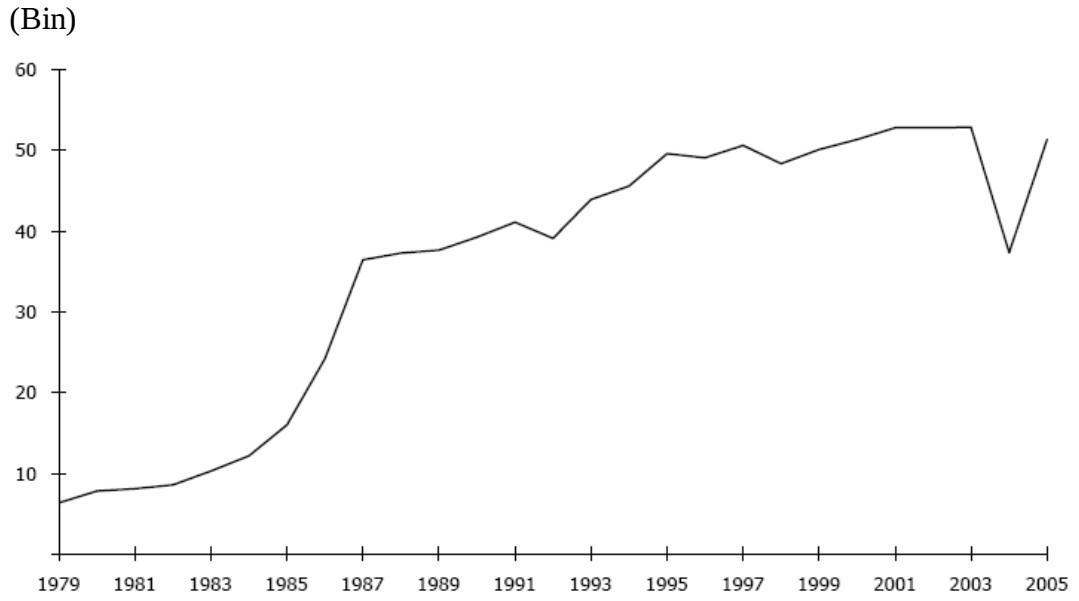
Türkiye'de 'telefon ile görüşme' yöntemiyle yapılmış başka çalışmalar mevcuttur. Fakat bu çalışmalarda telefon görüşmesi yapılan kişilerle ilk temas daha önce sağlanmış yada bu kişilere ilişkin mevcut kayıtlardan ön bilgiler alınmıştı, ve telefon görüşmesi yapılacak kişiler çalışma öncesinde belli olmuştu. Örneğin Ortaylı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada²⁸ klinikte gebelikleri gönüllü olarak sonlandırılmış kadınlarla ileriye dönük olarak takip ve bilgilendirme çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada, çalışmaya katılan kadınlarla telefon ile görüşülmüştür. Fakat çalışmaya katılan kadınların telefon numaraları, sağlık verileri ve bilgilendirmeleri çalışma öncesi yapıldığı için bu ve buna benzer çalışma dizaynları bizim çalışmamızdan farklıdır. Daha önce Adana İli Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova İlçelerinde Dr.Yücel Uysal ve Dr.Filiz Arabacı tarafından tez çalışması olarak yapılan çalışma bizim çalışmamıza benzerdir^{3,19}.

Telefon abone sayısı bazında, ulaşılabilirlik olarak telefon örneklem seçim metodunun evrenimizi temsil edecek yeterlilikte olduğunu düşünüyoruz. Şöyle ki; 2002 verilerine göre Türkiye'de hane başına düşen telefon aboneliği sayısı 1,15'tir.²¹

Şekil 9'da görüldüğü gibi, Türkiye'nin telefon abone sayısına baktığımızda, manuel telefon sayısı yıllar geçtikçe azalırken, otomatik telefon sayısı artmaktadır. Şekil 10'da görüldüğü Türkiye'nin telefonu olan köy sayısına baktığımızda, yıllar geçtikçe telefonu olan köy sayısı artarken yalnızca 2005 yılında bir düşüş görülüp, tekrar yükselmiştir²⁹.



Şekil 9. Telefon abone sayısının yıllara göre dağılımı



Şekil 10. Telefonu olan köy sayısının yıllara göre dağılımı

Çalışmamızda görüşülen 1100 kişinin yaş grupları dağılımına baktığımızda yaş grupları arasında ciddi fark olmadığını görüyoruz (Tablo 7). Adana ili Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce yapılan çalışmada da benzer şekilde, görüşülen kişilerin % 74,8'i 18-44 yaş arasındadır, örneklemin yaş ortalaması $38,26 \pm 12,64$ olarak bulunmuştur. Ülkemizde adrese dayalı nüfus kayıt sistemi 2008 nüfus sayımı sonuçlarına göre 15-64 yaş grubunda bulunan çalışma çağındaki nüfus, toplam nüfusun % 66,9'unu oluşturmaktadır. Ülkemiz nüfusunun % 26,3'ü 0-14 yaş grubunda, % 6,8'i ise 65 ve daha yukarı yaş grubunda bulunmaktadır.³⁰ Örneklemimizin yaş dağılımının Türkiye verilerinden farklı çıkmasının nedeni çalışmamızı telefon görüşmesi yöntemiyle yaptığımız için evlerde sabit telefonu yanıtlayanlar genellikle orta yaş grubundaki ebeveynlerdir. Evlerdeki ileri yaştaki kişiler genellikle ev telefonunu ilk açan kişi olma eğiliminde değildirler. Bu yüzden örneklemimizdeki görüşülen kişilerin büyük çoğunluğu 20-49 yaş grubunda toplanmışlardır. İleride, telefon görüşmesi yöntemiyle yapılacak saha çalışmalarında yaş dağılımının önemli olduğu çalışmalar açısından bu noktaya özellikle dikkat edilmelidir. Örneklemimizdeki kadınların oranı % 72,0 ve erkeklerin oranı % 28,0'dır. Bu oran çalışmaya katılanlar arasında cinsiyet açısından anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir. Kadın ve erkek oranının birbirinden farklı çıkmasının nedeni, çalışma yaptığımız saatlerde evde kadınların daha fazla bulunmasıdır. Bu durum görüşme zamanlarının akşam saatlerine ve hafta sonuna da yayılması ile kısmen azaltılmaya çalışılmıştır. Adana ili Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce yapılan çalışmada ise erkeklerin oranı % 43,2 ve kadınların oranı % 56,8 bulunmuştur.

Görüşülen kişilerin medeni durumlarının dağılımına baktığımızda (Tablo 9); en büyük grubu evliler % 76,6 ile oluşturmaktadır. Boşanmış veya eşi ölmüş olan kadınların oranı % 10,6 ile erkeklere göre fazla idi. Bunun nedeni kadınların yaşam sürelerinin erkeklere göre fazla olmasıdır. Tüm dünyada olduğu gibi, 2006 Türkiye istatistik nüfus ve kalkınma göstergelerine göre doğuştan yaşam süresi toplam 71,5, kadınlarda 75, erkeklerde ise 69,1'dir³¹. Adana ili Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce yapılan çalışmada ise bizim çalışmamıza benzer şekilde görüşülen kişilerin en büyük kısmının (% 67) evli olduğu bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan kişilerin meslek dağılımına baktığımızda (Tablo 10) cinsiyet ve meslek dağılımı arasında anlamlı fark bulunmuştur. Adana ili Seyhan,

Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce yapılan çalışmada ise erkeklerin % 42,7'si maaş karşılığı çalıştıklarını belirtmişlerdir ve toplamda aktif olarak çalışan erkek oranı % 53,8'dir. Erkekler arasında işsiz olduğunu söyleyenlerin oranı % 7,4'tür. Görüşülen kadınların % 69,1'i ev hanımı olduklarını söylemişlerdir. Her iki çalışmada da ev hanımları en büyük grubu oluşturmuş olup, erkek çalışan oranları benzerdir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2008 verilerine göre Türkiye'deki toplam işsizlik oranı % 10,9'tir.³²

Çalışmaya katılan kişilerin yaş grubu ve eğitime göre dağılımlarına baktığımızda (Tablo 13) görüşülen 1099 kişiden 178 kişi okur yazar olmadığını ifade etmiştir (% 16,2). Yaş grupları ve eğitim durumu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Adana ili Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce yapılan çalışmada ise görüşülen 1181 kişiden % 0,8'i (10 kadın) okur yazar olmadığını ifade etmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin okuryazarlık durumlarının cinsiyete göre dağılımlarına baktığımızda okuryazar olanların oranı kadınlarda % 79, erkeklerde ise % 96,1 idi. 2006 Yılı nüfus ve kalkınma göstergelerine göre Türkiye'de okuryazarların oranı toplam % 88,1, erkeklerde % 96, kadınlarda ise % 80,4'dür.³³ Okuryazarlık oranları bizim verilerimizle Devlet İstatistik Enstitüsü verileri benzerdir.

Çalışmaya katılanlardan 49 yaş ve altındaki 532 kadına gebelik durumları sorulmuş ve 26 kadın (% 5,5) gebe olduklarını ifade etmişlerdir. Adana ili Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce yapılan çalışmada ise görüşülen toplam 670 kadından 49 yaş ve altındaki 593 kadına gebe olup olmadıkları sorulmuştur. 41'i (% 6,9) gebe olduğunu ifade etmiştir. Her iki çalışmanın sonuçları birbirine yakındır.

Görüşme yapılan kişilerden % 19,4'ünün vücut kitle indeksi 30 veya üzerindedir (obez ve morbid obez).(Şekil 5) Adana ili Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce yapılan çalışmada ise görüşme yapılan kişilerden % 5,3'ünün vücut kitle indeksi 30 veya üzerindedir, 2000 verilerine göre Türkiye'deki obezite oranı % 19,4 olarak bulunmuştur.³⁴ Çalışmamız 2000 yılında yapılan prevalans çalışması ile uyumludur.

Çalışmamıza katılanlardan % 12,1'i son 1 yıl içinde evlerindeki sabit telefon hattının arıza, borç, taşınma, numara değişikliği gibi nedenlerle kesildiğini belirtmişlerdir. Adana ili Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce

yapılan çalışmaya katılanlardan % 3,8'i son 1 yıl içinde evlerindeki sabit telefon hattının kesildiğini belirtmişlerdir. Seyhan ve Yüreğir ilçeleri merkezde ve alt yapısı daha iyi olmasından dolayı telefon kesilme oranı düşük, diğer ilçelerin ise alt yapısı daha zayıf olduğundan dolayı oran yüksek bulunmuştur.

Görüşüğümüz 1095 kişiye sağlıklarını zayıf ile mükemmel arasında değışen beş seviyeli bir ölçekte değlendirmelerini istediğimizde görüşülen kişilerden % 54,5'i genel sağlık durumlarının iyi olduğunu ifade etmiştir. Bu soru kişilerin genel sağlık durumlarını nasıl algıladıklarını sorgulamaktadır. Adana ili Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce yapılan çalışmaya katılanlardan sağlık durumlarını % 76,6'sı iyi, % 12,3'ü *orta* ve % 11,1'i *çok iyi* olarak ifade etmişlerdir. Muhakkak ki görüşüğümüz kişiler arasında genel sağlıkları en üst düzeyde iyi durumda olanlar olduğu gibi sağlık durumları çok kötü olanlar da bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda zayıf, mükemmel ve çok iyi cevaplarının çok az sayıda olması, diğer çalışmada da zayıf ve mükemmel cevaplarının hiç olmaması göstermektedir ki; kişilerin sağlığa ilişkin algıları, durumları çok iyi de olsa çok kötü de olsa bunu olduğundan daha kötü yada daha iyi şekilde nitelendirilme eğilimindedir.

Görüşülen kişilerin son 30 günde hastalık, yaralanma vs. gibi bedensel rahatsızlıklar açısından kaç gün sağlıklarının kötü olduğunun dağılımına baktığımızda, (Tablo 18) Ortalama olarak yaşanan her 100 günün 7,6'sında kişiler herhangi bir bedensel rahatsızlık nedeniyle sağlıkları kötü seyrettiğini belirtmişlerdir. Adana ili Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce yapılan çalışmaya göre ortalama olarak kişi başına yaşanan her 100 günden 1,2'sinde kişinin sağlığı kötüydü. Aynı şekilde, depresyon veya duygusal problemler açısından sağlıklarının kötü olduğu gün sayısını sorguladığımızda kişilerin verdiği yanıtlara göre; ortalama olarak kişi başına yaşanan her 100 günün 4'ünde kişilerin depresyon veya duygusal nedenlerle sağlıkları kötüydü. Adana ili Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce yapılan çalışmaya göre ortalama olarak kişi başına yaşanan her 100 günden 0,4'ünde kişilerin depresyon veya duygusal nedenlerle sağlıkları kötüydü. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasına göre ruhsal bozukluk görülme sıklığı 2-3 yaş grubu çocuklarda % 10,9 iken, 4-18 yaş grubunda % 10,7, erişkinlerde ise % 15,4'dür³⁵.

Öte yandan, gün sayısı değil de kişi sayısı bazında değerlendirdiğimizde yanıtlayıcıların % 43,2'si son 30 günde 1 veya daha fazla sayıda gün boyunca bedensel sağlık açısından kötü gün yaşadıklarını ifade ederken, % 21,6'sı da son 30 günde ruhsal bir problem nedeniyle 1 veya daha fazla gün boyunca sağlıklarının kötü seyrettiğini belirtmişlerdir. Ayrıca görüşülen kişilerden % 12,6'sı son 30 günde bedensel veya ruhsal sağlık durumlarının kötü olması nedeniyle 1 veya daha fazla sayıda gün boyunca iş ve güçlerinden geri kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar göstermektedir ki; kişilerinin sağlıkları *kötü* olarak nitelendirmeleri iş ve güçten geri kalacak kadar kötü olma anlamı taşımamaktadır. Muhtemeldir ki; bu kişilerden bazılarının bedensel veya ruhsal sağlıkları *kötü* olduğu halde bir şekilde aktivitelerine devam edebilenler bu süreci *sağlıklarında anlamlı derecede kötüleşme* olmadığı şeklinde nitelendirmektedirler. Adana ili Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce yapılan çalışmaya göre yanıtlayıcıların % 12,4'ü son 30 günde 1 veya daha fazla sayıda gün boyunca bedensel sağlık açısından kötü gün yaşadıklarını ifade ederken, % 5'i de son 30 günde ruhsal bir problem nedeniyle 1 veya daha fazla gün boyunca sağlıklarının kötü seyrettiğini belirtmişlerdir. Ayrıca görüşülen kişilerden % 13,9'u son 30 günde bedensel veya ruhsal sağlık durumlarının kötü olması nedeniyle 1 veya daha fazla sayıda gün boyunca iş ve güçlerinden geri kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmaya katılanların % 86,7'si SSK, yeşil kart, emekli sandığı, bağ kur sigortalarından birine sahip olduğunu ifade etmiştir. Bu oran, sosyal güvence yokluğunun, sağlık bakım erişimine engel teşkil eden durumlardan biri olduğunu göstermektedir. Görüşülen kişilerden % 35,9'u sağlık sorunları için sürekli olarak başvurdukları belirli bir doktor olduğunu ifade etmişlerdir. Belirli bir doktorları olduğunu ifade edenlerden % 26,0'ı bu doktorun birinci basamak hekimi olarak pratisyen (% 0,4) veya aile hekimi uzmanı (% 25,6) olduğunu belirtmişlerdir. Bu oran, Adana'da mevcut sağlık sisteminde kişilerin sağlık sorunlarıyla ilgilenen sürekli ve belirli bir doktorlarının olup olmadığını göstermesi açısından anlamlıdır. Biz bu çalışmayı yürütürken Adana'da Aile Hekimliği pilot uygulaması başladığı için çalışmaya katılanların bir kısmı aile hekimlerini kişisel doktorları olarak kabul ettiklerini belirtmişlerdir. Sağlık bakım erişimine ilişkin sorguladığımız bir başka nokta, kişilerin son bir yıl içinde sağlık bakım ihtiyaçları olduğu halde ekonomik nedenlerden dolayı doktora başvuramama durumlarıydı. Yanıtlayıcıların % 31,8'i ekonomik

kısıtlılıklar nedeniyle doktora başvuramadığını ifade etmiştir. Bu sonuç, sağlık bakım kalitesi konusunda fikir vermemekle birlikte, araştırılan bölgede sağlık bakım erişiminde ekonomik kısıtlılıkların engelleyici bir rolü olduğu sonucunu düşündürmektedir. Adana ili Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce yapılan çalışmaya katılanların ise % 93,7'si SSK, yeşil kart, emekli sandığı, bağ kur yada özel sağlık sigortalarından birine sahip olduğunu ifade etmiştir. Görüşülen kişilerden % 9,3'ü sağlık sorunları için sürekli olarak başvurdukları belirli bir doktor olduğunu ifade etmişlerdir. Belirli bir doktorları olduğunu ifade edenlerden % 45,4'ü bu doktorun birinci basamak hekimi(pratisyen, aile hekimi uzmanı) olduğunu belirtmişlerdir Yanıtlayıcıların % 1,4'ü ekonomik kısıtlılıklar nedeniyle doktora başvuramadığını ifade etmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların % 41,7'si son 1 ay içinde düzenli fizik egzersiz yaptıklarını ifade etmişlerdir Adana ili Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce yapılan çalışmada ise katılımcıların % 33,8'i son 1 ay içinde düzenli fizik egzersiz yaptıklarını ifade etmişlerdir. DSÖ'nün raporuna göre Türkiye yeterli fizik aktivite prevalansı % 63,1'dir.³⁶

Katılımcılardan % 3,0'ı son bir yıl içinde bir veya daha fazla güneş yanığı yaşamışlardır. Adana ili Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce yapılan çalışmada ise katılımcılardan % 9,4'ü son bir yıl içinde bir veya daha fazla güneş yanığı yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda sigara içme prevalansı % 23,5 olarak bulunmuştur (erkeklerde % 39,9 ve kadınlarda % 17,2). Ülkemizde halen sigara içen erkeklerin oranı % 53,3 ve kadınların oranı% 20,5'tir.⁶ Ayrıca çalışmanın yapıldığı dönemde sigara içmekte olan toplam 258 kişiye son 1 yıl içinde sigarayı bırakma girişiminde bulunup bulunmadıkları sorulduğunda; % 37,4'i sigarayı bırakmayı denediklerini ifade etmişlerdir. Adana ili Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce yapılan çalışmada ise sigara içme prevalansı % 30,4 olarak bulunmuştur(erkeklerde % 41,8 ve kadınlarda % 21,4). Ayrıca çalışmanın yapıldığı dönemde sigara içmekte olan toplam 358 kişiye son 1 yıl içinde sigarayı bırakma girişiminde bulunup bulunmadıkları sorulduğunda; % 14,8'i sigarayı bırakmayı denediklerini ifade etmişlerdir. Toplumumuzdaki sigara ile mücadelede yasalardaki yeni düzenlemelerin henüz sigara bırakmayı pozitif yönde

etkilememekte, sigarayı bıraktırma danışmanlık hizmetlerinin artırılması gerekmektedir.

Görüşülen erkeklerin % 17,3'ü ve kadınların % 0,8'i alkol kullandıklarını söylemişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 Türkiye verilerine göre son 1 yıl içinde alkol kullanım oranı erkeklerde % 22,5 ve kadınlarda % 17,5 şeklinde bulunmuştur.³⁷ Adana ili Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova ilçelerinde daha önce yapılan çalışmada ise görüşülen erkeklerin % 36,5'i ve kadınların % 7'si alkol kullandıklarını söylemişlerdir.

Çalışmamızın amacı, kişilerin kendi ifadelerine dayalı olarak davranışsal risk faktörlerini araştırmaktı. Bunu yaparken kullandığımız veri toplama tekniği ülkemizde kişilerin çok alışkın olmadıkları bir yöntem olan 'telefon ile anket' yöntemi idi. Bu yöntemin zor olmasının en önemli nedeni kişilerin önceden haberli olmaksızın aranması ve çalışma konusunda bilgi verilerek rızalarının alınması idi. Bu konuda, görüşmeciler olarak doktor olmamızın önemli derecede olumlu etkilerini gördük. Yanıtlayıcılara açık kimliğimiz, çalıştığımız kurum ve bölümle ilgili ayrıntılı bilgiler verdiğimiz için çalışmanın gerçekliğini kabul ettirme ve rıza alma konusunda zorluk çekmedik. Öte yandan, yine doktor olmamız nedeniyle görüşme sırasında sıkça yanıtlayıcıların kendi sağlık sorunlarına ilişkin anket dışı farklı konuları konuşma ve tartışma istekleri oldu ve dikkatlerini ankete yönlendirmede zorluk çektiğimiz kişilerin sayısı az değildi. Bu durum görüşmelerin uzamasına neden oldu.

Çalışmamız göstermiştir ki; telefon ile anket yöntemi kısa zamanda çok sayıda kişiye ulaşmayı gerektiren çalışmalarda hem zaman hem de maliyet açısından en avantajlı veri toplama metodudur.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar:

1. Ülkemizde bu tür telefonla saha çalışmaları çok yaygın olmadığı için kişilerde çalışmaya katılım ve anket tamamlanıncaya kadar görüşmeyi devam ettirme konusunda zorluklar yaşanmaktadır. Çalışmamızda görüşme yapmayı kabul etmeyenlerin oranı % 7,8 ve görüşmeyi tamamlamayanların oranı % 4,2'dir.

2. Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunu ilkokul mezunları oluşturmuştur.

3. Görüşülen kişilerin ifade ettikleri boy ve kilo bilgilerine göre örneklemin büyük bir kısmının kilolu veya şişman olduğu bulunmuştur.

4. Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu genel sağlık durumlarını *iyi* ve *orta* olarak ifade etmişlerdir.

5. % 43,2 kişi son 30 günde hastalık, yaralanma vs. gibi bedensel rahatsızlıklar açısından sağlıklarının bir veya daha fazla gün boyunca kötü olduğunu ifade etmişlerdir. Örneklemin % 21,6'sı bir veya daha fazla gün boyunca stres, depresyon veya duygusal problemler nedeniyle sağlıklarının kötü olduğunu söylemişlerdir.

6. Bedensel veya ruhsal problem nedeniyle bir veya daha fazla günde iş ve güçten geri kaldıklarını belirtenlerin oranı % 12,6'dır.

7. Görüşülen kişilerden % 86,7'si herhangi bir sağlık güvencelerinin olduğunu ifade etmişlerdir.

8. Kişilerin % 35,9'u bir veya daha fazla kişisel doktorları olduğunu ifade etmişlerdir. Kişisel doktorları olduğunu söyleyen bu kişilerin % 25,6'sı ilk başvurdukları kişisel doktorun aile hekimi olduğunu belirtmişlerdir.

9. Görüşülen kişilerin % 31,8'i doktora başvurmada ekonomik engelle karşılaştığını ifade etmiştir.

10. Ekonomik nedenden dolayı doktora başvuramayan kişilerin yarısı sosyal güvencelerinin olmadığını belirtmiştir.

11. Erkeklerde sigara içme prevalansı % 39,9, kadınlardaki prevalans % 17,2 ve genel prevalans % 23,5 olarak bulunmuştur.

12. Görüşülen kişilerin % 5,4'ü alkol kullandıklarını ifade etmişlerdir. Erkeklerin alkol kullanma oranı % 17,3 ve kadınların alkol kullanma oranı % 0,8'dir.

13. Fizik egzersiz yapanların oranı % 41,7 bulunmuştur.

14. % 3,0 Kişi son on iki ayda bir veya daha fazla sayıda güneş yanığı yaşadıklarını belirtmişlerdir.

6.2. Öneriler

6.2.1. Telefon Örneklemi ve Verilerin Toplanmasına Yönelik Öneriler

Telefon ile anket yöntemi kullanılarak yapılacak olan çalışmanın dizaynında yaş, cinsiyet ve meslek dağılımı önemliyse görüşme yapılacak günler ve saatler buna göre ayarlanmalıdır. Örneğin, eğer tüm görüşmeler hafta içi 09:00-16:00 arasında ev telefonları aranarak yapılacak olursa çağrılarını yanıtlayan kişilerin büyük çoğunluğunun ev hanımları, öğrenciler, çalışmayan kişiler, yada izin vs. nedeniyle işyerine gitmemiş kişiler olması muhtemeldir.

6.2.2. Kişilerin Risk Faktörlerine Yönelik Öneriler

1. Görüşülen kişilerin % 52,4'ü vücut kitle indekslerine göre kilolu, şişman ya da aşırı şişman grubuna girmektedirler. Obezite açısından bölge halkı bilgilendirilmeli ve obezite nedeniyle ortaya çıkabilecek hastalıklar konusunda eğitim verilmeli ve kişilere obezitenin ne denli ciddi sorunlara yol açabileceği anlatılarak yaşam tarzı değişiklikleri konusunda cesaretlendirilmelidirler.

2. Çalışma bölgesinde genel sağlık durumunu 'mükemmel' veya 'çok kötü' olarak ifade edenlerin sayısı azdır. Kişilerin genel sağlık durumlarının nasıl olduğunu algılamaları konusunda daha ileri çalışmalar yapılmalı ve sağlıklı olma kavramı konusunda kişiler bilgilendirilmeli ve bilinçlendirilmelidirler.

3. Her ne kadar sonuçlarımıza göre ruh sağlıklarının kötü olduğunu ifade edenler oran olarak Türkiye ortalamasının üstünde olsa da, ruh sağlığı ve hastalıkları konusunda durumunu ifade edenler kadar ve belki de daha fazla oranda kişinin sorunlarını gizlediği düşünülecek olursa ruh sağlığı ve hastalıkları açısından ayrı bir sağlık politikası oluşturulmalı ve hem sağlık hizmet alıcıları hem de sağlık hizmeti sunucuları bu konuda özellikle eğitilmelidir.

4. Bedensel ve ruhsal sağlık sorunları nedeniyle iş ve güçlerinden geri kaldıklarını belirtenlerin oranının % 12,6 olması, çalışma bölgesindeki popülasyonun

sağlık problemlerinin sıklığını ve derecesini ve bu problemlerin ne ölçüde iş-güç kaybına yol açtığını göstermesi açısından önemlidir. Ekonomik ve işgücü verimliliği açısından bölgede kişilerin sağlık problemlerinin çözümüne yönelik politikalar geliştirilmelidir.

5. Görüşülen kişilerin büyük çoğunluğu her türlü sağlık sorunları için sürekli olarak ilk başvurdukları kişisel bir doktorlarının olmadığını ifade etmişlerdir. Kaliteli ve maliyet-etkin sağlık hizmeti sunumunda bakımda süreklilik özellikle uygulanması gereken bir yaklaşımdır. Bu yüzden kişilerin sağlık sorunlarıyla ilgili her zaman başvurabilecekleri belirli bir sağlık hizmet sunucularının olmasına yönelik sağlık bakım sistemi geliştirilmelidir. Bu konuda yapılması gereken, Türkiye’de aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılması ve her bir bireyin aile hekiminin olmasıdır.

6. Çalışmamız, bölgede sigara içiminin ne denli yaygın olduğunu göstermektedir. Sigarayla mücadele konusunda yürütülen çalışmaların etkinliği gözden geçirilmeli ve daha kararlı politikalar ortaya konmalıdır.

7. Çalışma bölgesindeki fizik egzersiz yapma oranının düşük olması yüksek obezite riski ile uyumlu görünmektedir. Bu veriler göstermektedir ki; bölge halkını sağlıklı beslenme ve düzenli fizik aktivite yönünde eğitmek ve bilinçlendirmek öncelikli sağlık bakım çalışmaları arasında yer almalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. **Güler Ç, Çobanoğlu Z.** Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No:47, Risk İletişimi ve Risk Yönetimi, 1.Basım,Ankara, T.C.Sağlık Bakanlığı,**1997**: 21-24.
2. WHO World Health Report, Chapter 2: Defining and Assessing Risks to Health, Sağlığa İlişkin Risklerin Tanımlanması ve Değerlendirilmesi,
<http://www.who.int/whr/2002/chapter2/en/index.html>
Erişim tarihi: 03.02.2009
3. **Üysal Y.** Seyhan ilçesinde davranışsal risk faktörlerinin belirlenmesi projesi Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, **2007**.
4. **Remington PL, Smith MY, Williamson DF, Anda RF, Gentry EM, Hogelin GC.** Design, characteristics, and usefulness of state-based behavioral risk factor surveillance: 1981–87. Public Health Reports. **1988**; 103(4): 366–375.
5. .Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Kalp Sağlığı Politikası
http://www.tkd-online.org/UKSP/TKD_UlusalKalpSagligiPolitikasi_Taslak.pdf
Erişim tarihi:03.02.2009.
6. **Chan M.** Who Report On The Global Tobacco Epidemic. Mpower fresh and alive, **2008**.
7. **Çolakoğlu F, Şenel Ö,** Sekiz Haftalık Aerobik Egzersiz Programının Sedanter Orta Yaşlı Bayanların Vücut Kompozisyonu ve Kan Lipidleri Üzerindeki Etkileri, Spormetre, *Ankara Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, **2003**;1(1): 56-61.
8. **Eyre H, Kahn R, Robertson RM;** American Cancer. Society, the American Diabetes Association, and the. American Heart Association. Collaborative Writing. Committee. Preventing cancer, cardiovascular disease. and diabetes: a common agenda for the American. Cancer Society, the American Diabetes Association,. and the American Heart Association. Diabetes Care.. **2004**;27(7):1812-24.
9. **Aydın Z.D.** Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma:Yaşam biçiminin rolü *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2006**;13(4): 43-48.
10. **Özcan S, Saatçı E, Bozdemir N, Akpınar E,** Egzersiz, sağlık, hastalık, toplum ve hekim, *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* **2002**; 11:388-415.

11. **Mercanlıgil S.M.** Şişmanlık.1.Baskı. Ankara T.C.Sağlık Bakanlığı Ekim **2006**.
12. World Health Organization Regional Office for Europe
http://www.euro.who.int/nutrition/20030507_1
Erişim tarihi:15.02.2009.
13. **Ekuklu G, Deveci S, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltı. A.** Alcoholism prevalence and some related factors i. Edirne, Turkey. *Yonsei Med J.* **2004**;45(2):207-14.
14. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. 2000.
http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/4_18029.htm?wbnum=1106
Erişim tarihi:04.02.2009.
15. **Araz A, Harlak H, Meşe G.** Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* **2007**;6(2):112-122.
16. **Başaran S, Güzel R, Sarpel T.** Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. *Romatizma Dergisi* .**2005**;20(1):55-63.
17. **John W. SAULTZ** Textbook of Family Medicine Access to Care. Chapter 3, **2000**, 31-51.
18. **Bir A. A.,** Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları No:1081, **1999**.
19. **Arabacı F.** Yüreğir ilçesinde davranışsal risk faktörlerinin belirlenmesi projesi Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, **2007**.
20. Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Haberleşme İstatistikleri,
http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=169
Erişim tarihi:03.02.2009.
21. Türkiye İstatistik Yıllığı, 2004.
22. **Balcı A.,** Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntem, Teknik ve İlkeler, Ankara, **1995**.
23. T.C Adana İl Valiliği
<http://www.adana.gov.tr/?sayfa=4>
Erişim tarihi:01.07.2008.

24. Adana Türk Telekom Bölge Müdürlüğü Veri Tabanı.
25. Uysal Açık Kaynak Kodlu Veri Analiz Programları, www.webdata.name.tr
Erişim tarihi: 10.07.2008.
26. Epi İno Bilgisayar Programı
<http://www.cdc.gov/epiinfo/>
Erişim tarihi:12.09.2008.
27. Centers for Disease Control and Prevention, Davranışsal Risk Faktörleri Araştırma Sistemi,
<http://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/pdf-ques/2004brfss.pdf>
Erişim tarihi: 20.08.2008.
28. **Ortaylı N, Bulut A, Nalbant H.**, The effectiveness of preabortion contraception counseling, *Int J Gynaecol Obstet.* **2001** Sep;74(3):281-5.
29. Türkiye İstatistik Kurumu.
http://www.tuik.gov.tr/yillik/Ist_gostergeler.pdf
Erişim tarihi:04.02.2009.
30. Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Nüfus İstatistikleri,
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=3992>
Erişim tarihi: 03.02.2009.
31. Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus ve kalkınma göstergeleri
<http://nkg.tuik.gov.tr/2006.asp?gosterge=1&Submit=G%F6r%FCnt%FCle>
Erişim tarihi: 03.02.2009.
32. Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye İstihdam Verileri,
http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=25&tb_adi=İşgücü%20İstatistikleri&ust_id=8
Erişim tarihi: 03.02.2009.
33. Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus ve kalkınma göstergeleri
<http://nkg.tuik.gov.tr/goster.asp?aile=3>
Erişim tarihi: 03.02.2009.
34. **Yumuk V.D**, Prevalence of Obesity in Turkey, The International Association for the Study of Obesity, obesity reviews, **2005**, 6, 9–10.

35. **M Uğurlu, T Soydal.**Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu *Kriz Dergisi*, **2004**; 12(1):41-46.
36. WHO Report Of Turkey
<http://www.who.int/healthinfo/survey/whstur-turkey.pdf>.
37. WHO Global Status Report on Alcohol 2004, World Health Organization, Türkiye Alkol Kullanma Verileri,
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf
Erişim tarihi: 04.02.2009.

8. EKLER

Davranışsal Risk Faktörleri Araştırma Sistemi Anketi

Merhaba, ben Dr. Neşem Anber.

Ç.Ü.T.F. Aile Hekimliği Bölümünden arıyorum.

Adana'da yaşayanların sağlık durumlarıyla ilgili bir araştırma yapıyoruz.

Eğer kabul ederseniz size sağlık durumunuz ve sağlıkla ilgili davranışlarınız hakkında birkaç soru sormak istiyorum.

(Kişi çalışmaya katılmak / soruları yanıtlamak istemezse iyi günler dileyerek
TELEFONU KAPAT)

Orası özel bir konut mu?

Eğer cevap "hayır" ise;

Teşekkürler, sadece özel konutta/evde yaşayanlarla görüşme yapıyoruz.

(TELEFONU KAPAT)

Görüşülen numara özel bir konuta aitse, görüşülen kişi 18 yaşın üstündeyse ve kişi görüşmeyi kabul ettiyse aşağıdaki bölüm ile devam et:

Bu görüşme için telefon numaranız rasgele olarak seçildi.

Adınızı, adresinizi, veya buna benzer kişisel bilgilerinizi sormayacağım.

Cevap vermek istemediğiniz sorulara cevap vermeyebilirsiniz, ve istediğiniz an görüşmeyi bitirebilirsiniz.

Bana verdiğiniz tüm bilgiler gizli kalacaktır.

Eğer bu araştırma hakkında daha ayrıntılı bilgi edinmek isterseniz size vereceğim şu telefonu arayabilirsiniz. (Ç.Ü.T.F. Kışla Toplum Sağlığı Merkezinin telefon numarasını ver).

Bölüm 1 : Demografik bilgiler

1.1 Kaç yaşındasınız?

[...] (Yaşı yazınız)

[] Bilmiyorum / Emin değilim

[] Cevap vermek istemiyorum

1.2 Evli misiniz bekar mısınız?

[] Evliyim ----> Resmi nikahınız var mı? [] Evet [] Hayır

[] Boşandım

[] Eşim vefat etti

- ☐ Eşimden ayrı yaşıyorum
☐ Hiç evlenmedim
☐ Evli olmayan bir çiftiz
☐ Cevap vermek istemiyorum
- 1.3 Evinizde 18 yaşın altında olup sizinle yaşayan çocuğunuz var mı?
(bu soruyu evli olmayanlara sorma)
- ☐ Sayıda çocuğum var
☐ Hiç yok
☐ Cevap vermek istemiyorum
- 1.4 Eğitim durumunuz nedir?
- ☐ Okur yazar değilim
☐ Okur yazarım
☐ İlkokul mezunuyum
☐ Ortaokul mezunuyum
☐ Lise mezunuyum
☐ Üniversite mezunuyum
☐ Cevap vermek istemiyorum
- 1.5 Ne iş yapıyorsunuz?
- ☐ Maaş karşılığı çalışıyorum
☐ Kendi işim
☐ 1 yıldan fazla süredir işsizim
☐ 1 yıldan kısa süredir işsizim
☐ Ev hanımıyım
☐ Öğrenciyim
☐ Emekliyim
☐ Çalışamaz durumdayım
☐ Cevap vermek istemiyorum
- 1.6 Cevap veren kişinin cinsiyetini belirtiniz.
(sadece gerekliyse sorunuz)
- ☐ Erkek
☐ Bayan
- 1.7 Sizin bilginize göre, şu anda gebe misiniz?
(49 yaş üstündeki bayanlara bu soruyu sorma)
- ☐ Evet
☐ Hayır
☐ Bilmiyorum / Emin değilim
☐ Cevap vermek istemiyorum

1.8 Ağırlığınız ne kadar?

- [...] kg
- ☐ [] Bilmiyorum / Emin değilim
- ☐ [] Cevap vermek istemiyorum

1.9 Boyunuz ne kadar?

- [...] cm
- ☐ [] Bilmiyorum / Emin değilim
- ☐ [] Cevap vermek istemiyorum

1.10 Cep telefonu hariç evinizde birden fazla telefon hattı var mı?

- ☐ [] Evet
- ☐ [] Hayır
- ☐ [] Bilmiyorum / Emin değilim
- ☐ [] Cevap vermek istemiyorum

1.11 Geçtiğimiz 12 ay içerisinde, 1 hafta veya daha fazla süre için evinizde telefonunuzun kesildiği oldu mu?

- ☐ [] Evet
- ☐ [] Hayır
- ☐ [] Bilmiyorum / Emin değilim
- ☐ [] Cevap vermek istemiyorum

Bölüm 2: Sağlık Durumu

2.1 Genel olarak sağlık durumunuz hakkında ne söyleyebilirsiniz ?

- ☐ [] Mükemmel
- ☐ [] Çok iyi
- ☐ [] İyi
- ☐ [] Orta
- ☐ [] Zayıf
- ☐ [] Bilmiyorum / emin değilim
- ☐ [] Cevap vermek istemiyorum

Bölüm 3: Sağlıklı Günler - Sağlık İlişkili Yaşam Kalitesi

3.1 Hastalık, yaralanma vs. gibi bedensel rahatsızlıklar açısından son 30 günde kaç gün sağlığınız kötüydü ?

- ☐ [...] Gün sayısı
- ☐ [] Hiç
- ☐ [] Bilmiyorum / Emin değilim
- ☐ [] Cevap vermek istemiyorum

3.2 Stres, depresyon, ve duygusal problemler açısından ruh sağlığınız son 30 gün içinde kaç gün kötüydü ?

- ☐ [...] Gün sayısı
- ☐ [] Hiç
- ☐ [] Bilmiyorum / Emin değilim
- ☐ [] Cevap vermek istemiyorum

3.3 Son 30 günde bedensel veya ruhsal sağlığınızdaki kötüleşme nedeniyle kaç gün iş ve güçten geri kaldınız(kendi bakımınız, iş, ya da eğlence gibi aktiviteler açısından) ?

- ☐ [...] Gün sayısı
- ☐ [] Hiç
- ☐ [] Bilmiyorum / Emin değilim
- ☐ [] Cevap vermek istemiyorum

Bölüm 4: Sağlık Bakım Erişimi

4.1 Sosyal güvenceniz var mı ? (SSK, Yeşil kart, Emekli sandığı, Bağkur, Özel sağlık sigortası vs.)

- ☐ [...] Varsa yazınız
- ☐ [] Hayır
- ☐ [] Bilmiyorum / Emin değilim
- ☐ [] Cevap vermek istemiyorum

4.2 Kişisel doktorunuz ya da her türlü sorunuz için ilk başvurduğunuz bir doktorunuz var mı?

- ☐ [] Evet, sadece bir
- ☐ [] Birden fazla
- ☐ [] Hayır
- ☐ [] Bilmiyorum / Emin değilim
- ☐ [] Cevap vermek istemiyorum
- ☐ [...] Başvurduğunuz bu doktorun uzmanlık alanı

4.3 Son 12 ay içinde bir doktora başvurma ihtiyacı duyup ekonomik nedenlerden dolayı başvuramadığınız oldu mu ?

- ☐ [] Evet

- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum / Emin değilim
- ☐ Cevap vermek istemiyorum

Bölüm 5: Egzersiz

5.1 Son bir ay içinde, düzenli işiniz dışında, koşma, fizik egzersiz, herhangi bir spor, bahçe işleri, yürüme gibi bir bedensel aktiviteniz oldu mu ?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum / Emin değilim
- ☐ Cevap vermek istemiyorum

Bölüm 6: Güneşe Aşırı Maruziyet

7.1 Son 12 ay içinde güneş yanığı yaşadınız mı ?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum / Emin değilim
- ☐ Cevap vermek istemiyorum

7.2 Son 12 ay içinde kaç defa güneş yanığı geçirdiniz(vücudun küçük bir parçası da olsa 12 saatten fazla kızarıp kalması)

- ☐ Bir
- ☐ İki
- ☐ Üç
- ☐ Dört
- ☐ Beş
- ☐ Altı veya fazla
- ☐ Bilmiyorum / Emin değilim
- ☐ Cevap vermek istemiyorum

Bölüm 7: Tütün kullanımı

7.1 Tüm yaşamınız boyunca en az 100 sigara içtiniz mi?

Not: 5 paket = 100 sigara

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

- ☐ Bilmiyorum / Emin değilim
- ☐ Cevap vermek istemiyorum

7.2 Şu anda ne sıklıkta sigara kullanıyorsunuz?

- ☐ Günde [...] tane
- ☐ Kullanmıyorum
- ☐ Cevap vermek istemiyorum

7.3 Son 12 ay içinde sigarayı bırakma girişiminde bulundunuz mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum / Emin değilim
- ☐ Cevap vermek istemiyorum

Bölüm 8: Alkol kullanımı

8.1 Alkol kullanıyor musunuz ?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Cevap vermek istemiyorum (Bölüm 9'a geliniz)□

8.2 Ne tür alkol kullanıyorsunuz ?

- ☐ Bira
- ☐ Rakı
- ☐ Şarap
- ☐ Viski
- ☐ Likör
- ☐ Cin
- ☐ Votka
- ☐ Boğma
- ☐ Bilmiyorum / Emin değilim
- ☐ Cevap vermek istemiyorum

8.3 Bir oturmada ne kadar içersiniz(kaç bardak/duble) ?

- ☐ bardak/duble
- ☐ Bilmiyorum / Emin değilim
- ☐ Cevap vermek istemiyorum

8.4 Son 30 günde, kaç kez içki aldınız ?

- ☐ [...] Sayıda
- ☐ [] Hiç
- ☐ [] Bimiyorum / Emin değilim
- ☐ [] Cevap vermek istemiyorum

8.5 Son 30 günde kaç defa aşırı içki aldınız ?

- ☐ [...] Sayıda
- ☐ [] Hiç
- ☐ [] Bimiyorum / Emin değilim
- ☐ [] Cevap vermek istemiyorum

Bu son soruydu.
Çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURULU**

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
3		04.03.2008

KARAR No 1- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Nafiz Bozdemir yönetiminde, Doç. Dr. Esra Sancı'nın, Doç. Dr. Ersin Akpınar'ın, Yrd. Doç. Dr. Sevgi Özcan'ın, Yrd. Doç. Dr. Hatice Kurdak'ın katkılarıyla, Çukurova Üniversitesi Telefon ve İnternet ile Saha Araştırmaları Merkezi olanakları kullanılarak, Arş. Gör. Dr. Neşem Anbar tarafından tıpta uzmanlık tez çalışması olarak yürütülmesi öngörülen, "Adana İli ilçeleri davranışsal risk faktörlerinin belirlenmesi" başlıklı proje, araştırma etiği yönünden değerlendirildi; toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

Toplantıya Katılmadı

Prof. Dr. Yurdanur Kılıç
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı

Prof. Dr. Neslihan Seyrek
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı

Yar. Doç. Dr. Ersin Akpınar
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı

Öğrenci Temsilcisi Cem Başpınar
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Ayhan Ünal
Etik Kurulu Üyesi

Doç. Dr. Silreyya Soyupak
Etik Kurulu Üyesi

Ar. Gör. Dr. Selma Özmez
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. İker Üzel
Etik Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Behman Aiper
Etik Kurulu Üyesi

Doç. Dr. Mehmet Kanadaşı
Etik Kurulu Üyesi

Başhekim Nuriye Kabukçu
Etik Kurulu Üyesi

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Neşem Anber

Doğum yeri/tarihi: Adana, 1973

Medeni durumu: Bekâr

Adres: Reşatbey Mah. Salih Bosna Sitesi A Blok K:2 D.6
Seyhan/ADANA

Telefon: 322-4536640

E-mail: nanber@cu.edu.tr

Mezun olduğu tıp fakültesi: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Görev yerleri: 2002-2003: Adana Universal Hospital
2004-2009: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile
Hekimliği Anabilim Dalı

Yabancı diller: İngilizce