



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

**ADANA İLİ CEYHAN, KOZAN, FEKE, SAİMBEYLİ,
TUFANBEYLİ, POZANTI, KARAIŞALI, ALADAĞ,
İMAMOĞLU, YUMURTALIK, KARATAŞ İLÇELERİNDE
YAŞAYAN BİREYLERİN DAVRANIŞSAL RİSK
FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ**

Dr. Ufuk GÜLMEN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR

ADANA-2010



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

**ADANA İLİ CEYHAN, KOZAN, FEKE, SAİMBEYLİ,
TUFANBEYLİ, POZANTI, KARAIŞALI, ALADAĞ,
İMAMOĞLU, YUMURTALIK, KARATAŞ, İLÇELERİNDE
YAŞAYAN BİREYLERİN DAVRANIŞSAL RİSK
FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ**

Dr. Ufuk GÜLMEN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR

**Bu çalışma Ç.Ü. Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından TF 2008 LTP19
proje no ile desteklenmiştir.**

ADANA-2010

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalıőmam sürecinde destek, hoőgörü, sabır ve emeklerini esirgemeyen tez danıőmanım Prof. Dr. Nafız Bozdemir'e,

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

Asistanlığım boyunca bana verdikleri destek ve dostluklarını minnetle anacağım Uz. Dr. Neőem Anber'e, Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın tüm araştırma görevlileri ve personeline,

İhtisasım süresince hep yanımda olan eşim Hatice'ye,

Minnettarlığımı kelimelerle anlatamayacağım sevgili anneme ve kardeőlerime, şimdi yanımda olamayan babama,

Teőekkürlerimi sunarım.

Dr. Ufuk Gülmen

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO LİSTESİ	iv
ŞEKİL LİSTESİ	vii
KISALTMALAR	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlıkla İlgili Davranışsal Risk Faktörlerini Belirlemede Kullanılan Değişkenler	3
2.2. Davranışsal risk faktörleri:	4
2.2.1.Astım	4
2.2.2.Diyabet	6
2.2.3 Ağız sağlığı	8
2.2.4.Aşılama	10
2.2.5.Askerlik durumu	13
2.2.6.Engelli	13
2.2.7.Ateşli silahlar	14
2.3. Sağlıkta Risk Faktörlerini Belirleme Yöntemleri	14
2.3.1.Anket Yönteminin Türleri	15
2.3.2.Mektupla Anket	16
2.3.3.Telefonla Anket	16
2.3.4.Kişisel Görüşme	17
2.3.5.Uygun Anket Türünü Belirleme	18
2.4. Önleyici Sağlık Bakımında İstatistiksel Kavramlar	18
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER	20
3.1. Çalışma Evreninin Belirlenmesi	20

3.2.	Adana İli İlçeleri ile İlgili Genel Bilgiler	20
3.3.	Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması	22
3.4.	Örneklem Seçimi	22
3.5.	Anket Formunun Hazırlanması	24
3.6.	Verilerin Toplanması	24
3.7.	Verilerin Analiz Edilmesi ve Kullanılan İstatistik Yöntemler	26
4.	BULGULAR	27
4.1	Adana İli ilçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri	27
4.2.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Astım Durumu	29
4.3.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Diyabet Durumu	33
4.4.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Ağız Sağlığı Durumu	36
4.5.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Aşılama Durumu	41
4.6.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Askerlik Durumu	44
4.7.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Engellilik Durumu	44
4.8.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Evlerinde Ateşli Silah Durumu	46
5.	TARTIŞMA	49
5.1.	Kısıtlılıklar	54
6.	SONUÇLAR ve ÖNERİLER	55
6.1.	Sonuçlar	55
6.2.	Öneriler	56
	KAYNAKLAR	58
	EKLER	62
	ÖZGEÇMİŞ	71

TABLO LİSTESİ

Tablo No:	Tablo Başlığı	Sayfa No
Tablo 1.	Risk Ne Anlama Gelir?	1
Tablo 2.	Astım Gelişmesine Yol Açan Risk Faktörleri	5
Tablo 3.	Tip 2 Diyabetin Majör Risk Faktörleri	7
Tablo 4.	Ek Olarak Verilecek Florid Miktarı	9
Tablo 5.	Normal ve Risk grubu Yetişkinlerde Aşılama Şeması	12
Tablo 6.	Özrün Türüne ve Cinsiyete Göre Türkiye'de Engelli Nüfus Oranı	13
Tablo 7.	Anket Türlerinin Karşılaştırılması	18
Tablo 8.	Adana İli İlçelerinin Özellikleri	20
Tablo 9.	Adana İli İlçelerine Göre Nüfus, Abone Sayısı ve Örneklem Sayısı Oranları	23
Tablo 10.	Adana İli İlçeleri (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Arama Sonuçları	25
Tablo 11.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Katılım Yüzdeleri	26
Tablo 12.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı	27
Tablo 13.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Medeni Duruma Göre Dağılımı	28
Tablo 14.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Cinsiyete Göre Eğitim Durumlarının Dağılımı	28
Tablo 15.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Astım Olma Durumu	31
Tablo 16.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Cinsiyet ve Astım Olma Durumu	32
Tablo 17.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Şu An Astım Olma Durumu	32
Tablo 18.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Yaş Grupları ve Diyabet Olduğu Söylenme Durumu	33
Tablo 19.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Eğitim durumu ve Diyabet Olduğu Söylenme Durumu.	34
Tablo 20.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Medeni Durum ve Diyabet Olduğu Söylenme Durumu	34
Tablo 21.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Diyabet Olduğu Söylenme Durumu	35

Tablo 22.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Cinsiyet ve Diyabet Olduğu Söylenme Durumu	35
Tablo 23.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Beden Kitle İndeksi ve Diyabet Olduğu Söylenme Durumu	36
Tablo 24.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Yaş Grupları ve Diş Hekimine Gitme Durumları	37
Tablo 25.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Eğitim Grupları ve Diş Hekimine Gitme Durumu	38
Tablo 26.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Cinsiyet ve Diş Hekimine Gitme Durumu	38
Tablo 27.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Diş Çürüğü Nedeniyle Kaybettikleri Diş Sayısı Durumu	39
Tablo 28.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Eğitim Durumu ve Diş Çürüğü Nedeniyle Kaybedilen Diş Sayısı	39
Tablo 29.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Cinsiyet ve Kaç Diş Kaybettiği Durumu	40
Tablo 30.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Dişlerini Temizletme Zamanı	40
Tablo 31.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Dişlerini Temizletme ve Eğitim Durumu	41
Tablo 32.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Aşılama Durumu	41
Tablo 33.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Cinsiyet ve Aşılama Durumu	42
Tablo 34.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Eğitim ve Aşılama Durumu	42
Tablo 35.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Son Bir Yıl İçinde Tetanoz Aşısı Yapılma Durumu	43
Tablo 36.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Daha Önce Üç Doz Hepatit B Aşısı Yapılma Durumu	43
Tablo 37.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Erkeklerin Askerlik Yapma durumu	44
Tablo 38.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Son 12 Ay İçerisinde TSK'lerine Bağlı Bir Sağlık Karnesi ile Muayene Olma veya İlaç Yazılma Durumu	44

Tablo 39.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Fiziksel, Ruhsal veya Duygusal Sorunlar Nedeniyle Herhangi Bir Aktiviteyi Yapamama (Engellilik/Disability) ve Özel Bir Alet (koltuk değneği, tekerlekli sandalye, özel bir yatak, özel bir telefon, vb.) Kullanılmasını Gerektirecek Herhangi Bir Sağlık Sorunu Olma Durumu	45
Tablo 40.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Fiziksel, Ruhsal veya Duygusal, Sorunlar Nedeniyle Bir Aktiviteyi Yapamama ve Eğitim Durumu	45
Tablo 41.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Fiziksel, Ruhsal veya Duygusal Sorunlar Nedeniyle Bir Aktiviteyi Yapamama ve Medeni Durumu	46
Tablo 42	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Evlerinde Ateşli Silahların Durumu	46
Tablo 43.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Ateşli Silah Bulundurma ve Eğitim Durumu	47
Tablo 44.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Ateşli Silah Bulundurma Durumu	48

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No	Şekil Başlığı	Sayfa No:
Şekil 1.	Adana İl Haritası	21
Şekil 2.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Eğitim Durumu ve Yaş Grupları Dağılımı	29
Şekil 3.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Astım Durumu	30
Şekil 4.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Diyabet Durumu	33
Şekil 5.	Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) En Son Diş Hekimine Gitme Durumu	37

KISALTMALAR

ADNKS	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BRFSS	: Behavioral Risk Factor Surveillance System
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GINA	: Global Initiative for Asthma
TİP 2 DM	: Tip 2 Diabetes Mellitus
TİSAB	: Çukurova Üniversitesi Telefon ve İnternet ile Saha Araştırmaları Birimi
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri
TURDEP	: Turkish Diabetes Epidemiology Study
USPSTF	: United States Preventive Services Task Force
WHO	: World Health Organization

ÖZET

Adana İli Ceyhan, Karaisalı, Pozantı, Yumurtalık, Kozan, İmamoğlu, Saimbeyli, Tufanbeyli, Feke, Aladağ, Karataş, İlçelerinde Yaşayan Bireylerin Davranışsal Risk Faktörlerinin Belirlenmesi

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) yaşayan bireylerin astım, diyabet, ağız sağlığı ve engellilik durumlarını araştırdık.

Gereç ve Yöntem: Veriler telefonla anket yöntemin ile toplanmıştır. Adana İli İlçelerindeki tüm sabit telefon numaraları arasından “sistemik küme örnekleme yöntemi” ile aranan numaralar belirlenmiştir. Aranan telefonlarda sadece 18 yaşından büyük kişilerle görüşülmüştür. Çalışmada kullanılan anket formu, Behavioral Risk Factor Surveillance System’e ilişkin özellikle telefonla uygulanmak üzere yapılandırılmış anketten uyarlanarak oluşturulmuştur. Bilgisayar Destekli Telefon Görüşmesi kullanılmış ve görüşme sonuçları, görüşme sırasında bilgisayara kaydedilmiştir. Bu sistem, "Uysal WebQ1.0" anket yönetim yazılımı ve "Epi info" bilgisayar programı ile birlikte yürütülmüştür. Görüşmeler, Çukurova Üniversitesi Telefon ve İnternet ile Saha Araştırmaları Biriminde (TİSAB) gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Örnekleme çıkan 1888 kişiden 1096’sı (% 58,0)’i ile başarılı görüşme yapılmıştır. Çalışmamıza katılanlarda astım prevalansı % 6,6, diyabet prevalansı % 10,1, son bir yıl içinde dış hekimine gidenlerin oranı % 40,0 geçici veya kalıcı sakatlığı olanların oranı % 7,0 bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmadan elde edilen sonuçlar, ulusal ve bölgesel çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Diyabet ve astım gibi kronik hastalıkların önlenmesi için yeni stratejiler geliştirilmelidir. Bölgemizde ağız sağlığı kötüdür ve ihmal edilmektedir. Koruyucu hekimliğe ve birinci basamak sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmelidir.

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

ABSTRACT

**Determining the Behavioral Risk Factors in People Living in Adana Counties;
Ceyhan, Karaisalı, Pozantı, Yumurtalık, Kozan, İmamoğlu, Saimbeyli, Tufanbeyli,
Feke, Aladağ, Karataş**

Background and Aim: In this study, we searched for asthma, diabetes, oral health status and disability of people living in the counties of Adana city (excluding Seyhan, Yüreğir, Sarıçam and Çukurova).

Materials and Methods: Data was collected by “telephone interview” method. The phone numbers were selected by “systematic cluster sampling method” from the list of home phone numbers for the counties of Adana city. Interviews were only with individuals >18 years of age. The questionnaire was modified from the structured questionnaire of Behavioral Risk Factor Surveillance System designed particularly for telephone interviewing. Data was installed during the interview. The Computer Assisted Telephone Interviewing was used. The system was conducted using "Uysal WebQ 1" and "Epi Info" softwares. The interviews were held in “Cukurova University Field Research by Telephone and Internet (TISAB)”.

Results: The response rate was 58% (1096/1888). Prevalence for asthma was 6,6%, for diabetes 10,1%. Of the sample, 40,0% stated that they had visited a dentist during the last year and the prevalence of disability (either permanent or temporary) was 7,0%.

Conclusion: Our results were consistent with national and regional studies. New strategies should be developed to prevent chronic disease including asthma and diabetes. Oral health is poor and neglected in our region. Preventive care and primary care should have more emphasis.

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

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Risk değişik anlamlara gelebilir. En sık kullanılan iki değişik anlamı, olumsuz bir durumla sonuçlanma olasılığı veya bu olasılığı arttıran bir faktördür. Riskle ilgili diğer tanımlar Tablo 1’de özetlenmiştir. Sağlıkta risklere odaklanma, hastalık ve yaralanmalardan korunmada anahtardır. Yaralanma ve hastalıkların önlenmesi, sistematik değerlendirme ve nedenlerin azaltılmasını gerektirir.¹

Hastalığın nedenlerine odaklanırken birçok bilimsel etkinlik, risk faktörlerinin varlığına yönelir. “Elektromanyetik dalga radyasyonu lösemiye neden olur mu?” “Enfeksiyonlar kalp krizine yol açar mı?” Bu değerlendirmeleri, kişiler arasındaki risk faktörlerinin değerlendirilmesi izler.¹

Tablo 1. Risk Ne Anlama Gelir?¹

<ul style="list-style-type: none">• Risk olasılık anlamına gelebilir. Kirli bir içmeden HIV/AIDS olma riski gibi.• Risk olumsuz bir durumun olasılığını arttıran bir faktör olabilir. Örneğin: Kötü beslenme, ev içi pis su ve evde sigara içilmesi çocuk sağlığı riskleridir.• Risk bir sonuç anlamına da gelebilir. Örneğin içkiliyken araba kullanmanın riski araba kazası geçirmek olabilir.• Risk potansiyel olumsuz bir durum veya tehdit anlamına gelebilir. Örneğin motor kullanmanın bir riski vardır.
<p>Riskle İlgili Önemli Diğer Tanımlamalar</p> <ul style="list-style-type: none">• Risk prevalansı: Belli bir popülasyonda belli bir riske maruz kalanların oranıdır. Örneğin bir popülasyonda sigara içme prevalansı % 25 olabilir.• Rölatif Risk: Belirli bir riske maruz kalanlar ile kalmayan insanlar karşılaştırıldığında muhtemel zararlı sağlık sonuçlarının oluşma olasılığıdır.• Tehlike: Doğada olan bir özelliktir. Örneğin: Potansiyel zararlı içeren bir kimyasal madde.• Nüfusa atfedilen risk: Bir nüfusta belirli bir riskten dolayı oluşan hastalık oranı.• Atfedilen yük: Geçmiş bir karşılaşmadan kaynaklanan şimdiki hastalık veya yaralanma yükü oranı.• Kaçınabilen yük: Bazı alternatifler ve düzenlemelerle şimdi ve gelecekteki riske maruziyet düzeyleri azaltılırsa gelecekte kaçınılabilecek hastalık veya yaralanma yükü oranı.

Risk faktörü ise bir hastalığın artmış olasılığı ile olan bir durumdur. Örneğin obezite, diyabet için bir risk faktörüdür. Obez kişiler, obez olmayan kişilere göre

yaşamları boyunca daha fazla diyabet geliştirme olasılığına sahip olacaktır. Bazı risk faktörleri nedenseldir; risk faktörü hastalığa neden olur. Örneğin; sigara içmek bir risk faktörüdür ve akciğer kanserinin kanıtlanmış bir nedenidir. Bir içici, yaşamı boyunca akciğer kanseri geliştirmek için, içici olmayandan, muhtemelen birçok kat daha fazla olasılığa sahiptir.²

Diğer risk faktörleri birlikteliklerdir; kuzey enlemlerde yaşayanların multiple skleroza yakalanma olasılığı daha fazladır. Yani bilinen hiçbir nedensel ilişki yoktur. Bu basit bir birlikteliktir. Myokard enfarktüsü için risk faktörleri cinsiyet, yaş, hipertansiyon, sigara içme, yüksek kolesterol düzeyleri, sedanter yaşam, obezite ve diyabettir.²

Bazı risk faktörleri modifiye edilebilir. Örneğin; sigara içme, fiziksel aktivite düzeyi, kolesterol düzeyi. Diğerleri değiştirilemez. Örneğin; yaş, cinsiyet, ırk, aile öyküsü.

Bir önleme programı planlanırken risk faktörünün veya hastalığın olmadığı bir nüfusu hedef almaktansa daha yüksek hastalık riski veya hastalığı olan bir nüfusu hedef almak daha maliyet etkindir. Örneğin; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, genel nüfusta nadirken bazı gruplarda daha yaygındır.²

Davranışsal risk faktörlerini belirleyerek değiştirilebilir olanlar için değiştirme programları yapmak ve maliyet etkin önlemler almak gerekir.

Çalışmamızın amacı; Adana'nın ilçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) yaşayan 18 yaşından büyük erişkinlerde, telefonla anket yöntemiyle, astım, diyabet, ağız sağlığı, aşılama, askerlik durumu, engellilik ve ateşli silahlar açısından davranışsal risk faktörlerinin araştırılmasıdır. Bu risk faktörleri iyileştirilebilir mi? Evet iyileştirilebilir, hatta kazanıldıktan sonra da. Hastalıkları tedavi etmek, ikincil ve üçüncül koruma da tabi ki önemlidir. Ancak risk faktörlerini belirleyerek hastalıklardan korunma yollarını bilmek hem akılcı hem maliyet etkindir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlıkla İlgili Davranışsal Risk Faktörlerini Belirlemede Kullanılan Değişkenler

Davranışsal risk faktörlerini belirlemede kullanılan bazı değişkenler aşağıdadır³:

- Demografik bilgiler: Kişinin yaş, boy, kilo, ırk, eğitim, sosyoekonomik durum, gibi parametreleri.
- Sağlık durumu: Kişinin genel sağlık durumunu nasıl tanımladığı.
- Sağlıklı günler- Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi: Kişinin yaşamında belli bir sürede fiziksel ve ruhsal olarak “iyi” kabul etmediği süreler.
- Sağlık hizmetlerine erişim: Kişinin sosyal güvence durumu ve ihtiyaç duyduğunda sağlık hizmetlerine ulaşabilme durumu.
- Egzersiz: Kişinin ev ve işi ile ilgili günlük aktiviteleri dışında günlük 30 dakikadan az olmamak üzere düzenli fizik egzersiz yapma durumu.
- Çevresel faktörler: Başta sigara içimi ve hava kirliliği olmak üzere kişinin yaşadığı ortamda maruz kaldığı toz, duman, egzoz gazları, vs. kimyasallara ilişkin durumlar.
- Aşırı güneş ışığına maruz kalma: Pek çok hastalık için bir risk faktörü olan aşırı güneş ışığına maruz kalma durumu.
- Tütün kullanımı: Başta sigara olmak üzere tüm tütün ürünlerini kullanım durumu.
- Alkol tüketimi: Alkollü içeceklerin miktar, cins ve sıklık olarak tüketim durumu.
- Astım: Araştırılan nüfustaki astım tanısı sıklığı.
- Diyabet: Diyabet tanısı almış kişilerin oranı.
- Ağız sağlığı: Kişilerin ağız ve diş sağlığı konusundaki duyarlılıkları.
- Aşılama: Erişkinlerin aşılama ilişkin davranışları.
- Kadın sağlığı: Meme sağlığı ve hastalıkları, genitoüriner sistem sağlığı ve hastalıkları.
- Prostat kanser taraması: Prostat kanseri açısından muayene olma ve test yaptırma.

- Kolorektal kanser taraması: Gaitada kan testi, sigmoidoskopi, kolonoskopi gibi kolorektal kanser tarama yöntemleri.
- Aile planlaması: Kişinin veya eşinin doğum kontrol yöntemi kullanma konusundaki tutum, davranış ve beklentileri.
- Engellilik durumu: Herhangi bir sebeple kişinin içinde bulunduğu (engellilik/yetersizlik) durumu.
- HIV/AIDS/Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar: Kişinin başta HIV olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı tutum ve riskli davranışları.
- Ateşli silahlar: Kişinin ateşli silahlardan herhangi birine sahip olup olmadığı ve bu konudaki tutum ve davranışları.
- Hipertansiyon: Hipertansiyon tanısı almış kişilerin belirlenmesi ve bu kişilerin kan basınçlarının kontrolü ve ilaç uyumları konusunda tutum ve davranışları.
- 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.
- Myokard enfarktüsü ve strok: Bulgular ve kişinin böyle bir olayla karşılaşması halinde ilk olarak neler yapacağı konusundaki bilgisi.
- Artrit: Kişinin artrit tanısı, kontrol ve ilaç uyumu.
- İyot yetersizliği: Kişinin iyot içeren gıdaları alım durumu.

2.2. Davranışsal Risk Faktörleri

Çalışmamızda yer alan davranışsal risk faktörleri hakkında genel bilgiler aşağıda verilmiştir.

2.2.1. Astım

Astım tamamen geri döndürülebilir, epizodik tıkaçıcı akciğer hastalığı olarak tanımlanır. Astım için en güçlü risk faktörleri; evde sigara içenlerin varlığı, astım, atopi (astım, atopik dermatit, alerjik rinit) ve nazal polip veya aspirin aşırı duyarlılığı gibi aile öyküsüdür. Erken çocuklukta ev ve çiftlik hayvanlarına ve bakteriyel antijenlere maruz kalmanın paradoksal koruyucu etkisi tartışmalıdır.⁴

Astım en sık görülen kronik hastalıklardan biri olup tüm dünyada yaklaşık 150 milyon kişiyi etkilemektedir. Çocuk ve genç erişkinlerde daha sık olmak üzere tüm yaş gruplarında görülmektedir. Ülkeler arasında prevalans farklılıkları göze çarpmaktadır. Eskimo toplumunda çok seyrek rastlanırken (% 1) Yeni Zelanda, Avustralya, İngiltere ve Venezuela'da % 7–8 civarında bir prevalansa sahiptir. Ülkemizde sıklığı Ankara'da % 2,2, Trabzon'da % 8,3, İstanbul'da ise %10-21 arasında olup ortalama % 5-7 olarak bildirilmiştir. Seksenli yıllardan sonra tüm dünyada yapılan prevalans ve mortalite çalışmalarında astım prevalansının artış gösterdiği saptanmıştır. Astım, sanayileşmiş ülkelerde daha sık görülmektedir. Çok yüksek sağlık harcamaları gerektiren astım; hafif ve orta şiddette iş ve okul günü kayıplarına neden olurken ağır şiddette mortalite riskini arttırmaktadır⁴.

Astım gelişmesindeki risk faktörleri; kişiye ait ve çevresel faktörler olarak ele alınabilir (Tablo 2).

Tablo 2. Astım Gelişmesine Yol Açan Risk Faktörleri⁴

Kişiye ait faktörler	Çevresel faktörler
Genetik yatkınlık	İç ve dış ortam alerjenleri
Atopi	Mesleksel duyarlandırıcılar
Havayolu aşırı duyarlılığı	Sigara dumanı
Cinsiyet	Hava kirliliği
İrk/Etnik yapısı	Enfeksiyonlar (Solunum yolu)
	Kronik üst solunum yolu hastalıkları
	İlaçlar
	Sosyoekonomik faktörler
	Aile üyelerinin sayısı
	Gıda
	Obezite

Yaşam tarzının değişmesi astım gelişme riskini arttırabilmektedir. Örneğin Yeni Gine'de astım prevalansı % 0,1 iken 70'li yıllarda ülkede battaniye kullanımının yaygınlaşması ile astım prevalansı % 7,3'e çıkmıştır. Bu artış battaniyeler ile ev tozu

akarlarının evlere daha yoğun girmesine ve maruziyetin artmasına bağlanmıştır. Diğer bir çevresel faktör örneği ise; Doğu ve Batı Almanya'nın ayrılmasından sonra aynı genetiğe sahip ama yaşam tarzları farklı olan iki toplumda astım ve atopi prevalansının farklılaşmasıdır. Batı Almanya'da astım risk oranı % 6 ve alerjik rinit risk oranı % 8,6 iken Doğu Almanya'da astım % 4, rinit ise % 2,7 oranında kalmıştır⁴.

Amerikan Aile Hekimliği Akademisi ve GINA (Global Initiative for Asthma) astımı kontrol etmeye yardım etmek için hastalara şu önerilerde bulunmaktadır:^{5,6}

- ✓ Düzenli ilaç kullanımı önemlidir. Bunun yanında, aşağıdaki önlemlerin alınması da astım ataklarını azaltmaya yardım edecektir:
- ✓ Kilimlerin ve halıların kaldırılması (çünkü tozlu ve küflü olabilir)
- ✓ Yumuşak koltuk, minder ve fazla yastıkların çıkarılması (çünkü toz tutabilir)
- ✓ Hayvanlara yatak üstünde veya odada izin verilmemesi
- ✓ Yatak odasında sigara içmeye veya güçlü kokulara izin verilmemesi
- ✓ Yatak ve yastıklarda tozdan koruyucu fermuarlı örtü kullanılması
- ✓ Sap veya kuştüyünden yapılmış yorgan veya yastık kullanılmaması
- ✓ Çarşaf ve battaniyelerin her hafta çok sıcak suda yıkanması, hatta perde ve storların aralıklı olarak yıkanması
- ✓ İçeri sıcak, havasız veya yemek vs kokusu ile dolduğunda pencerelerin açılması
- ✓ Odun veya gaz dumanından korunmak için pencerenin aralık bırakılması
- ✓ Koşma, spor yapma, aşırı çalışma astım belirtilerine yol açabilir fakat bu aktiviteler yararlıdır ve aktivitelerden önce kişinin doktorunun önerdiği astım ilaçlarını alması önemlidir.

2.2.2. Diyabet

Diabetes mellitus pankreas beta hücresinden insülinin sekresyonunda ve/veya insülinin periferik hücrelere etkisinde meydana gelen bozukluklar sonucu ortaya çıkan ve hiperglisemi ile karakterize bir grup Metabolik Sendrom'un adıdır.⁷

Dünyada 150 milyon civarında diyabetik hastanın olduğu ve on yıl içerisinde bunun iki katına çıkabileceği hesaplanmaktadır. Diyabet insidansı bölgeler ve ülkeler arasında farklılık göstermekle beraber genellikle tip 2 diyabet ortalama % 5-10, tip 1 diyabet ise % 0,5-1 civarındadır. Tip 2 diyabet endüstriyel gelişim sonucu insanların daha konforlu ortamlarda, daha az hareket ederek ve daha fazla beslenerek yaşamaları nedeni ile giderek yaygınlaşmakta ve eskiye oranla genç insanlarda daha sık

görülmektedir. Tip 2 diyabet ileri yaşlarda daha sık görüldüğünden son yüzyılda tıbbi gelişmelerle insan ömrünün uzaması da insidans artışında önemli bir faktör olmuştur. Diyabet risk faktörü (Tablo 3) olan bireylerde hastalığın ortaya çıkma olasılığı artmıştır.⁷

Tablo 3. Tip 2 Diyabetin Majör Risk Faktörleri⁷

Obezite (beden kitle indeksi $>27 \text{ kg/m}^2$)
Diyabet aile öyküsü (kardeş ya da anne-baba)
İrk / Kök (Örneğin: Afrika kökenli Amerikalılar, İspanyol veya Latin Amerika kökenliler, Amerika yerlileri, Asya kökenli Amerikalılar)
Yaş ≥ 45
Sedanter yaşam
Önceden bozulmuş açlık glikozu veya bozulmuş glikoz toleransı tanısı almış olmak
Hipertansiyon $\geq 140/90 \text{ mmHg}$
HDL $\leq 35 \text{ mg/dl}$ veya trigliserit $\geq 250 \text{ mg/dl}$
Gestasyonel diyabet öyküsü veya 4 kg veya daha ağır bebek doğurmuş olmak

Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (TURDEP) Çalışması'na göre ülkemizde 2002 yılı diyabet prevalansı % 7,2, bozulmuş glikoz toleransı % 6,7'dir (kadınlarda % 8-8,4, erkeklerde % 6,2-% 4,6). Tip 2 diabetes mellitus (DM)'lu erişkin sayısı, sekiz yılda bir milyondan 1.66 milyona çıkmıştır. Bunda; nüfus artışı ve nüfusun yaşlanmasının dışında, şişmanlığın artması ve sedanter yaşam tarzının yaygınlaşması gibi çevresel faktörlerin de rolü vardır.⁷

Fiziksel inaktivite ile Tip 2 DM arasındaki ilişkiyi destekleyen oldukça fazla kanıt vardır. En eski araştırmaların birinde West (1978) düzenli fiziksel aktivite içeren geleneksel yaşam tarzlarını değiştirmiş toplumların Tip 2 DM prevalansında majör bir artışa maruz kaldıkları saptanmıştır. Yaşam tarzının önemini gösteren karşılaştırmalı çalışmalar, teknolojik olarak daha ileri bir yere göç edenlerin memleketlerinde kalan

etnik akranlarına göre Tip 2 DM açısından daha yüksek prevalansa sahip olduklarını göstermektedir.⁸

Diyabette primer korunma önemlidir. Kolay ve ucuz olan bu tip korunma riskli kişileri diyabet gelişiminden korur veya ortaya çıkışını geciktirir. Çin’de diyabet yönünden riskli nüfusta yaşam tarzı değişikliği (uygun diyet, artmış fizik aktivite ve kilo kaybı), eğitici bir programla desteklenmiş ve altı yılda diyabet gelişiminde en az 1/3’lük bir azalma olduğu bulunmuştur.⁸

Araştırmalar, egzersizin insülin duyarlılığını arttırmak yoluyla Tip 2 DM’den korunmaya yardımcı olduğunu göstermektedir. Egzersizin, insülin miktarındaki eksiklikten ziyade insülin rezistansı nedeniyle oluşan anormal glikoz toleransını iyileştirebileceği ileri sürülmüştür. Bu nedenle egzersiz, Tip 2 DM’da insülin tedavisi gereksinimi olmadan önceki erken dönemlerde koruyucu olarak daha yararlı olacaktır. Çalışmalar insülin tedavisine ihtiyaç gösteren Tip 2 DM hastalarının, henüz tedavi almayan veya oral antidiyabetik alan hastalara göre diyet ve egzersizden daha az yarar sağladığını göstermiştir.⁸

United States Preventive Services Task Force (USPSTF)’a göre kan basıncı 135/80’nin üzerinde olan (tedavi edilmiş veya edilmemiş) yetişkinler diyabet açısından taramalıdır (Öneri düzeyi B). Asemptomatik yetişkinlerin kan basınçları 135/80 veya altında ise rutin taramanın yararı veya zararı lehine veya aleyhine yeterli kanıt yoktur.⁹

2.2.3. Ağız Sağlığı

Ağız sağlığı ile ilgili olarak en sık görülen üç konu diş çürükleri, periodontal hastalıklar ve ağız kanseridir.¹⁰

Diş çürükleri tek başına en sık görülen çocukluk çağı hastalığıdır. Beş-yedi yaş arasındaki çocuklarda astımdan beş kez, saman nezlesinden ise yedi kez daha fazla görülür. Tüm yaşlar dikkate alındığında insanların 1/3’ünde tedavi edilmemiş bir çürük diş, 35-44 yaşlar arasındaki erişkinlerin 2/3’ünde çürük nedeniyle kaybedilmiş en az bir kalıcı diş vardır ve daha yaşlı erişkinlerin pek çoğu kök çürüklerinden yakınmaktadır.¹⁰

Diş çürüklerinin oluşması açısından çocuklardaki risk etmenleri ile erişkinlerdeki risk etmenleri birbirine benzer. Ancak, fiziksel ve mental yetersizlikler, dişin yeniden onarımları, ağız içi aygıtları ve Sjögren sendromu gibi iyi bir ağız bakımını tehdit eden durumlar diş çürüğü riskini artırır. Ağız kuruluşuna neden olan ilaçlar ve tükürük akışını azaltan, baş ve boyun bölgesine uygulanan radyasyon tedavileri de çürük riskini

arttırıcı unsurlardır. Yaşlılarda gingiva çekilmeleri kök çürüklerinin artmasına neden olur. Yaşlılarda aynı zamanda düşük sosyoekonomik durum ile bunun sonucunda ortaya çıkan sağlık hizmetine ulaşma yetersizliği de çürük oluşmasını arttırıcı etmenlerdir.¹⁰

Diş çürüklerini önlemenin bir yolu florlamadır. Florid, flor elementinin iyonik şeklidir. Florid, var olan diş çürüklerinin gelişmesini yavaşlatır veya durdurur. Destek olarak flor reçetesi yazılmadan önce, içme suyundaki flor miktarı saptanmalıdır. Eğer topluma florlanmış şebeke suyu sağlanamıyorsa, doğal olarak suda flor bulunup bulunmadığı veya yeterli flor kapsayan topraklarda yetişen meyve ve sebzelerle de gerekli florun karşılanabileceği dikkate alınmalıdır. Yeterli miktarda flor içeren suyu (0,7-1,2 ppm veya 0,6 mg/L'den çok) tüketen kişilere ek olarak flor verilmesi önerilmez. Pek çok ailenin tükettiği şişe sularında ise az miktarda flor vardır. Sistemik flor uygulamaları (tablet, damla vb.) çürük geliştirme bakımından risk altında bulunan altı aylıktan büyük çocuklar, erken çocukluk çürüğü olan bebekler ve florlanmamış su kullanan erişkinler için önerilmektedir. Jel ve solüsyonlar gibi topikal flor preparatları ise yüksek dozda flor kapsayan ve diş hekimleri tarafından uygulanabilen ürünlerdir. Solüsyonlar yılda bir veya iki kez uygulanır (Tablo 4).¹⁰

Tablo 4. Ek Olarak Verilecek Florid Miktarı¹⁰

Yaş	Sudaki flor miktarı (ppm)		
	<0,3	0,3-0,6	>0,6
Doğum-6 ay	0	0	0
6ay-3 yaş	0,25 mg	0	0
3-6 yaş	0,50 mg	0,25 mg	0

İlk kez 1960'lı yıllarda kullanılmaya başlayan diş koruyucuları süt veya kalıcı dişlerin çiğneme yüzeylerini örten plastik maddelerdir. Diş hekimleri bu maddeleri topikal floridler ile birlikte kullanırlar ve bu maddeler dişlerin üzerindeki çukur veya fissürlerde çürük gelişmesini önler. Amerika Birleşik Devletleri'nde çocukların % 50'sinde bu koruyucular kullanılmaktadır.¹⁰

Daha büyük çocukların ve erişkinlerin şekerli atıştırma yiyecekleri veya sıvıları daha az tüketmeleri sağlanmalıdır. Yemeklerden sonra şekerli çiklet çiğnemek veya peynir yemek, tükürüğün plak asiditesini tamponlayıcı etkisini artırır.¹⁰

Diş sağlığı için önerilen beslenme şekline uyulmalıdır:¹⁰

- Şekerli, yapışkan ya da asitli gıdalar üç ana öğün içinde tüketilmelidir.
- Öğün aralarında elma, havuç gibi dişleri temizleyip dişetine masaj yapacak sert gıdalar yenmelidir.
- Şekerli, yapışkan gıda yendikten sonra dişlerin fırçalanması mümkün değilse ağız su ile çalkalanmalı ya da bir bardak su içilmelidir.

Periodontal hastalıklar, erişkinlerde en sık görülen hastalıklardır. Periodontal hastalıklar küçük çocuklarda fazla görülmemesine karşın ergenlerin % 60'ını etkiler. Tıpkı diş çürüklerinde olduğu gibi, periodontal hastalıklar da diş plağındaki bakteriler tarafından oluşturulur. Periodontal hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde, ağız bakımının iyi olması esastır. Periodontal hastalığın en hafif şekli olan gingivitis, düzenli diş fırçalama veya diş ipi kullanma ile iyileşir.¹⁰

Oral ve orofarengeal kanserlerle ilgili olarak, tütün kullanımı ve aşırı alkol tüketimi en önemli iki risk faktörüdür ve oral kanserlerin % 75'inden sorumludur. Bu nedenle birincil koruma, alkol ve tütün kullanımını azaltmak veya ortadan kaldırmak olmalıdır.¹⁰

Yakın geçmişte plak ile ilişkili ağız hastalıklarının özellikle periodontitisin bazı durumların seyir ve patogenezi değiştirebileceği bulunmuştur. Bunlar; kardiyovasküler hastalıklar, bakteriyel pnömoni, diyabet ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurmadır. Bunu doğrulamak için ileri araştırmalara gerek vardır ancak şüphesiz iyi bir ağız sağlığı sadece ağız hastalıklarını önlemek için değil genel sağlık için de çok önemlidir.¹¹

2.2.4. Aşılama

Erişkin aşılması yaşamları kurtarır ve maliyet etkindir. İnfluenzaya karşı aşılamanın maliyet etkinliğinin bir çalışması, aşılama ile bakım kurumlarında yaşamayan yaşlılarda, akut ve kronik solunum hastalıkları ve konjestif kalp yetmezliği nedeni ile hastaneye yatışların azaldığını göstermiştir. Aşılama her kişi için direkt kazanç 117 dolardır.¹²

Daha büyük ergenlerin ve yaşlıların aşı ile önlenebilir hastalıklara karşı aşı planlamasında yaş dışında birçok endikasyon vardır. Örneğin; kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kardiyovasküler hastalığı ve diabetes mellitus gibi hastalıkları olanlarda, yaştan bağımsız olarak, influenzadan ölme riski artmıştır. Influenza; kronik sağlık sorunu olan orta yaşlılarda, 65 yaş ve üzerindeki sağlıklılarından daha yüksek ölüm oranına sahiptir.¹²

Aşılama endikasyonları şunlardır: (Yüksek riskli sağlık durumlarına göre)¹²

- ✓ Alkolik siroz ve kronik karaciğer hastalığı
- ✓ Aspleni
- ✓ Kronik kardiyak ve pulmoner durumlar ve diabetes mellitus
- ✓ Pıhtılaşma faktör eksikliği olanlar
- ✓ Bağışık yetersizliği durumları
- ✓ Renal hastalık ve hemodiyaliz hastaları

Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları Derneği ve Klinik Mikrobiyoloji Derneği'nin 2009 Erişkin Bağışıklama Rehberi'ne göre önerilen aşılama şeması Tablo 5'de sunulmuştur.

Tablo 5. Normal ve Riskli Yetişkinlerde Aşılama Şeması¹³

Aşı	18-49 yaş	50-64 yaş	65 ≥ yaş
¹ Tetanoz, difteri (Td)	10 yılda bir rapel		
^{2,3} Kızamık (K)/Kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK)	Bir veya iki doz		
Hepatit B	Üç doz (0, 1, 6. aylar)		
İnfluenza	Yılda bir doz		Yılda bir doz
⁴ Pnömonokok (polisakkarit)			Bir doz
Hepatit A	İki doz (0, 6 ya da 18. aylar)		
² Su çiçeği	İki doz (0, 6 ya da 18. aylar)		
⁵ Meningokok	Bir ya da daha fazla doz		



İmmünitesi ve kontrendikasyonu olmayan tüm bireyleri kapsar.



Risk faktörü olan ve kontrendikasyonu olmayan bireyleri kapsar.

¹ Tetanoz aşısı için primer immunizasyonu tamamlanmış kişilerdeki şemadır.

² Gebelikte kontrendikedir.

³ Bir ya da iki doz kızamık aşısı yapıldı ise bir doz KKK aşısı yapılır. İlk doz KKK aşısı olarak yapıldı ise ikinci doz kızamık aşısı olarak yapılır. İki doz KKK yapıldı ise tekrar aşıya gerek yoktur.

⁴ Beş yıl ara ile risk gruplarına yapılır (her risk grubu özel olarak değerlendirilir).

⁵ Koruyuculuk süresi 2 yıldır.

Aşılama oranını arttırmak için şu stratejiler önerilmiştir:¹²

- ✓ Birçok başarılı aşılama programı; sağlık çalışanlarının ve hedef popülasyonun eğitimi, tanıtım ve idari ve mali engellerin kaldırılmasıyla sağlanmıştır.
- ✓ İnfluenza veya pnömonokok aşuları hakkında posta kartları, aşılama oranını rölatif olarak arttırmıştır.
- ✓ Büyük kliniklerde, influenza mevsiminde “walk-in” yetişkin aşılama istasyonları kurulabilir. Bu istasyon, yazılı bir protokole göre yönetilmeli ve eğitimli hemşireler atanmalıdır.
- ✓ Hasta bekleme odalarında, bilgilendirici posterler ve broşürler yer almalıdır.

- ▼ Hasta dosyalarına koruyucu hizmetlerle ilgili kontrol listesi veya hatırlatıcı liste konması faydalı olabilir. Hasta dosyalarında böyle etiketlerin yer almasının aşılama oranlarını arttırdığı bildirilmiştir.
- ▼ İnfluenza ve pnömoniden ölenlerin birçoğu (% 39-45) önceki yılda hastanede yatmıştır, bu da hastanede yatmanın ciddi influenza enfeksiyonu için artmış bir risk olduğunu gösterir. Eylül ve Mart aylarında hastaneden taburcu olan hastalara influenza aşısı önerilmelidir.

2.2.5. Askerlik durumu

Günümüzde askerlik görevinin yapılması sırasında yaşanan terör olayları psikiyatrik bozukluklara yol açabilir. Evli olanların ailelerinden uzun süre uzak olması krizlere yol açabilir. Askerlik dönemi sırasında ölüm ve engellilikler aileleri üzer. Stres nedeniyle sigara gibi alışkanlıklara da başlanabilir. Bunun yanında askerlik döneminde okuma-yazma veya çeşitli becerilerin kazanılması mümkündür. Bu dönem, eğitim ve aşılama gibi kaçırılmış fırsatlar açısından yararlı olabilir.

2.2.6. Engellilik

Özellikle ortopedik engelli olmak, bazı konjenital vakalar hariç, genellikle kazalar (trafik ve iş) sonucu olmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2009 verilerine göre Türkiye’de ve Akdeniz Bölgesi’nde engelliğin türüne göre engelli nüfus oranları Tablo 6’da gösterilmiştir.¹⁴

Tablo 6: Türkiye’de ve Akdeniz Bölgesinde engelliğin türüne göre engelli nüfus oranları

	Ortopedik engelli (%)*	Görme engelli (%)*	İşitme engelli (%)*	Dil ve konuşma engelli (%*)	Zihinsel engelli (%)*
Türkiye	1,25	0,60	0,37	0,38	0,48
Akdeniz Bölgesi	1,22	0,58	0,34	0,38	0,50

Türkiye genelinde en fazla ortopedik engelli bulunmaktadır (% 1,25). Akdeniz Bölgesi’nde de bu oran yakındır.

Aşılama bazen sakat kalmayı da engellemektedir. Örneğin polio aşısının yaygın kullanılması buna bağlı poliomyelit riskini azaltacaktır. Trafik ve iş kazalarını önlemek ise çeşitli sosyal kurumların halk eğitimiyle olabilir.

2.2.7. Ateşli Silahlar

Evde ateşli silah bulundurulması ergenler arasında intihar oranlarını 10 kat ve cinayet oranlarını dört kat arttırmaktadır.¹⁵

Hekimlerin, ebeveynleri ve hastaları ateşli silahlara sahip olma konusunda bilinçlendirme sorumluluğu bulunmaktadır. Bu sorumlulukları;

(1) ateşli silaha sahip olmanın riskleri,

(2) ateşli silah yaralanmasının ev halkına verebileceği zararlar,

(3) alkolik veya mental retarde ergen veya 13-19 yaş arası kişilerin karşı karşıya olabilecekleri riskler konusunda bilgilendirmeyi de içermelidir. Ebeveynlere en güvenli yolun ateşli silahı ev ortamından uzaklaştırmak olduğu anlatılmalıdır. Aile, ateşli silahı bulundurmakta ısrarlı olduğu takdirde, ebeveynlere ateşli silahı özel bir kasada ve kilit altında mermilerinden ayrı bir şekilde muhafaza etmeleri önerilmelidir.¹⁵

2.3. Sağlıkta Risk Faktörlerini Belirleme Yöntemleri

Araştırmanın en önemli aşamalarından biri de veri ve bilgi toplama yöntem ve aracının seçilmesidir. Sosyal konularda yapılan araştırmaların veri kaynağı insandır ve onlardan doğrudan bilgi alma yöntemlerinden biri de anket yöntemidir. Anket yöntemi birinci elden yani birincil kaynaktan veri toplama yöntemidir.¹⁶

Anket yönteminin temelini, bir evren ya da örnekleme oluşturan birimlerden sistematik biçimde bilgi elde edebilmek oluşturur. Bu amaçla, yazılı ya da sözlü sorular sorarak bunların yanıtlarına ulaşılmaya çalışılır. Dikkat edilirse, görüşmeci ile yanıtlayıcı arasında bir tür iletişimden söz edilmektedir ve veri toplama aracı anket formu olarak adlandırılır. Böyle bir iletişimin başarılı olabilmesi için anket formunda yer alacak soruların yazılı ya da sözlü sorulabilmesinde çeşitli faktörler göz önünde bulundurulmalıdır:¹⁶

- ✓ Cevaplayıcıların kültür düzeyi
- ✓ Cevaplayıcıların taraf tutma eğilimi
- ✓ Bölgesel davranışlar

▼ Cevap vereceklerin meslekleri

Eğitim ve kültür düzeyi düşük olanlara, anlaşılması zor olan sorular sorulmamalıdır. Okur-yazar olmayan bir kimseye internet hakkında soru sormak ve bu konuda bilgiler istemek doğru değildir ve sorulsa bile güvenilir sonuçlar elde edilemez. Ankete cevap vermesi istenen kişilerin meslekleri, onların cevaplarının gerçekçi ve güvenilir olmasını da etkileyebilecektir. Tıp alanındaki bir ürün hakkında mühendise ya da muhasebeciye soru sormak ve yanıt almak araştırmanın güvenilirliğine gölge düşürebilecektir. Anket yönteminin, birincil kaynaktan veri elde etmenin diğer yöntemi olan gözlem yöntemine göre üstün bir özelliği vardır. En yaygın ve sık kullanımı olması, bilinen üstün bir özelliğidir. Bu özelliği ortaya çıkaran önemli konu, gözlem yönteminde soru sorulmamasına karşın anket yönteminde sorular sorulmasıdır. Anket formundaki sorular yazılı (mektupla anket) ve szli (telefonla anket, görüşme) olarak sorulabilmektedir. Diğer bir özellik ise esneklik ve eşitliliklerdir. Anket yöntemi ile pek çok ve çeşitte bilgiler toplamak olanaklıdır.¹⁶

Cevaplayıcıların tutum ve davranışları, demografik özellikleri gibi değişik türde bilgiler elde edilebilir. Sorulacak sorulardaki esneklik ve çeşitlilik ile çok çeşitli bilgiler elde edilebilir. Anket yönteminin bir diğer önemli özelliği de verilerin daha çabuk ve daha az maliyetle elde edilebilmesidir. Bilgi toplanacak konuların ve kişilerin geniş bir yelpazeye yayılabilmesi ve iletişim olanaklarının sunduğu hız ve düşük maliyetle erişim fırsatları, anket yönteminin bu özelliğini oluşturmaktadır.¹⁶

2.3.1. Anket Yönteminin Türleri

Anket yönteminde kullanılacak iletişim biçimine göre anket türleri e ayrılabilir:

- ▼ Mektupla ya da postayla anket
- ▼ Telefonla anket
- ▼ Kişisel görüşme

Araştırmacı, araştırmanın amacını ve araştırma problemini göz önünde tutarak anket türlerinden hangisini kullanacağını belirlemelidir. Anket yönteminde kullanılacak türlerin her birinin üstün ve zayıf yönleri vardır. Uygulanacak anket türü kararlaştırılırken bu yönleri dikkatlice değerlendirilmelidir.¹⁶

2.3.2. Mektupla Anket

Anket türleri içerisinde en yaygın olarak kullanılanıdır. Bu türün en önemli özelliği, görüşmecinin bulunmamasıdır. Sorulan sorulara cevap vermek ve anket formunu geri postalamak cevaplayıcıya düştüğünden, oluşturulacak işbirliği ve cevaplamadaki olumlu ilgilenim başarıyı doğrudan etkileyebilecektir. Mektupla anket, yazılı iletişimin tüm özelliklerini kapsar. Soruların, örnekleme oluşturan birimlerin hepsinin anlayabileceği, aynı düzeyde algılayabilecekleri sözcüklerden, kavramlardan oluşması gerekir.¹⁶

2.3.3. Telefonla Anket

Telefon rehberi esas alınarak yapılan örnek seçimi durumunda kullanılan bir anket türüdür. Daha çok gelişmiş ülkeler ve yörelerde uygulanmasına rastlanır. Bu tür anketin uygulanabilmesi için telefon kullanımının yaygın olması gereklidir. Telefonla anket uygulaması yazılı iletişimi temel almadığı gibi tam olarak kişisel iletişimi de temel almaz. İletişim türü daha çok bir araç yardımıyla gerçekleştirilen uzaktan iletişimdir. Bu tür iletişimin olumlu ve olumsuz yönlerini taşır. Telefonla anket yönteminde, cevaplayıcılarla telefon aracılığıyla iletişim kurularak sorulan sorulara alınan yanıtlar anket formuna işlenir.¹⁶

Bu tür anketin başlıca üstün yönleri şöyle sıralanabilir:

- ✓ Diğer anket türlerine göre daha düşük maliyetlidir. Tekrar aramaları da değişik zamanlarda yapabilmek olanaklı olduğundan, bunun da maliyeti çok yüksek değildir.
- ✓ Kısa bir zaman içerisinde daha fazla kişiye ulaşarak görüşme yapabilme 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 esnekler.
- ✓ 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.
- ▼ Telefonla anket uygulaması sırasında, bilgi toplama ile ilgili denetim önlemleri istenilen düzeyde ve biçimde uygulanabilir.

Belirtilen üstün yönlerinin yanında telefonla anket yönteminin önemli zayıf yanları vardır:

- Sadece telefonu olanlarla görüşme yapılabilir. Bu durum, örnek seçiminde yanlılığa neden olabilmekte ve örneğe göre birimlerin araştırma evrenini temsil yeteneğini azaltabilmektedir. Özellikle gelir düzeyi düşük, gecekondulu 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.
- Uzun görüşmelere fazla olanak sağlamadığından, elde edilecek bilgilerin miktarı ve çeşidi sınırlı kalabilmektedir.
- Gözlem olanağı yoktur. Ses tonu ve konuşma biçimi ile birçok eğilim saptanmaya çalışılır.
- Görüşmelerde yardımcı araçların kullanılması olanaksızdır.

Telefonla anket yönteminin üstün ve zayıf yönleri değerlendirildiğinde, 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 getirmektedir.¹⁶

2.3.4. Kişisel Görüşme

Bu tür anket uygulamasında, görüşmecinin (anketör) bir ya da birden fazla cevaplayıcı ile fiziksel olarak bir arada bulunduğu bir ortamda, sorular sorarak bunlara yanıtlar alması gerçekleştirilir. Anket formunda bulunan sorulara verilen yanıtlar, genellikle görüşmeci tarafından doldurulur. Görüşmeci, cevaplayıcının bulunduğu yere gider ve anketi uygular. Gidilecek yer ya da bir araya gelinecek yer ev olabildiği gibi, işyeri ya da herhangi bir uygun ortam da olabilir.¹⁶

2.3.5. Uygun Anket Türünü Belirleme

Araştırmanın amacı ve araştırma problemi göz önünde bulundurularak, hangi tür anketin en uygun olduğunu belirlemede birçok kriter değerlendirilmeye çalışılır. Bunları kısaca şöyle sıralayabiliriz:¹⁶

- ✓ Soruların karmaşıklığı
- ✓ Arzulanan veri miktarı
- ✓ Arzulanan doğruluk
- ✓ Örneklem denetimi
- ✓ Harcanabilecek zaman
- ✓ Kabulenebilir cevaplamama oranı
- ✓ Maliyet

Tablo 7. Anket Türlerinin Karşılaştırılması¹⁶

Kriter	Mektup	Telefon	Kişisel görüşme
Karmaşık sorular	Zayıf	İyi	Çok iyi
Veri miktarı	Orta	İyi	Çok iyi
Duyarlı sorularda doğruluk	İyi	Orta	Orta
Görüşmeci etkilerinin denetimi	Çok iyi	Orta	Zayıf
Örneklem denetimi	Orta	Orta	Orta
Gereken zaman	Zayıf	Çok iyi	İyi
Olası cevaplama oranı	Orta	Orta	Orta
Maliyet	İyi	İyi	Orta

Hiçbir yöntem her durumda en uygun yöntem olamaz. Önemli olan konu, kullanılacak yöntemin en uygun cevaplayıcılardan en düşük maliyetle en uygun bilginin elde edebilmesini sağlamasıdır.¹⁶

2.4. Koruyucu Sağlık Hizmetinde İstatistiksel Kavramlar

Risk olgusunu anlayabilmek için bazı istatistiksel terimleri bilmek gerekir. Prevalans, bir çalışma nüfusunda hastalık sahibi olanların (herhangi bir yer veya zamanda) oranıdır. Eski ve yeni vakalar toplam nüfusa bölünür. İnsidans ise verilen bir

zamanda yeni hastalık geliştirenlerin oranıdır. Verilen zaman boyunca yeni vakalar toplam nüfusa bölünür.¹⁷

Rölatif risk, risk faktörü olmayan insanların hasta olma insidansı ile risk faktörü olan insanların hasta olma insidansı oranıdır. Kohort çalışmaları veya klinik denemeler için kullanılır. Rölatif Risk=1 ise riske maruziyet veya tedavi etkisizdir. Rölatif Risk <1 ise riske maruziyet veya tedavi koruyucudur. Rölatif Risk >1 ise riske maruziyet veya tedavi hastalık olasılığını arttırmaktadır. Odds Ratio ise vaka-kontrol çalışmaları için kullanılır. Hasta olanlarda risk faktörü olma olasılığının hasta olmayanlarda risk faktörü olma olasılığına oranıdır. Odds Ratio >1 ise risk faktörü artmış hastalık ile ilişkilidir.¹⁷

İstatistiksel testin önem düzeyi (*alfa*), gerçekte hiçbir bağlantı yokken rastlantı sonucu tek başına istatistiksel bağlantı bulmadır (Tip 1 hata). Genellikle 0.05'dir. Düşük alfa özellikle bir bağlantıyı belirtirken önemlidir. Bir istatistiksel testin gücü (*power*) = 1-beta'dır. (*Beta*: Gerçekte varken hiçbir bağlantı bulamama olasılığıdır: Tip 2 hata). P değeri bir bulgunun rastlantısal olarak tek başına olma olasılığıdır. Eğer p değeri önceden belirlenmiş *alfa* (genellikle 0.05)'den küçükse bulgular gerçekten şans eseri değildir denebilir. % 95 güven aralığı demek % 95 olasılıkla belirtilen değer gerçektir anlamına gelir. Örneklem büyüklüğü ise bir klinik çalışmada yeterli yüksek *power* ve yeterli düşük *alfa* elde etmek için gerekli denek sayısıdır.¹⁷

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Evreninin Belirlenmesi

Adana ili 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. Bu ilçelerde demografik veriler, astım, diyabet, ağız sağlığı, aşılama, askerlik durumu, engellilik ve ateşli silahlar başlıklarında davranışsal risk faktörleri incelenmiştir.

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 hakkındaki bilgiler Tablo 8'de görülmektedir.

Tablo 8. Adana İli İlçelerinin Özellikleri¹⁸⁻¹⁹

Adana ili ilçeleri	Adana'ya uzaklık	Köy, belde sayısı
Aladağ	99 km	26 köy, 1 belde
Ceyhan	47 km	70 köy, 11 belde
Feke	119 km	39 köy
İmamoğlu	44 km	19 köy
Karaisalı	52 km	51 köy
Karataş	49 km	37 köy, 2 belde
Kozan	68 km	87 köy, 1 belde
Pozantı	114 km	16 köy, 1 belde
Saimbeyli	153 km	25 köy
Tufanbeyli	191 km	29 köy, 1 belde
Yumurtalık	81 km	16 köy, 3 belde

Aşağıda Adana il haritası ve çalışmaya dahil edilen ilçeler görülmektedir. Adana Merkez hariç ilçeler çalışma evrenimizdir.



Şekil 1. Adana İl Haritası¹⁹

Bu ilçelerden Yumurtalık, Karataş, Ceyhan, belde ve köyleri tümüyle ovalıktır Feke, Saimbeyli, Tufanbeyli, Aladağ ve Pozantı belde ve köyleri ise Toros dağları eteklerinde dağlık bölgededir. Kozan, Karaisalı, İmamoğlu belde ve köyleri ise kısmen ovalık, kısmen dağlıktır.

3.3. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Çalışmamızda örneklem büyüklüğünü hesaplariken; $S=Z*Z[P(1-P)]/(D*D)$ formülünü kullandık. Formüle göre evrenimizin büyüklüğü 91987 (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam ve Çukurova hariç) telefon numarası olduğundan, beklenen prevalansı % 7,0 hata payını % 1,4, dizayn etkisini 1,5 ve güven aralığını % 95 olarak kabul ettiğimizde Adana ili ilçeleri için hesapladığımız örneklem büyüklüğü 1888 kişidir.

Türkiye İstatistik Kurumu 2009 verilerine göre Türkiye 2008 yılına ait hane sayısı 17.794.238 ve sabit telefon sayısı 17.502.205'dir.¹⁴ Buna göre hane başı telefon sayısı 0,98 olmaktadır. Adana için ise hane sayısı 402.000'dir (Türkiye İstatistik Yıllığı 2009'da 2008 verileri).¹⁴ Adana Valiliği'nin sitesinden elde ettiğimiz sabit telefon sayısı 454.334'dür (Eylül 2005 itibarıyla).²⁰. Dolayısıyla Adana için hane başı telefon sayısı 1,13'dür.

3.4. Örneklem Seçimi

Çalışma evrenimizin büyüklüğü 91987 ve örneklem büyüklüğü 1888 olarak kabul edildiğinde telefon aboneliğine göre her ilçenin örneklem sayısı Tablo 9'da gösterilmektedir.

Tablo 9. Adana İlçelerine Göre Nüfus, Telefon Abonesi Sayısı ve Örneklem Sayısı Oranları

İlçeler	Nüfus* (20 yaş üstü)		Abone sayısı**		Örneklem sayısı	
	n	%	n	%	n	%
Aladağ	11402	3,62	2365	2,57	49	2,59
Ceyhan	108969	34,70	29562	32,14	606	32,10
Feke	12418	3,95	3746	4,07	77	4,08
İmamoğlu	19437	6,19	5179	5,63	106	5,61
Karaisalı	15498	4,93	6044	6,58	124	6,57
Karataş	14469	4,61	5103	5,55	105	5,56
Kozan	81326	25,90	22100	24,02	454	24,05
Pozantı	13789	4,39	7912	8,60	162	8,58
Saimbeyli	11044	3,51	2732	2,97	56	2,97
Tufanbeyli	12877	4,10	3517	3,82	72	3,81
Yumurtalık	12882	4,10	3727	4,05	77	4,08
Toplam	314111	100,00	91987	100,00	1888	100,00

*Nüfus: Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2009.²¹

**Abone Sayısı: Adana Türk Telekom Bölge Müdürlüğü ile yapılan özel görüşme.²²

Her ilçe telefon santrali kapasitesine göre üç veya dört haneli prefiksleri olan numaralara sahiptir. Her ilçede telefon numaralarının üç ve dört haneli prefiksleri belirlenmiştir ve her binlik gruptan örneklem büyüklüğü oranında telefon seçilmiştir.

Örneğin; İmamoğlu için prefiksler 891, 892, 8962, 8982, 8972, 8942, 8978, 8998, 8952 idi. Toplam abone sayısı 5179 ve nüfus 31257 idi. Çalışma evrenindeki toplam abone sayısı (91987), İmamoğlu'ndaki abone sayısı (5179) ile oranlandı (17.76). Toplam örneklem sayısı 1888'yi 17.76'ya böldüğümüze yaklaşık 106 olan İmamoğlu örneklem sayısını hesapladık. İmamoğlu için prefiksler iki adet üçlü ve yedi adet dördlüydü. Üçlü prefiksler 10000, dördlü prefiksler 1000 numara içermekteydi. İmamoğlu'nda 27000 numara vardı (27 tane 1000'lik grup) ancak bunların hepsi dolu değildi. İmamoğlu'nun örneklem sayısı olan 106'yı 1000'lik grup sayısı 27'ye bölerek her binlik grup için rasgele dört numara belirlememiz gerektiğini bulduk. Her on binlik grup için de rasgele 40 numara belirlememiz gerekir. Her binlik gruptan (dördlü prefiksi

olanlar) rastgele dört, her on binlik gruptan (üçlü prefiksi olanlar) rasgele kırk numara seçerek aranacak numaraları belirledik.

Aramalar sırasında bir gruptan seçilen numara cevap vermezse, aranan yer mesken değilse veya değişik nedenlerle görüşme yapılamazsa o gruptaki bir sonraki numara arandı. Arka arkaya üç kez işyeri çıktığında 100 numara atlandı.

Belirlenen prefikslerdeki numaraların listelenmesi, gruplara ayrılması ve her gruptan rasgele olarak numaraların seçilmesi işlemleri bilgisayar ile "Uysal WebQ 1" anket yönetim yazılımının 'örnekleme seçim modülü'²³ ve "Epi info" programı²⁴ aracılığı ile gerçekleştirildi.

3.5. Anket Formunun Hazırlanması

Adana ili Aladağ, Ceyhan, Feke, İmamoğlu, Karaisalı, Karataş, Kozan, Pozantı, Saimbeyli, Tufanbeyli ilçelerinde ikamet eden erişkinlerin sağlıkla ilgili davranışları "telefonla anket" yöntemiyle araştırılmıştır. Bunun için Amerika Birleşik Devletleri'nde 20 yılı aşkın süreden beri 40'dan fazla eyalette uygulanan "Davranışsal Risk Faktörleri Araştırma Sistemi" (Behavioral Risk Factor Surveillance System: BRFSS)²⁵ kullanılmıştır. 1980'li yıllarda A.B.D'de telefonla anket yöntemi, kişinin bildirimine göre "davranışsal risk faktörlerini" belirlemek için güvenilir ve düşük maliyetli bir yöntem olarak kullanılmaya başlandı. Sistemin amacı, halk sağlığı programlarını planlamak, uygulamak ve izlemek için veri elde etmektir. 1984'den sonra bu anket bir araştırma sistemi oldu²⁶. Orijinal ankette 1984 yılında sekiz ana bölüm varken 2010 yılında 22 ana bölüm ve 26 isteğe bağlı bölüm bulunmaktadır. Bunların her biri değişik davranışsal risk faktörlerini içermektedir.³

Orijinal anketteki sekiz bölüm, daha önce Adana'nın merkez hariç ilçelerinde ve 16 bölüm Adana'nın merkezinde uygulandı. Buradaki çalışmada ise Adana'nın merkez hariç ilçelerinde demografik bilgiler, astım, diyabet, ağız sağlığı, aşılama, askerlik durumu, engellilik ve ateşli silahlardan oluşan ve daha önce uygulanmayan sekiz davranışsal risk faktörü araştırıldı.

3.6. Verilerin Toplanması

Telefon aramaları Çukurova Üniversitesi Telefon ve İnternet ile Saha Araştırmaları Birimi (TİSAB)'nde Ağustos 2008-Ocak 2009 arasında yapılmıştır. Anket, telefona cevap veren, konuşma veya zihinsel engeli bulunmayan, 18 yaşından

büyük bireylere uygulanmıştır. Anket soruları sorulurken cevaplar aynı anda Uysal WebQ 1 anket yönetim yazılımının veri toplama bölümüne kaydedilmiştir.²³

Tablo 10. Adana İli İlçeleri (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Telefon Arama Sonuçları

Arama sonucu	n	%
Meşgul	8	0,4
Cevap yok	327	17,4
Özel konut değil	228	12,1
Kişi görüşmeyi kabul etmedi	149	7,9
Görüşme tamamlanamadı	80	4,2
Görüşme tamamlandı	1096	58,0
TOPLAM	1888	100,0

Çalışmamızda örneklem büyüklüğü 1888 olarak hesaplanmıştı. Ancak aranan numaralarda çeşitli nedenlerle (meşgul, cevap yok vb.) 1096 kişi ile görüşme tamamlanabilmiştir. Dolayısıyla görüşmesi tamamlananların oranı % 58,0'de kalmıştır.

Tablo 11. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Katılım Yüzdeleri

İlçeler	Örneklem sayısı	Katılan	Katılım yüzdesi
Aladağ	49	42	85,71
Ceyhan	606	398	65,68
Feke	77	40	51,95
İmamoğlu	106	21	19,81
Karaisalı	124	75	60,48
Karataş	105	69	65,71
Kozan	454	269	59,25
Pozantı	162	48	29,63
Saimbeyli	56	46	82,14
Tufanbeyli	72	43	59,72
Yumurtalık	77	45	58,44
TOPLAM	1888	1096	58,05

En yüksek katılım oranı, Aladağ ilçesinde, (% 85,71), en düşük katılım oranı ise İmamoğlu'ndadır (% 19,81). Aramalar, gündüz yapıldığı için, örneğe çıkan telefon numaraları defalarca aranmasına rağmen bazı bölgelerde istenilen katılım yüzdesini elde etmede zorluk çekilmiştir.

3.7. Verilerin Analiz Edilmesi ve Kullanılan İstatistik Yöntemler

Veriler analiz edilirken önce hatalı girişler düzeltildi, minimum ve maksimum kontrolleri yapıldı. Kodlama hataları düzeltildi ve iç tutarlık yönünden değerlendirildi. Veriler uygun şekilde gruplandırılıp kodlandıktan sonra frekans dağılımları, ortalamalar ve çapraz tablolar yapıldı. Çapraz tablolarda χ^2 testi uygulandı.

4. BULGULAR

4.1. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan kişilerin yaş grupları dengeli dağılmaktadır.

Tablo 12. Adana ili ilçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Yaş grupları ve Cinsiyete göre Dağılımı

Yaş grupları	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
20-29	54	22,8	183	77,2	237	21,5
30-39	44	19,7	179	80,3	223	20,3
40-49	62	26,7	170	73,3	232	21,1
50-59	54	28,7	134	71,3	188	17,1
60 +	94	42,7	126	57,3	220	20,0
TOPLAM	308	28,0	792	72,0	1100	100,0

*sütun yüzdesi

⁺satır yüzdesi

$\chi^2=34,67$

SD=4

p=0,0001

Tablo 12’de görüldüğü gibi, cinsiyete bakılmaksızın her yaş grubundaki toplam nüfusa bakıldığında, yaş grupları arasında ciddi fark olmadığı, yaş ve cinsiyete bakıldığında ise erkek ve kadın arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir (p<0,001). Telefon görüşmesi yapılan kişilerin % 72,0’ı kadın ve % 28,0’ı erkek idi. Telefon görüşmeleri mesai saatleri içinde yapıldığı için kadınların sayısı erkeklerden fazlaydı. Çalışmaya katılan erkek sayısını arttırmak için hafta sonları da telefon görüşmeleri yapıldı. Ancak buna rağmen sonuç değişmedi. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 43,36±14,31 yıl, erkeklerin yaş ortalaması 47,18±14,89 yıl ve kadınların yaş ortalaması 41,86±13,81 yıl olarak bulunmuştur.

Görüşülen kişilerin medeni durumlarının dağılımı Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) 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	10,7	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

En büyük grubu evliler (% 76,6), ikinci büyük grubu ise bekârlar (% 15,1) oluşturmaktadır. Boşanmış veya eşi ölmüş kadınların oranı (% 10,6) erkeklerden (% 2,3) anlamlı olarak fazladır (p<0,001).

Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyete göre eğitim durumlarının dağılımları ise Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Cinsiyete Göre Eğitim Durumlarının Dağılımı

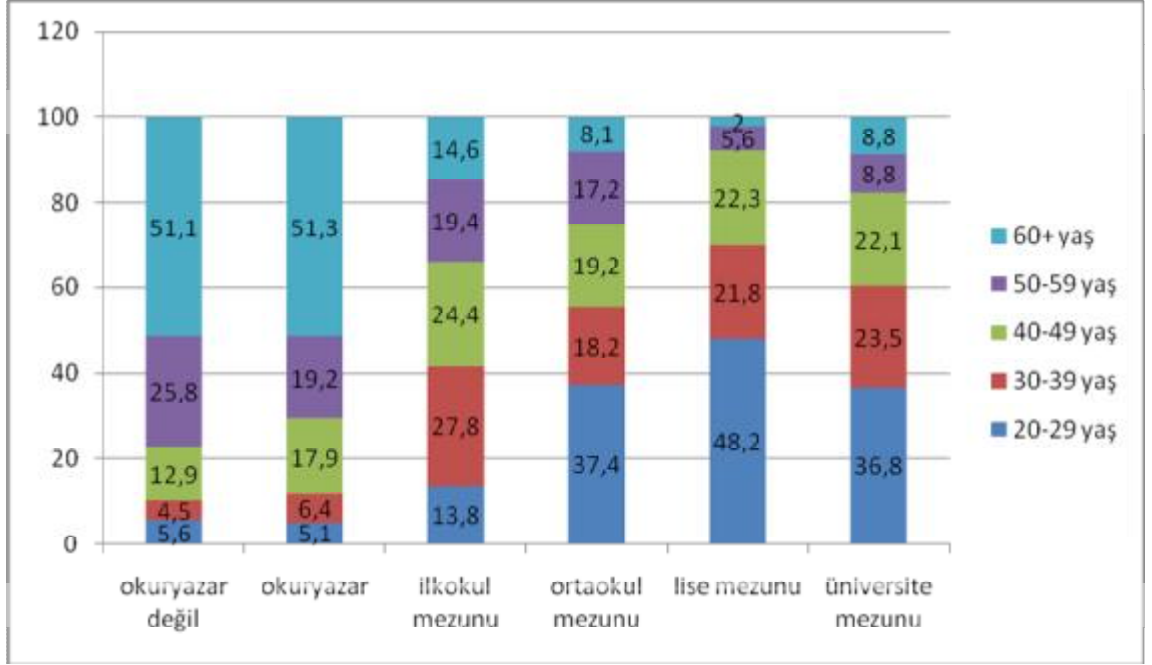
Eğitim	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	%*
Okur-yazar değil	12	6,7	166	93,3	178	16,2
Okur-yazar	26	33,3	52	66,7	78	7,1
İlkokul	140	29,2	339	70,8	479	43,6
Ortaokul	33	33,3	66	66,7	99	9,0
Lise	66	33,5	131	66,5	197	17,9
Üniversite	31	45,6	37	54,4	68	6,2
TOPLAM	308	28,0	791	72,0	1099	100,0

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

Okur-yazar olmayanlarda kadınların oranı % 93,3 ile erkeklerden (% 6,7) oldukça fazladır. Eğitime göre dağılımda en büyük grubu ilkokul mezunları oluşturmaktadır (% 43,6).

43,6). Tüm örneklemin % 6,2'si üniversite mezunu olduklarını ifade etmişlerdir. Cinsiyet ve eğitim durumu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

Yaş grubu ile eğitim arasındaki ilişki Şekil 2'de gösterilmiştir.

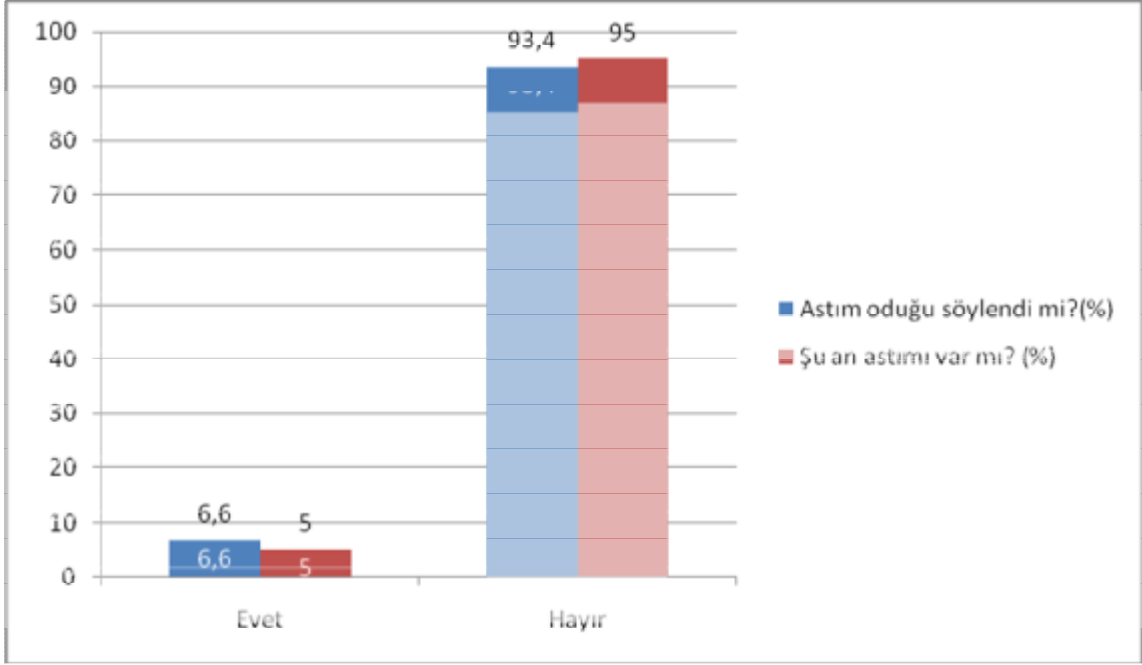


Şekil 2. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Eğitim Durumu ve Yaş Grupları Dağılımı

Üniversite mezunlarının büyük kısmı 20-29 yaş grubunda, okur-yazar olmayanların büyük kısmı ise 60 yaş ve üzeri gruptadır.

4.2. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Astım Durumu

Görüştüğümüz kişilere, bir hekim tarafından astım tanısı alıp almadıkları ve şu an astım olup olmadıkları soruldu.



Şekil 3. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Astım Durumu

Astım olduğu söylenenler ile şu an astımı olanların oranları birbirine yakındır (Şekil 3). Aslında astımı olduğu söylenenlerle şu an astımı olanların oranı aynı olmalıdır. Çünkü astım kronik bir hastalıktır. Bu farklılık iki nedenden olabilir. Birincisi başlangıçta konulan astım tanısı yanlış olabilir. İkincisi aslında astımı vardır ama sorduğumuzda bulguları olmadığından yok demiş olabilir.

Astımla ilgili elde ettiğimiz bir diğer bulgu da, beden kitle indeksi arttıkça astım prevalansının artmasıydı.

Bölgelere göre astım durumu Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo 15. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerde Astım Durumu

İlçeler	Şu an astımı var mı?					
	Evet		Hayır		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Aladağ	1	2,5	39	97,5	40	3,6
Ceyhan	17	4,3	382	95,7	399	36,5
Feke	2	5,0	38	95,0	40	3,7
İmamoğlu	2	9,5	19	90,5	21	1,9
Karaisalı	6	8,0	69	92,0	75	6,9
Karataş	7	10,1	62	89,9	69	6,3
Kozan	10	3,8	256	96,2	266	24,3
Pozantı	4	8,3	44	91,7	48	4,4
Saimbeyli	3	6,5	43	93,5	46	4,2
Tufanbeyli	2	4,7	41	95,3	43	3,9
Yumurtalık	1	2,1	46	97,9	47	4,3
TOPLAM	55	5,0	1039	95,0	1094	100,0

*Sütun yüzdesi ⁺Satır yüzdesi $\chi^2=10,138$ SD=10 p=0,428

Bölgeler incelendiğinde, en yüksek astım oranı % 10,1 ile Karataş'ta, en düşük oran ise % 2,1 ile Yumurtalık'ta bulunmuştur ancak bu fark anlamlı değildir ve diğer ilçelerde oran dengeli dağılmıştır. Toplam astım oranı % 5'dir.

Kadınlarda astım oranı ile erkeklerde astım oranı karşılaştırılmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerde Cinsiyet ve Astım Durumu

Cinsiyet	Şu an astımı var mı?					
	Evet		Hayır		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Erkek	9	3,0	296	97,0	305	27,9
Kadın	46	5,8	743	94,2	789	72,1
TOPLAM	55	5,0	1039	95,0	1094	100,0

*Sütun yüzdesi ⁺Satır yüzdesi $\chi^2=3,819$ SD=1 p=0,051

Erkeklerde şu an astımı olma durumu % 3 iken kadınlarda bu oran % 5,8 bulunmuştur. Ancak bu fark sınırdan anlamlı bulunmuştur (p=0,051).

Yaş grubu ile astım olma ilişkisi, araştırılan bir diğer konudur.

Tablo 17. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerde Yaş Gruplarına Göre Şu An Astım Olma Durumu

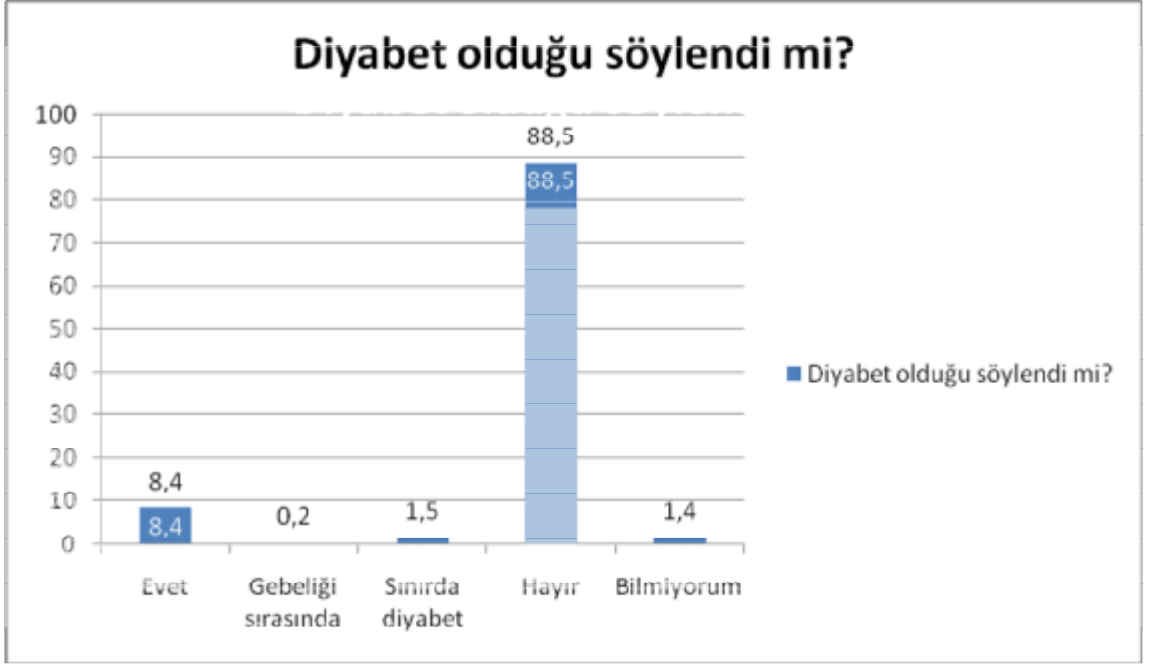
Yaş grubu	Şu an astımı var mı?					
	Evet		Hayır		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
20-29	4	1,7	232	98,3	236	21,6
30-39	10	4,5	212	95,5	222	20,3
40-49	11	4,8	218	95,2	229	20,9
50-59	14	7,5	173	92,5	187	17,1
60+	16	7,3	204	92,7	220	20,1
TOPLAM	55	5,0	1039	95,0	1094	100,0

*Sütun yüzdesi ⁺Satır yüzdesi $\chi^2=10,332$ SD=4 p=0,035

Yaş arttıkça astım olma durumu artmaktadır ve bu ilişki anlamlıdır (p=0,035).

4.3. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Diyabet Durumu

Çalışmamızda toplumdaki diyabet oranı % 10,1 bulunmuştur (Şekil 4).



Şekil 4. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerde Diyabet Olma Durumu

Çalışmaya katılanlar gebelikleri sırasında diyabet ve sınırdaki diyabeti ayrıca belirtmişlerdir. .

Yaş grupları ve diyabet olduğu söylenme durumu da incelenmiştir.

Tablo 18. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerde Yaş Grupları ve Diyabet Olduğu Söylenme Durumu

Yaş grubu (yıl)	Diyabet olduğu söylendi mi?					
	Evet		Hayır		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
20-29	1	0,4	233	99,6	234	21,7
30-39	7	3,2	214	96,8	221	20,4
40-49	20	8,9	204	91,1	224	20,7
50-59	36	19,5	149	80,5	185	17,1
60+	45	20,7	173	79,3	218	20,1
TOPLAM	109	10,1	973	89,9	1082	100,0

*Sütun yüzdesi Satır yüzdesi $\chi^2=80,86$ SD=4 p=0,0001

Tablo 18’de görüldüğü gibi yaş grubu arttıkça diyabeti olanların sayısı artmaktadır. Yaş arttıkça insülin direncinin gelişmesi bunun hazırlayıcısıdır; bulgularımız bununla uyumludur ve anlamlıdır (p=0,0001).

Eğitim durumu ve diyabet ilişkisinde, hiçbir okul bitirmeyenlerde diyabet daha sık bulunmuştur (Tablo19).

Tablo 19. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerde Eğitim Durumu ve Diyabet Olduğu Söylenme Durumu

Eğitim durumu	Diyabet olduğu söylenildi mi?					
	Evet		Hayır		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Okul bitirmeyenler ^Δ	43	17,0	210	83,0	253	23,4
Okul bitirenler	66	8,0	762	92,0	828	76,6
TOPLAM	109	10,1	972	89,9	1081	100,0

^ΔOkul bitirmeyenler: Her hangi bir okul diploması olmayan

*Sütun yüzdesi ⁺Satır yüzdesi $\chi^2=17,41$ SD=1 p=0,0001

Okul bitirmeyenlerde diyabet olduğu söylenme oranı % 17,0 iken bir okul bitirenlerde % 8,0’dır. Bu fark anlamlı bulunmuştur (p=0,0001).

Çalışmamızda medeni durum ve diyabet ilişkisini de inceledik (Tablo 20).

Tablo 20. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Medeni Durum ve Diyabet Olduğu Söylenme Durumu

Medeni durum	Diyabet olduğu söylenildi mi?					
	Evet		Hayır		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Evli	92	11,1	735	88,9	827	76,5
Bekâr	1	0,6	104	99,4	165	15,3
Boşanmış veya eşi ölmüş	16	18,0	73	82,0	89	8,2
TOPLAM	109	10,1	972	89,9	1081	100,0

*Sütun yüzdesi ⁺Satır yüzdesi $\chi^2=15,56$ SD=2 P=0,0004

Diyabet olduğu söylenme oranı en fazla boşanmış veya eşi ölmüşlerde bulunmuştur (% 18,0). Evli olanlarda oran % 11,1, bekârlarda ise % 0,6 olarak

bulunmuştur. Ancak bekârların yaş grubunun genel olarak düşük olacağı düşünüldüğünde bulgular yine diyabetin yaşla beraber arttığını göstermektedir.

İlçelere göre diyabet olduğu söylenme durumu Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) İlçelere Göre Kişilerin Diyabet Olduğu Söylenme Durumu

İlçeler	Diyabet olduğu söylendi mi?					
	Evet		Hayır		TOPLAM	
	n	%	n	% ⁺	N	%*
Aladağ	4	10,5	34	89,5	38	3,5
Ceyhan	37	9,4	358	90,6	395	36,5
Feke	4	10,0	36	90,0	40	3,7
İmamoğlu	0	0,0	21	100,0	21	1,9
Karaisalı	7	9,3	68	90,7	75	6,9
Karataş	12	17,4	57	82,6	69	6,4
Kozan	21	8,0	242	92,0	263	24,3
Pozantı	9	18,7	39	81,3	48	4,4
Saimbeyli	4	8,7	42	91,3	46	4,3
Tufanbeyli	2	4,7	41	95,3	43	4,0
Yumurtalık	9	20,4	35	79,6	44	4,1
TOPLAM	109	10,1	973	89,9	1082	100,0

*Sütun yüzdesi ⁺Satır yüzdesi $x^2=12,24$ SD=10 p=0,140

İmamoğlu’nda diyabet olduğunu söylenme oranının (% 0) çok düşük olması ve Karataş (% 17,4), Pozantı (% 18,7) ve Yumurtalık’ta (% 20,4) bariz olarak yüksek olması dikkat çekmektedir. Diğer ilçelerde diyabet olduğunu söylenenlerin oranı dengeli dağılmaktadır. Ancak farklar anlamlı değildir (p=0,140).

Diyabet olduğu söylenenlerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 22’dedir.

Tablo 22. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Cinsiyet ve Diyabet Olduğu Söylenme Durumu

Cinsiyet	Diyabet olduğu söylendi mi?					
	Evet		Hayır		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	%*
Erkek	25	8,2	280	91,8	305	28,2
Kadın	84	10,8	693	89,2	777	71,8
TOPLAM	109	10,1	973	89,9	1082	100,0

*Sütun yüzdesi ⁺Satır yüzdesi $x^2=1,65$ SD=1 p=0,198

Diyabet olduğu söylenenlerde cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,497). Erkeklerde diyabet olduğu söylenme oranı % 8,2 ve kadınlarda % 10,8 olarak bulunmuştur.

Diyabetik hastalar, genelde kilo fazlası veya obezitesi olan hastalardır. Çalışmamızda diyabet ile B.K.İ. ilişkisi Tablo 23’de görülmektedir. Boy ve kilosunu söylemeyenler tabloya dahil edilmemiştir.

Tablo 23. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Beden Kitle İndeksi ve Diyabet Olduğu Söylenme Durumu

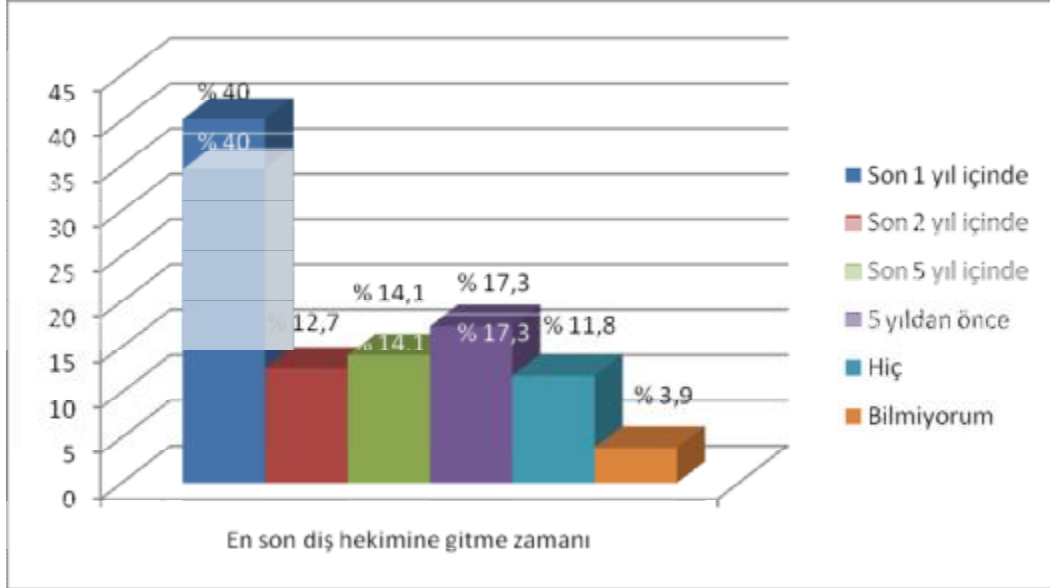
B.K.İ	Diyabet olduğu söylendi mi?					
	Evet		Hayır		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
≤25	14	3,8	535	96,2	369	47,5
25-30	28	10,8	231	89,2	259	33,4
≥30	24	16,2	124	83,8	148	19,1
TOPLAM	67	8,5	710	91,5	776	100,0

*Sütun yüzdesi ⁺Satır yüzdesi $\chi^2=42,31$ SD=2 P=0,0001

Çalışmamıza katılanlarda BKİ ≤ 25 olanların % 3,8’i diyabet olduğunu söylemişken BKİ normal olanlarda bu oran % 10,9 ve BKİ ≥30 olanlarda % 16,3’tür. B.K.İ arttıkça diyabet olduğu söylenenlerin oranı artmıştır. Bu bulgu da anlamlı bulunmuştur (p=0,0001).

4.4. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Ağız Sağlığı Durumu

Çalışmamızda diş hekimine gitme durumu Şekil 5’de gösterilmiştir.



Şekil 5. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) En Son Diş Hekimine Gitme Durumu

Görüşülen kişilerin % 40,16'sı (441 kişi) son bir yıl içinde diş hekimine gitmişken % 11,83'ü (43 kişi) hiç diş hekimine gitmediğini belirtmiştir. Bu kişilerin yaş grubuna göre en son diş hekimine gitme durumu ise Tablo 24'te gösterilmiştir.

Tablo 24. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Yaş Grupları ve Diş Hekimine Gitme Durumları

Yaş	Diş hekimine gitme durumu							
	Son 1 yıl içinde		Son 2+ yılda giden		Hiç gitmeyen		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	0% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
20-29	109	48,0	60	26,4	58	25,6	227	21,5
30-39	104	47,9	85	39,2	28	12,9	217	20,6
40-49	94	41,8	115	51,1	16	7,1	225	21,3
50-59	69	39,0	97	54,8	11	6,2	177	16,8
60 +	65	31,1	127	60,8	17	8,1	209	19,8
TOPLAM	441	41,8	484	45,9	130	12,3	1055	100,0

⁺ Satır yüzdesi

^{*} Sütun yüzdesi

$\chi^2=91,048$

SD=8

p= 0,0001

Tablo 24'de görüldüğü gibi son bir yıl içinde diş hekimine gitme durumu 20-29 yaş grubunda en yüksektir (% 48). Bu oran yaş grubu arttıkça azalmaktadır. 60 yaş ve üzerinde oran % 31,1'dir. Bulunan fark anlamlıdır (p=0,0001).

Tablo 25. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Eğitim ve Dış Hekimine Gitme Durumu

Eğitim durumu	Dış hekimine gitme durumu							
	Son 1 yıl içinde		Son 2 artı yıllarda giden		Hiç gitmeyen		TOPLAM	
	N	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Okur-yazar değil	57	34,3	89	53,6	20	12,1	166	15,7
Okur-yazar	28	38,4	36	49,3	9	12,3	73	6,9
İlkokul	180	38,8	221	47,6	63	13,6	464	44,0
Ortaokul	46	48,4	36	37,9	13	13,7	95	9,0
Lise	89	46,6	78	40,8	24	12,6	191	18,1
Üniversite	41	62,1	24	36,4	1	1,5	66	6,3
TOPLAM	441	41,8	484	45,9	130	12,3	1055	100,0

⁺Satır yüzdesi *Sütun yüzdesi $\chi^2=25,345$ SD=10 p=0,005

Eğitim durumu ve dış hekimine gitme durumunda, üniversite mezunlarında son bir yıl içinde dış hekimine gitme oranı en yüksektir. Ayrıca hiç gitmeyenlerin oranı üniversite mezunlarında en düşüktür. Aradaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0,005).

Tablo26. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Cinsiyet ve Dış Hekimine Gitme Durumu

Cinsiyet	Dış hekimine gitme durumu							
	Son 1 yıl içinde		Son 2 artı yıllarda giden		Hiç gitmeyen		TOPLAM	
	N	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Erkek	108	36,6	154	52,2	33	11,2	295	28,0
Kadın	333	43,8	330	43,4	97	12,8	760	72,0
TOPLAM	441	41,8	484	45,9	130	12,3	1055	100,0

⁺Satır yüzdesi * Sütun yüzdesi $\chi^2=6,641$ SD=2 p=0,036

Son bir yıl içinde dış hekimine gitme durumunda kadınların oranı daha yüksektir ve aradaki fark anlamlıdır (p=0,036).

Tablo 27. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Diş Çürüğü Nedeniyle Kaybedilen Diş Sayısı

Diş çürüğü nedeniyle kaybedilen diş sayısı	n	%
Hiç kaybetmedim	203	18,6
1-5 diş kaybettim	427	39,1
6-10 diş kaybettim	157	14,4
11-15 diş kaybettim	136	12,4
Hepsini kaybettim	166	15,2
Bilmiyorum	3	0,3
TOPLAM	1092	100,0

Diş sağlığı ile ilgili olarak görüştüğümüz kişiler arasında hiç diş kaybı olmayanların oranı % 18,6 iken en büyük grubun (%39,1) 1-5 diş kaybı vardır. Dişlerimin hepsini kaybettim diyenlerin oranı ise % 15,2'dir.

Tablo 28. Adana İli İlçelerinde(Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Eğitim Durumu ve Diş Çürüğü Nedeniyle Kaybedilen Diş Sayısı

Eğitim durumu	Kaç diş kaybettiği											
	Hiç		1-5		6-10		11-15		Tümünü		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Okul bitirmeyenler	18	7,1	47	18,6	41	16,2	40	15,8	107	42,3	253	23,3
Okul bitirenler	185	22,1	379	45,4	116	13,9	96	11,5	59	7,1	835	76,7
TOPLAM	203	18,7	426	39,2	157	14,4	136	12,5	166	15,3	1088	100,0

⁺Satır yüzdesi

^{*}Sütun yüzdesi

$\chi^2=220,72$

SD=4

p=0,0001

Görüşülen kişilerde tüm dişlerimi kaybettim diyenlerin % 42,3'ü okul bitirmeyenler ve % 7,1'i okul bitirenler grubundadır (Tablo 28).

Tablo 29. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Cinsiyet ve Diş Çürüğü Nedeniyle Kaybedilen Diş Sayısı

Cinsiyet	Kaç diş kaybettiği											
	Hiç		1-5		6-10		11-15		Tümünü		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Erkek	47	15,6	124	41,1	47	15,6	39	12,9	45	14,9	302	27,7
Kadın	156	19,8	303	38,5	110	14,0	97	12,3	121	15,4	787	72,3
TOPLAM	203	18,7	427	39,2	157	14,4	136	12,5	166	15,2	1089	100,0

⁺Satır yüzdesi * Sütun yüzdesi $\chi^2=2,962$ SD=4 p=0,564

Çalışmamızda cinsiyet ile kaybedilen diş sayısı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,564). Diş kaybetme durumunu cevaplayan 1089 kişinin ortalama diş kaybı sayısı ise 8,94±10,79'dur (minimum:0, maksimum:32).

Diş çürüğü oluşumunda diş plaklarının etkisi bilinmektedir. Dişler fırçalanarak bu engellenmediği zaman dişlerimizdeki bu plakların bir diş hekimi tarafından temizlenmesi gerekir. Görüştüğümüz kişilere, dişlerini en son ne zaman temizlettikleri de sorulmuştur (Tablo 30).

Tablo 30. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Dişlerini Temizleme Zamanı

Dişlerini temizleme zamanı	n	%
Son 1 yıl içinde	157	14,4
Son 2 yıl içinde	55	5,1
Son 5 yıl içinde	54	5,0
5 yıldan önce	98	9,0
Hiç	661	60,8
Bilmiyorum	62	5,7
TOPLAM	1087	100,0

Görüşülen kişilerin % 60'8'i dişlerini hiç temizlettirmediklerini belirtmişlerdir. Son bir yılda dişlerini temizlettirenlerin oranı ise sadece % 14,4'dür.

Dişlerini temizleme ile eğitim durumu arasında ilişki Tablo 31'de gösterilmiştir.

Tablo 31. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Dişlerini Temizletme ve Eğitim Durumu

Eğitim durumu	Dişlerini temizletme zamanı							
	Son 1-5 yıl içinde		5 yıldan önce		Hiç		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Okul bitirmeyenler	33	14,1	24	10,3	177	75,6	234	22,9
Okul bitirenler	233	29,5	74	9,4	483	61,1	790	77,1
TOPLAM	266	26,0	98	9,6	660	64,4	1024	100,0

*Sütun yüzdesi ⁺Satır yüzdesi $\chi^2=22,500$ SD=2 p=0,00001

Bir okul bitirmeyenlerde son 1-5 yıl içinde dişlerini temizletme oranı % 14,1 iken okul bitirenlerde bu oran % 29,5'dir ve bu fark anlamlıdır (p=0,00001).

4.5. Adana İli ilçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Aşılama Durumu

Kişilere son bir yıl içinde grip, tetanoz ya da hepatit B aşısı olup olmadıkları sorulmuştur (Tablo 32).

Tablo 32. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Aşılama Durumu

Aşı tipi	Aşılama durumu							
	Evet		Hayır		Bilmiyorum		TOPLAM	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Grip	42	3,8	1054	96,1	1	0,1	1097	100,0
Tetanoz	90	8,2	1006	91,7	1	0,1	1097	100,0
Hepatit B	55	5	1025	93,4	17	1,5	1097	100,0

Aşılama oranları genel olarak çok düşüktür. Grip aşısı için oran % 3,8'dir. Çalışma yaptığımız dönemde henüz grip pandemisi yoktu. Tetanoz aşısı oranının nisbi yüksek olması (% 8,2) ücretsiz yapılıyor olmasından kaynaklanabilir. Grip aşısı oranının düşüklüğü, 65 yaş üstü risk faktörü olanlar ve daha düşük yaş grubunda ise splenektomi

ve immün yetmezlik gibi risk faktörü olanlar hariç ücretli olmasından kaynaklanabilir. Daha önce üç doz hepatit B aşısı yaptıranların oranı ise % 5'tir.

Ülkemizde sporadik kuduz vakaları halen görülmektedir ve kuduz aşısı, şüpheli hayvanlarla şüpheli temasta ücretsiz olarak yapılmaktadır. Görüştüğümüz kişilerin sadece ikisi son bir yıl içinde kuduz aşısı yaptırmak zorunda kalmıştır.

Tablo 33. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Cinsiyet ve Aşılama Durumu

Aşılar	Evet		Hayır		Toplam		P
	Erkek*	Kadın ⁺	Erkek*	Kadın ⁺	Erkek*	Kadın ⁺	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Grip	12(3,9)	30(3,8)	292(96,1)	762(96,2)	304(27,7)	792(72,3)	0,90
Tetanoz	15(4,9)	75(9,5)	290(95,1)	716(90,5)	305(27,8)	791(72,2)	0,01
Hepatit	13(4,4)	42(5,4)	283(95,6)	742(94,6)	296(27,4)	784(72,6)	0,52

*Erkeklerin satır yüzdesi ⁺Kadınların satır yüzdesi

Cinsiyet ve aşılama ilişkisine baktığımızda sadece tetanoz aşısının kadınlarda daha fazla yapıldığını görmekteyiz (Erkeklerde % 4,9 iken kadınlarda %9,5). Bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 34. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Eğitim ve aşılama durumu

Aşılar	Evet		Hayır		Toplam		P
	Okul bitirmeyenler	Okul bitirenler	Okul bitirmeyenler	Okul bitirenler	Okul bitirmeyenler	Okul bitirenler	
	n(%)*	n(%) ⁺	n(%)*	n(%) ⁺	n(%)*	n(%) ⁺	
Grip	11(4,3)	31(3,7)	244(95,7)	809(96,3)	255(23,3)	840(76,7)	0,65
Tetanoz	12(4,7)	78(9,3)	243(95,3)	762(90,7)	255(23,3)	840(76,7)	0,02
Hepatit	3(1,2)	52(6,3)	251(98,8)	773(93,7)	254(23,5)	825(76,5)	0,001

*Okul bitirmeyenlerin satır yüzdesi ⁺Okul bitirenlerin satır yüzdesi

Eğitim ve aşılama durumuna baktığımızda okul bitirenlerde tetanoz ve hepatit aşılama oranlarının yüksek olduğunu görülmüş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 35. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Son 1 Yıl İçinde Tetanoz Aşısı Yapılma Durumu

Yaş grubu	Son 1 yıl içinde tetanoz aşısı yapıldı mı?					
	Evet		Hayır		Toplam	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
20-29	35	14,8	201	85,2	236	21,5
30-39	26	11,7	197	88,3	223	20,3
40-49	17	7,4	212	92,6	229	20,9
50-59	9	4,8	179	95,2	188	17,2
60+	3	1,4	217	98,6	220	20,1
TOPLAM	90	8,2	1006	91,8	1096	100

*sütun yüzdesi ⁺satır yüzdesi $\chi^2=34,03$ SD=4 p=0,00000073

Tetanoz aşılması ile ilgili olarak yaş grubu arttıkça aşılama oranlarının düştüğü saptanmıştır (Tablo 35).

Tablo 36. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Daha Önce Üç Doz Hepatit B Aşısı Yapılma Durumu

Yaş grubu	Daha önce üç doz hepatit B aşısı yapıldı mı?					
	Evet		Hayır		Toplam	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
20-29	19	8,2	212	91,8	231	21,4
30-39	12	5,5	207	94,5	219	20,3
40-49	13	5,8	213	94,2	226	20,9
50-59	7	3,8	179	96,2	186	17,2
60+	4	1,8	214	98,2	218	20,2
TOPLAM	55	5,1	1025	94,9	1080	100,0

*sütun yüzdesi ⁺satır yüzdesi $\chi^2=10,43$ SD=4 p=0,033

Çalışmaya katılan kişilere daha önce üç doz hepatit B aşısı olup olmadıkları sorulduğunda, tetanoz aşısına benzer şekilde, yaş grubu arttıkça aşılama oranlarının azaldığı görülmektedir. En yüksek Hepatit B aşılama oranı 20-29 yaş grubundadır (% 8,2).

4.6. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Askerlik Durumu

Erkekler katılımcılara askerlik yapma ve son 12 ayda TSK'lerine bağlı bir sağlık karnesiyle muayene olma veya ilaç yazdırma durumları sorulmuştur.

Tablo 37. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Erkeklerin Askerlerin Yapma Durumu

Askerlik yapma durumu	n	%
Evet	270	88,2
Hayır	36	11,8
TOPLAM	306	100,0

Tablo 37'de görüldüğü gibi erkeklerin % 88,2'si askerliğini yapmıştı. Bunların TSK'den yararlanma durumu ise Tablo 36'da gösterilmiştir.

Tablo 38. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Son 12 Ayda TSK'lerine Bağlı Bir Sağlık Karnesi ile Muayene Olma veya İlaç Yazdırma Durumu

Son 12 ayda TSK'lerine bağlı bir sağlık karnesi ile muayene olma veya ilaç yazdırma durumu	n	%
Evet	7	2,3
Hayır	299	97,7
TOPLAM	306	100,0

Son 12 ayda T.S.K.'e bağlı bir sağlık karnesi ile muayene olan veya ilaç yazdıranların oranı % 2,3 idi.

4.7. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Engellilik Durumu

Çalışmamızda hem geçici veya kalıcı engellilik durumu hem de özel bir alet kullanma durumu araştırılmıştır.

Tablo 39. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Fiziksel, Ruhsal veya Duygusal Sorunlar Nedeniyle Herhangi Bir Aktiviteyi Yapamama (Engellilik/disability) ve Özel Bir Alet (koltuk değneği, tekerlekli sandalye, özel bir yatak, özel bir telefon, vb.) Kullanmasını Gerektirecek Herhangi Bir Sağlık Sorunu Olma Durumu

	Geçici veya kalıcı engellilik		Özel bir alet kullanmayı gerektirecek engellilik	
	n	%	n	%
Evet	77	7,0	17	1,6
Hayır	1019	92,9	1079	98,4
TOPLAM	1096	100,0	1096	100,0

Görüştüğümüz kişilerde fiziksel, ruhsal, duygusal sorunlar nedeniyle herhangi bir aktiviteyi yapamayanların oranı (geçici veya kalıcı engellilik) % 7 iken özel bir alet kullanmasını gerektirecek bir sağlık sorunu olanların oranı % 1,6'dır (Tablo 39).

Tablo 40. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Fiziksel, Ruhsal veya Duygusal Sorunlar Nedeniyle Bir Aktiviteyi Yapamama ve Eğitim Durumu

Eğitim durumu	Herhangi bir aktiviteden geri kalma durumu					
	Evet		Hayır		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Okul bitirmeyenler	27	10,5	229	89,5	256	23,4
Okul bitirenler	50	6,0	788	94,0	838	76,6
TOPLAM	77	7,0	1017	93,0	1094	100,0

*Sütun yüzdesi ⁺Satır yüzdesi $\chi^2=6,28$ SD=1 p=0,012

Eğitim durumu ve görüştüğümüz kişilerin fiziksel, ruhsal veya duygusal sorunlar nedeniyle bir aktiviteyi yapamama durumu değerlendirildiğinde, okul bitirenlerde oran % 6 iken okul bitirmeyenlerde oran % 10,5'tir. Bulgular anlamlıdır (p=0,012).

Tablo 41. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Fiziksel, Ruhsal veya Duygusal Sorunlar Nedeniyle Bir Aktiviteyi Yapamama Durumu ve Medeni Durum

Medeni durum	Herhangi bir aktiviteden geri kalma durumu					
	Evet		Hayır		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Evli	53	6,3	784	93,7	837	76,5
Bekar	12	7,2	154	92,8	166	15,2
Boşanmış veya eşi ölmüş	12	13,2	79	86,8	91	8,3
TOPLAM	77	7,0	1017	93,0	1094	100,0

*Sütun yüzdesi ⁺Satır yüzdesi $\chi^2=5,905$ SD=2 p=0,05

Tablo 41’de görüldüğü gibi evli olanların % 6,3’ü fiziksel, ruhsal veya duygusal sorunlar nedeniyle bir aktiviteyi yapamadıklarını belirtirken bu oran bekar olanlarda % 7,2 ve boşanmış veya eşi ölmüşlerde % 13,2’dir. Bu bulgular da sınırdadır anlamlıdır (p=0,05).

4.8. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Görüşülen Kişilerin Evlerinde Ateşli Silah Bulundurma Durumları

Çalışmamızda ayrıca ev kazaları açısından ateşli silah bulundurma durumu araştırılmıştır. Ateşli silah bulunduranlara, silahın açıkta olup olmadığı ve dolu olup olmadığı ayrıca sorulmuştur.

Tablo 42. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Evlerinde Ateşli Silah Bulundurma Durumları

	Ateşli silah bulundurma		Ateşli silahın açıkta olması		Ateşli silahın dolu olması	
	n	%	n	%	n	%
Evet	160	14,6	10	0,9	14	1,3
Hayır	933	85,3	1083	99,1	1079	98,7
TOPLAM	1093	100,0	1093	100,0	1093	100,0

Katılımcıların % 14,6'sı evlerinde ateşli silah bulundurmaktadır ve bunların % 0,91'inde ateşli silah açıkta (ulaşılabilir) ve % 1,28'inde ateşli silah dolu olarak bulunmaktadır.

Tablo 43. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Ateşli Silah Bulundurma ve Eğitim Durumu

Eğitim durumu	Ateşli silah bulundurma					
	Evet		Hayır		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	%*
Okul bitirmeyenler	28	10,9	228	89,1	256	23,4
Okul bitirenler	132	15,8	704	84,2	836	76,6
TOPLAM	160	14,7	932	85,3	1092	100,0

*Sütun yüzdesi ⁺Satır yüzdesi $X^2=3,6$ SD=1 p=0,055

Eğitim durumu ve ateşli silah bulundurma durumu ele alındığında, okul bitirenlerin ateşli silah bulundurma oranı % 15,8 iken okul bitirmeyenlerde oran % 10,9 bulunmuştur. Bulgularımız sınırda anlamlıdır (p=0,05).

Bölgelere göre ateşli silah bulundurma durumu Tablo 44'de gösterilmiştir.

Tablo 44. Adana İli İlçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) Kişilerin Ateşli Silah Bulundurma Durumu

İlçeler	Ateşli silah bulundurma					
	Evet		Hayır		TOPLAM	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% [*]
Aladağ	3	7,1	39	92,9	42	3,8
Ceyhan	40	10,0	359	90,0	399	36,5
Feke	8	20,0	32	80,0	40	3,7
İmamoğlu	1	4,8	20	95,2	21	1,9
Karaisalı	16	21,3	59	78,7	75	6,9
Karataş	14	20,3	55	79,7	69	6,3
Kozan	49	18,6	214	81,4	263	24,1
Pozantı	9	18,7	39	81,3	48	4,4
Saimbeyli	7	15,2	39	84,8	46	4,2
Tufanbeyli	6	14,0	37	86,0	43	3,9
Yumurtalık	7	14,9	40	85,1	47	4,3
TOPLAM	160	14,6	933	85,4	1093	100,0

*Sütun yüzdesi

⁺Satır yüzdesi

$\chi^2=19,73$

SD=10

p=0,32

En yüksek ateşli silah bulundurma oranları Karaisalı (% 21,3) ve Karataş'ta (%20,3) bulunmuştur. En düşük oranlar ise İmamoğlu (% 4,8) ve Aladağ'dadır (% 7,1). Ancak bulgular anlamlı değildir (p=0,32). Genel olarak av amaçlı bulundurulduğu söylenmiştir.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Adana ili ilçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) yaşayanlarında davranışsal risk faktörlerinden bazılarını araştırmayı planladık. Toplam 1096 kişiye ulaşıldı.

Telefonla görüşme yöntemini seçmemiz nedeniyle daha fazla sayıda kişiye, daha kısa zamanda ulaşabildik. Ayrıca çalışmamızın maliyeti daha düşük düzeyde kaldı. Uygulama sırasında edindiğimiz izlenimlere göre sorduğumuz soruların anlaşılır ve açık olduğunu düşünüyoruz. Bir kişi ile görüşme süremiz ortalama 10-15 dakikaydı. Bazı katılımcılar, mevcut sağlık sorunları hakkında konuşmak istediler. Bu hastalara danışmanlık hizmeti verildi.

2009 Türkiye İstatistik Yıllığı'na göre Türkiye'de hane başı telefon sayısı 0,98'dir.¹⁴ Adana'da ise hane başı telefon sayısı 1,13'dür.²⁰ Bu durumda telefon örnekleme ile hanelerin tümünü temsil ettiğimizi ve sonuçları evrenimize genelleyebileceğimizi söyleyebiliriz. Ancak örnekleme çıkan 1888 kişiden 1096'sına (% 58) ulaşılmasından dolayı ortaya çıkan kısıtlılığı sonuçların değerlendirilmesinde dikkate almak gerekmektedir. Bazı ilçelerde, konutlarda çalışma saatlerinde kimsenin bulunmamasından kaynaklanan ulaşılama sorunları yaşandı.

Adana ili ilçelerinde (Seyhan, Yüreğir, Sarıçam, Çukurova hariç) görüşülen 1096 kişinin yaş grupları dağılımının Adana 2009 ADNKS (Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi) verileri ile uyumlu olduğu görülmektedir.²¹

Örneklemeimizdeki kadınların oranı % 72, erkeklerin oranı ise % 28 bulunmuştur. Bu fark anlamlıdır. Kadın ve erkek oranının farklı çıkmasının nedeni çalışma yaptığımız saatlerde kadınların evde daha çok bulunmasıdır. Bu durum, telefon görüşmelerinin akşam ve hafta sonlarına kaydırılmasıyla aşılmaya çalışılmıştır. Ama istenilen düzeyde bir dengeleme sağlanamamıştır. Bu nedenle cinsiyete dayalı istatistikler bu kısıtlılık dikkate alınarak değerlendirilmelidir.

Çalışmaya katılanların yaş grubu ve eğitim dağılımında; üniversite mezunu olanların % 36,8'i 20-29 yaş grubunda bulunmuştur. Buna karşılık okur-yazar olmayanların % 51,1'i ise 60 yaş ve üzerindedir. Türkiye İstatistik Kurumu ADNKS veri tabanındaki bilgiler bu durumla benzerdir.²¹

Çalışmamızda görüşülen kişilerde şu an astımı olanların oranı % 5 bulunurken, astım olduğu söylenenlerin oranı % 6,6 bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde benzer şekilde yapılan BRFSS 2008 anket sonuçlarında şu an astımı olanlar % 8,7 iken astımı olduğu söylenenlerin oranı %13,6 bulunmuştur.²⁷ Gelişmiş ülkelerde astım prevalansının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Her iki ankette de görüldüğü gibi, astım olduğu söylenenlerin oranı, şu an astımı olanlardan daha yüksektir. Bunun nedeni kişilere yanlış astım tanısı konulmasından ya da bazılarının hastalık semptomlarının ilaçsız kontrol altında olmasından kaynaklanabilir. Aslında astım kronik bir hastalıktır; medikal tedaviye uyarak ve risk faktörlerinden kaçınarak hastalık kontrol altına alınabilir.

Ülkemizde astım prevalansı çocuklarda % 0,7-14,8 iken erişkinde % 0,3-7,6 arasındadır. Erişkinlerde astım kadınlarda daha çok görülen bir hastalıktır. Astımın belirli yaş gruplarında, uzun süreli bazen ömür boyu remisyon dönemlerine girdiği bilinmektedir. Bir araştırmada, hastaların % 55'inde astım semptomlarının 14 yaş civarında tamamen kaybolduğu saptanmıştır.²⁸

Uysal'ın Seyhan ilçesinde yaptığı çalışmada, kendisine astım olduğu söylenenlerin oranı %3,7, Arabacı'nın Yüreğir ilçesinde yaptığı çalışmada ise % 5,6 olarak bulunmuştur.^{29,30} Astım olduğu söylenenlerin oranı, bölgemizdeki verilerle uyumludur. Nitekim Türkiye'de astım prevalansı ortalama % 6 olarak bildirilmektedir.⁴

Çalışmamızda şu an astım olduğu söylenenlerin oranı kadınlarda daha yüksektir. Bu durum da literatür bilgileri ile uyumludur. Geçen yüzyılda yürütülen 2005 kişinin prospektif çalışmasında, çocuklarda astım açısından erkeklerin daha fazla riske sahip oldukları gösterilmiştir. Buna karşın ergen ve yetişkinlerde kadınlar daha fazla risk altındadır. Bu konudaki bir hipotez; erkek çocukların, kız çocuklarına nazaran daha küçük havayollarına ve daha düşük akım oranlarına sahip olmasıdır. Gerçekte de erkek çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonları daha sık görülmektedir.³¹

Ayrıca astım epidemiyolojisi ile ilgili dünyanın değişik bölgelerindeki astım prevalansı karşılaştırmasında Batıdaki yüksek ve artan prevalansın kentsel yaşam ve maddi rahatlıkla ilgili olduğu gösterilmektedir.³²

Çalışmamızda diyabeti olduğu söylenenlerin oranı % 8,4 ve gebeliği sırasında diyabet oranı % 0,2, sınırdaki diyabet ise % 1,5 idi. Birleşik Devletler'de 2008 yılı BRFSS

verilerine göre; diyabet olduğunu söyleyenlerin oranı % 8,3 ve gebelik ilişkili diyabeti olanlar % 0,8 olup çalışmamız sonuçlarına çok benzerdir.²⁷

Uysal'ın çalışmasında Adana Seyhan ilçesinde diyabet prevalansı % 4,7, Arabacı'nın çalışmasında Yüreğir ilçesinde diyabet prevalansı % 6,3 bulunmuştur. Perifer ilçelerde, diyabet prevalansı, merkez ilçelere göre daha fazladır. Gökçel ve arkadaşlarının Adana'da yaptığı bir araştırmada ise Adana ilindeki diyabet prevalansı % 11,6 bulunmuştu.³³ Bizim sonuçlarımız da bu bulgulara çok benzerdir.

ABD'de diabetes mellitus, mortalite ve morbiditenin önemli bir nedeni ve büyüyen bir halk sağlığı sorunudur. Diyabet yaşlı Amerikalılarda yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.³⁴

1995 ile 2025 yılları arasında diyabetli hasta sayısının, gelişmiş ülkelerde % 42 artması beklenmekte fakat gelişmekte olan ülkelere % 170 artacağı öngörülmektedir. 2025 yılında en çok diyabetli kişiye sahip olması beklenen ülkeler Hindistan, Çin ve ABD'dir.³⁵

Ağız sağlığı insan sağlığının çok önemli bir parçasıdır. Çalışmamızda son bir yılda herhangi bir nedenle diş hekimine gitme oranı % 40'dır. Bu oran ABD 2008 BRFSS verilerinde % 71,2'dir.²⁷ Bulgular, ülkemizde diş hekimine gitme alışkanlığının çok düşük olduğunu göstermektedir. Katılımcıların % 15,2'si tüm dişlerini diş çürüğü nedeniyle kaybettiğini belirtirken, en az bir diş kaybı olanların oranı % 81,5'dir. Bu gerçekten çok büyük bir orandır ve diş sağlığı ile ilgili halk eğitiminin ve diş fırçalama alışkanlığının çok düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Uysal'ın çalışmasında, Seyhan ilçesinde en az bir diş kaybı olanların oranı % 48 bulunmuştur. Diş sağlığı ile ilgili ilçe verileri, Adana il merkezine göre daha kötüdür. Türk Diş Hekimleri Birliği verilerine göre diş hekimine gitme sıklığı yılda 0,9 kezdir. Bu oran Avrupa'da yılda 5'dir.³⁶

Erişkin aşılması ülkemiz için çok önemlidir ve ihmal edilmiştir. Sadece çocuk bağışıklanmasına odaklanılmıştır. Katılımcılardan son bir yılda grip aşısı olanların oranı %3,8 idi (Çalışmayı yaptığımız dönemde domuz gribi pandemisi yoktu). Uysal'ın Adana merkez ilçelerde yaptığı araştırmada ise bu oran % 8,4'dür. ABD 2008 BRFSS verilerinde ise son bir yılda grip aşısı yaptıranların oranı % 70,9'dur. ABD'de erişkin aşılanma oranları bizden en az 10 kat daha fazladır. Erişkin tetanoz aşı uygulama oranlarının düşük olmasının nedenlerinden birisi tetanoz aşısının on yıllık bağışıklık

süresinin olması, bizim ise son bir yılı sorgulamış olmamız olabilir. Ayrıca kadınların gebelikte rutin tetanoz aşısı uygulaması nedeniyle son bir yılda tetanoz aşılması daha yüksek bulunmuştur. Yaşamları boyunca üç doz hepatit B aşısı yaptıranların oranı ise % 5 bulunmuştur. Uysal'ın çalışmasında bu oran % 6,7'dir.

D.S.Ö. (Dünya Sağlık Örgütü)'ne göre Türkiye'nin içinde bulunduğu Akdeniz'e komşu ülkelerde hepatit B prevalansı % 2-7 olup orta düzeydedir.³⁷ Hepatit B çok ciddi sağlık sorunlarına yol açarken ve tedavi maliyeti çok yüksek bir hastalıkken aşılama önem verilmemesi düşündürücüdür.

Görüştüğümüz kişilerden % 7,0'ı geçici veya kalıcı herhangi bir aktiviteyi yapamama durumu (engellilik/disability) tanımlamışlardır. Bu oran Seyhan ilçesinde % 8,2 ve ABD BRFSS 2008 verilerinde % 20,4'dür.²⁷

Çalışmamızda, özel alet (koltuk değneği, tekerlekli sandalye, özel bir ayakkabı, vb.) kullanmayı gerektirecek sakatlığı olanların oranı % 1,6 olarak bulunmuştur. ABD 2008 BRFSS verilerinde ülkelerinin geneli için oran ise % 7,2'dir. Çalışmaya katılan kişilerin sosyokültürel düzeylerinin orta olması ve engelliğe bağlı özel bir cihaz kullanma gerekliliği bilincinin yeterince oluşmaması nedeniyle, bu sorunun yanıtı, beklenenin altında bulunmuş olabilir. Bu konuda hekimlerde hastalarını gerektiği şekilde yönlendirmemiş de olabilirler. Türkiye İstatistik Yıllığı'nda ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ve zihinsel engelli toplamı % 3,08'tir.¹⁴

Anketimize katılanların % 14,6'sı evinde ateşli silah bulundurduğunu, bunların % 1,3'ü ateşli silahın dolu olduğunu belirtmişlerdir. Seyhan ilçesinde evinde ateşli silah bulunduranların oranı % 7,5 ve bunların dolu olma oranı da % 20,2 olarak bulunmuştur. Merkez ilçelerde periferik göre silah bulundurma oranları düşükken bunların dolu olarak bulundurulması ateşli silah yaralanmalarının buralarda daha fazla olmasına yol açabilir. Çalışmamızda periferik ilçelerde bulundurulan silahların çoğunluğu av amaçlı olarak belirtilmiş ve çok az bir kısmının dolu olduğu ifade edilmiştir.

Bugün Türkiye'de yılda 3000 kişi ateşli silahlarla ölmekte, 700'ü ise yaralanmaktadır. Cinayetlerin % 60'ında ateşli silah kullanılmaktadır. Her 10 kişiden birinde ve her üç evden birinde ateşli silah vardır. Bizim çalışmamızda ise yaklaşık her yedi evden birinde ateşli silah vardır. Kişiler bulundurdukları silahları başka kaygıları nedeniyle bize belirtmemiş olabilirler. Silahın kolay ulaşılabilir olması cinayet, intihar gibi olayların her an meydana gelmesinin en önemli nedenidir

Evde silah bulunması, ev halkından birinin cinayet, intihar, kaza gibi nedenlerle ölme riskini % 41 oranında arttırmaktadır.³⁸ ABD’de 8-12 yaş arası 64 erkek çocuğuyla yapılan bir araştırmada, erkek çocukların % 76’sının evde bir silah bulduğunda eline aldığı ve % 48’inin de tetiği çektiği görülmüştür.³⁹ Bu nedenlerden dolayı evlerde bulundurulan ateşli silahlar çocukların ulaşamayacağı yerde tutulmalıdır. Alkol alışkanlığı, öfke kontrolünde başarısızlık, madde bağımlılığı, psikolojik rahatsızlıklar gibi sorunları olanların hiçbir gerekçeyle silahlanmaması önemlidir.

Çalışmamızın zor yanı, kişilere daha önce haber verilmeden aranması ve çalışmaya katılmaları için rızalarının alınması olmuştur. Görüşmeci olarak doktor olmamız bu zorlukları biraz olsun azaltmıştır. Türkiye’de bu tür telefonla anket yöntemine insanlar alışkın olmadığından bazıları görüşme yapmak istememiştir. Hatta bazı kişilere demografik bilgilerle ilgili soru sorduğumuzda bunların kendileri hakkında kötüye kullanılabileceğini söyleyerek çalışmaya katılmamışlardır.

Yaptığımız çalışma hem maliyet etkin olmuş hem de bize az zamanda çok sayıda kişiye ulaşma olanağı sağlamıştır. Amerika Birleşik Devletleri’nde C.D.C. (Centers for Disease Control and Prevention) her yıl bütün eyaletlerde davranışsal risk faktörlerini araştırmakta ve verileri yayınlamaktadır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin planlanmasında bu veriler kullanılmaktadır.

Ülkemizde de bu tür çalışmaların yaygınlaştırılarak Türkiye’nin sağlık haritasının çıkarılmasının koruyucu sağlık hizmetlerinin planlanması ve sağlık politikalarının oluşturulmasında faydalı olacağını düşünüyoruz.

BRFSS verileri, mortalite ve morbiditeyi azaltma stratejilerini planlama, yönetme, uygulama ve gözlemlenme için kullanılabilir. BRFSS ABD’de 1984’den beri bir veri kaynağı olarak kullanılmaktadır. Dünyada kesintisiz yürütülen en geniş telefonla araştırma sistemidir. Elde edilen bilgiler aylık olarak toplanmakta ve CDC’ye güvenilirliği kontrol edilmek üzere gönderilmektedir.⁴⁰

Aile Hekimliği disiplininin temel ilkelerinden birisinde belirtildiği gibi, aile hekimi rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansı ile belirlenen özgün karar verme sürecini kullanabilmelidir. Bunun için çalıştığı toplumdaki hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Aile hekimi, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için koruyucu sağlık hizmetlerini planlamalı ve uygulamalıdır. Topluma karşı da bir sorumluluğu vardır.⁴¹

5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları

- Çalışmamızda kadınların sayısının yüksek, erkeklerin sayısının düşük olmasıdır. Bu tip çalışmalar, ya işyerlerini de kapsamalı ya da hafta sonlarını da kapsamalıdır.
- Örnekleme çıkanların % 58'sine ulaşılabilmektedir.
- Katılım yüzdesi bazı ilçelerde düşük düzeyde kalmıştır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1-BRFSS ile telefonla anket yöntemi kullanılmasının güvenilirliği kanıtlanmıştır.⁴² BRFSS modelinde birçok sorunun en azından orta derecede güvenilirliği ve geçerliliği gösterilmiştir.⁴³ Bizde aynı yöntemi uygulayarak elde ettiğimiz veriler başka yöntem uygulanarak elde edilen bilgilere benzerdir.

2-Aile hekimliğinde rahatsızlıkların görülme oranı toplumdaki görülme oranıyla aynıdır. Hiç bir ön eleme olmadığı için rahatsızlıkların prevalans ve insidansı hastane ortamından farklıdır ve ciddi rahatsızlıklar birinci basamakta hastanede olduğundan daha az sıklıkla görülür. Elde ettiğimiz bu bulgular, klinik karar verme sürecinde faydalı olacaktır. Çünkü Aile hekiminin kendine özgü karar verme süreci vardır.

3-Aile hekimliğinin 10. İlkesine göre Aile hekiminin toplum sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir. Hem bireye hem de topluma karşı sorumluluk taşır. Toplum için risk faktörlerini, hastalık prevalanslarını bilmek ve önlemler almak zorundadır.

4-Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi için ve kaynakların etkin kullanılması açısından çok önemlidir ve gereken önem verilmelidir.

5-Bu çalışmada astım, diyabet gibi kronik hastalıkların görülme oranlarında bölgemizde ve ülkemizde yapılan prevalans çalışmalarıyla uyumlu sonuçlar elde edilmiştir.

6-Çalışma evrenimizde şu an astımı olanların oranı % 5'tir, diyabet prevalansı gebelik sırasında ve sınırda diyabet dahil edildiğinde % 10,1 bulunmuştur.

7-Görüşülen kişilerde düzenli diş hekimine gitme alışkanlığının düşük olduğu görülmüştür. Katılımcıların sadece % 40'ı son bir yıl içinde diş hekimine gittiğini belirtmiştir.

8-Görüşülen kişilerde erişkin aşılama oranları çok düşüktür. Bağışıklama kavramı ele alındığında sadece çocuklar akla gelmektedir. Erişkin bağışıklamasına yeterince önem verilmemektedir.

9-Çalışmaya katılanlarda özel alet kullanmayı gerektirecek sakatlığı olanların oranı % 1,6 olup, ABD genelindeki verilerden düşüktür.

10-Çalışmaya katılanlarda yaklaşık her yedi evden birinde ateşli silah bulunmaktadır. Türkiye verilerine göre ise her üç evden birinde ateşli silah bulunmaktadır. Bu da bizim çalıştığımız toplumda oranların düşük olduğunu göstermektedir.

6.2. Öneriler

- 1- Toplumdaki sağlık ile ilişkili olaylar, düzenli olarak izlenmelidir.
- 2- Bu izlem, yüz yüze görüşme veya telefonla anket yöntemiyle yapılabilir.
- 3- Telefonla anket yönteminin geçerliliği ve güvenilirliği artık herkes tarafından kabul edilmektedir. Telefonla anket, diğer yöntemlere göre daha ucuz olduğundan bu tip araştırmalarda tercih edilebilir.
- 4- Sağlıkla ilgili ulusal ve bölgesel planlamalar yapmak ve sağlık kaynaklarının uygun dağılımını sağlamak için gerçek verilere ulaşılmalıdır. Sadece hizmet sunumu sırasında yapılan taramalar, hizmete coğrafi ve ekonomik ulaşım zorluğu çekmeyenleri kapsamaktadır. Bu nedenle, hastanede yapılan çalışmaların sonuçları, rahatsızlıkların toplumda görülme oranlarını yansıtamamaktadır. Dolayısıyla birinci basamakta yapılan çalışmalar arttırılmalıdır.
- 5-Astım, bölgemizde de önemli bir sağlık sorunudur. Sadece astımı olanlara değil risk sahibi olup astımı olmayanlara da danışmanlık hizmeti verilmelidir.
- 6- Astım hastalarına bulgu ve belirtilerine veya ekspiratuar akım oranlarına göre yazılı bir hareket planı verilebilir. Bu, özellikle, orta ve ağır astım hastaları için çok önemlidir. Astım hastaları pnömokok ve influenza aşısı olmalıdır.⁴⁴
- 7- Bölgemizde diyabet prevalansı % 10,1 olup primer korunma önlemleri kişilere daha fazla anlatılmalıdır.
- 8-Astım ve diyabet kronik hastalıklardır. Kronik bakımı iyileştirmek için, hizmet sunan kuruluşlar; egzersiz programları, yaşlılık merkezleri ve kendi kendine yardım grupları gibi topluma dayalı kaynaklarla bağlantıda olmalıdır. Hasta eğitimi yapan hastaneler veya evde bakım hizmeti veren şirketler ile bağlantı kurulması özellikle, kısıtlı kaynakları olan küçük sağlık merkezleri için faydalıdır.⁴⁵
- 9-Kronik hastalığı olanlara kendi kendine yönetim desteğinin sağlanması önemlidir. 1989 yılında Ulusal Kanser Enstitüsü, hastaların sigarayı bırakmalarına yardım etmek için hekimlere yönelik birçok bileşenli bir program geliştirdi. Bu çerçevede, zamanla değişti, bugün 5A olarak bilinmektedir. Değerlendir, sor (*Ask*), önerilerde bulun (*Advise*), görüş birliğine var (*Agree*), yardım et (*Assist*) ve düzenle (*Arrange*). Birleşik

Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu (The United States Preventive Services Task Force), 5A'yı sağlıkla ilgili davranışlarda danışmanlık müdahalelerinde kullanılacak birleştirici bir yapı olarak seçmiştir.⁴⁶

10-Tip 2 diyabette kendi kendine yönetim stratejileri içinde gruba dayalı eğitim; açlık kan glikozu, glikolize hemoglobin, diyabet bilgisi, sistolik kan basıncı, vücut ağırlığı ve diyabet tedavisinin iyileştirilmesinde etkilidir.⁴⁷

11-Çalışmamızda diş çürükleri oranı yüksek, diş hekimine gitme oranları düşük bulunmuştur. Ağız ve diş sağlığı iyileştirilmesi için hem ağız sağlığını iyileştirecek önlemlerin alınması hem de diş hekimine sağlıklı iken gidebilme alışkanlığı için stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir.

12-Ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde aile hekimliği ekibinde diş hekiminin bulunması ve birinci basamak sağlık hizmetlerine ağız ve diş sağlığı uygulamalarının entegre edilerek yürütülmesi bu konudaki eksikliğin giderilmesine katkı sağlayabilir.

13-Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 7. maddesinin etkin bir şekilde uygulamaya konulması sağlanabilir.

14-Erişkin aşılama oranlarımız çok düşüktür. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Derneği'nin Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili meslek örgütlerinin işbirliği ile hazırladığı 2009 Erişkin bağışıklama rehberinde önerilen aşuların hiçbir ek ödeme olmadan yapılabilir olması aşılama oranlarını arttıracaktır. . Erişkin aşılması için kişilere çeşitli yöntemlerle hatırlatma yapılabilir.

15-Kronik sağlık sorunları hiç de az değildir. Kronik sağlık sorunlarının tespiti, izlenmesi ve bakımına dönük stratejilerin ve eylem planlarının hazırlanması ve uygulamaya konması yararlı olacaktır. Hasta eğitimi de çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. **World Health Organization.** World Health Report, Chapter 2: Defining and Assessing Risks to Health, Erişim: (<http://www.who.int/whr/2002/chapter2/en/index.html>). Erişim tarihi:1.10.2009.
2. **Guirguis –Blake J, Meyers D, Crichlow R, Wilson J E,** Statistical concepts in prevention, Risk factors. In: Rakel R E, Ed. *Textbook of Family Medicine.* 7thEd., Philadelphia:Saunders/Elsevier , **2007**:162-163.
3. **CDC,** Behavioral Risk Factor Surveillance System, Questionnaires, English versions, Centers for Disease Control and Prevention. Erişim: (<http://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/english.htm>). Erişim tarihi:1.10.2009.
4. **Ediger D,** Bronşiyal Astım. In: Dolar E, Ed. *İç Hastalıkları.* 1.Baskı, Ankara: Nobel Kitabevi, **2005**: 149-152.
5. **Mellins R B, Evans D, Clark N, Zimmerman B, Wiesemann S,** Developing and Communicating a Long –Term Treatment Plan for Asthma, Two Patient Information Handouts On Asthma, *Am Fam Physician* **2000**;61(8): 2427-2437.
6. **GINA (Global Initiative For Asthma) patient guide:** You can control your asthma. Erişim: (http://www.ginasthma.com/Userfiles/GINA_PatientGuide2007.pdf). Erişim tarihi: 6.10.2009.
7. **İmamoğlu Ş,** Diabetes Mellitus Tip 2. In: Dolar E,Ed. *İç hastalıkları.* 1.Baskı, Ankara: Nobel Kitabevi, **2005**:692-694.
8. **Özcan S, Saatçı E, Bozdemir N, Akpınar E,** Egzersiz, sağlık, hastalık, toplum ve hekim, *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* **2002**; 11:395-396.
9. **United States Preventive Services Task Force (USPSTF).** Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in adults. Erişim:(<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstf/uspsdiab.htm>). Erişim tarihi:5.04.2010.
10. **Gonsalves W** (Çeviri: **Özdemir H**). Ağız sağlığı. In: South-Paul J E, Matheny S C , Lewis E L. (Çeviri editörleri:Kut A, Tokalak İ, Eminsoy M G). *Current Aile Hekimliği Tam ve Tedavi.* 2.Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, **2010**:507-517.
11. **Samaranayake L.** *Essential Microbiology for Dentistry.* 3th Ed., Edinburgh: Churchill Livingstone, **2006**:265
12. **Zimmerman R K, Abwesb E R.** Adult Vaccination. In: Campos-Outcalt D Ed. *20 Common Problems In Preventive Health Care.* 1.Baskı, USA: McGraw-Hill Companies, **2000**:431,461.
13. **Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği Erişkin Bağışıklama Rehberi Çalışma Grubu.** Erişkin Bağışıklama Rehberi: **2009**:36.
14. **Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye İstatistik Yıllığı** **2009**:103, 275, 401.
15. **McCarthy P L** (Çeviri:**Biçer S**), Muayenehane ve Klinikte hasta çocuğun değerlendirilmesi; Ateşli silah yaralanmaları. In: Behrman R E, Kliegman R M, Jenson H B Eds. (Çeviri editörü: **Akçay T**). *Nelson Pediatri.* 17th Ed., USA: Nobel Tıp Kitabevleri, **2008**:262.

16. **Odabaş Y.** Anket yönetimi. Anadolu Üniversitesi. Erişim: (www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/IOLTP/2294/unite05.pdf). Erişim tarihi: 8.10.2009.
17. **Siberry G K.** Conversion formulas and biostatistics. In: Siberry G K, Iannor R Eds. *The Harriet Lane Handbook .A manual for pediatric house officers.* 15thEd., USA: Mosby Inc, 2000:181-184.
18. **T.C.Adana Valiliği,** İl ve İlçeler Arası Mesafeler, Karayolları Genel Müdürlüğü. Erişim: (<http://www.kgm.gov.tr/Sayfalar/KGM/SiteTr/Uzakliklar/ililcelerArasiMesafe.aspx>). Erişim tarihi:3.04.2010.
19. **T.C.Adana Valiliği.** İlçelerimiz, Adana Valiliği. Erişim: (<http://www.adana.gov.tr/?sayfa=4>). Erişim tarihi: 3.04.2010.
20. **T.C.Adana Valiliği,** Sayılarla Türk Telekom Müdürlüğü, Türk Telekom Müdürlüğü. Erişim: (http://www.adana.gov.tr/?sayfa=5&alt=turk_telekom). Erişim tarihi: 3.04.2010.
21. **Türkiye İstatistik Kurumu,** İlçe, yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus 2009, eğitim düzeyi cinsiyet, yaş grubuna göre il/ilçe nüfusu 2009. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Veri Tabanı, Erişim: (<http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul>). Erişim tarihi:3.04.2010.
22. Adana Türk Telekom Bölge Müdürlüğü telefonla özel görüşme.
23. **Uysal Y,** Uysal Açık Kaynak Kodlu Veri Analiz Programları, www.webdata.name.tr. Erişim tarihi:1.02.2009.
24. **CDC,** Epi Info İstatistik Programı, Centers for Disease Control and Prevention Erişim: (<http://www.cdc.gov/epiinfo/>). Erişim tarihi:2.10.2009.
25. **CDC,** About the BRFSS, Turning information into public health, Centers for Disease Control and Prevention, Erişim: (<http://www.cdc.gov/brfss/about.htm>). Erişim tarihi: 5.02.2010.
26. **Remington P L, Smith M Y, Williamson D F, Anda R F, Gentry E M, Hogelin G C.** Design, characteristics, and usefulness of state-based behavioral risk factor surveillance: 1981–87. *Public Health Reports* 1988; 103(4): 367.
27. **CDC,** Behavioral Risk Factor Surveillance System, Prevalance and Trends Data, Centers for Disease Control and Prevention, Erişim: (<http://www.apps.nccd.cdc.gov/BRFSS/>). Erişim tarihi:1.02.2010.
28. **Gemicioğlu B,** Astım, In: Erol Ç Ed., *İç Hastalıkları.* 1.Baskı, Ankara: MN Medikal δ Nobel, 2008:2440.
29. **Uysal Y.** Seyhan ilçesinde davranışsal risk faktörlerinin belirlenmesi projesi. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 2007.
30. **Arabacı F.** Yüreğir ilçesinde davranışsal risk faktörlerinin belirlenmesi projesi. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 2007.
31. **Tang E A, Matsui E, Wiesch D G, Samet J M.** Risk factors for asthma. In: Adkinson N F, Bochner B, Busse W W, Holgate S T, Lemonske R F, F Estelle R Simons Eds. *Middleton's Allergy Priniciples and Practice.* 7th Ed., Philadelphia: Mosby/Elsevier, 2009:735-737.
32. **Hopkin J M.** Prevalance of asthma. In: Warrell D A, Cox T M, Firth J D, Benz J. *Oxford Textbook of Medicine.* 4th Ed., NewYork: Oxford Univ P, 2003:1334-1335.

33. **Gökcel A, Özşahin K, Sezgin. N, Karaköse H, Ertörer E, Akbaba M, Baklacı N, Sengül A, Güvener N.** A High Prevalance of Diabetes in Adana, Southern Province of Turkey, *Diabetes Care*, (Electronic. Journal), **2003**;26(11):3031-3034. Erişim: (<http://care.diabetesjournals.org/content/26/11/3031.full.pdf+html>). Erişim tarihi:5.01.2010.
34. **Brown D, Balluz L, Giles W, Beckles G, Moriarty D, Ford E, Mokdad A.** Diabetes Mellitus and health related quality of life among older adults. Findings from BRFSS. *Diabetes Research and Clinical Practice* **2004**;65(2):106-113.
35. **Narayan KM , Gregg EW, Fagot-Campagna A, Engelgau MM, Vinicor F.** Diabetes-a common,growing, ,serious,costly,and potentially preventable public health problem. *Diabetes Research and Clinical Practice*;50,suppl:2, **2000**:78.
36. **Türk Diş Hekimleri Birliği,** İstatistikler, Ağız Diş Sağlığı ile ilgili göstergeler, Genel durum:Türkiye ağız ve diş sağlığı profili. Erişim: (http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/solmenu_goster.php?yer_id=7&id=100). Erişim tarihi:10.02.2010.
37. **World Health Organization,** *Hepatitis B*, WHO/cds/csr/lyo/2002.2.Hepatitis B, Department of Communicable Disease Surveillance and Responce, **2002**:38.
38. Umut vakfı:Bireysel silahlanmaya ilişkin Türkiye verileri.'deki veriler: Erişim: (<http://www.umut.org.tr/public/page.aspx?id=19303>). Erişim tarihi:5.03.2010.
39. **Jackman G A, Farah M M, Kellermann A L, Simon H K.** Seeing Is Believing: What Do Boys Do When They Find a Real Gun? . *Pediatrics* ; 107,No:6, **2001**: 1247-1250.
40. **Kilmer G, Roberts H, PhD, Hughes E, Li Y, Valluru B, Fan A, Giles W, Mokdad A, Jiles R.** Surveillance of Certain Health Behaviors and Conditions Among States and Selected Local Areas, Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), United States, *Mortality and morbidity weakly report 2006*; 57, (Electronic. Journal) **2008**:2-7. Erişim: (www.cdc.gov/mmwr). Erişim tarihi:04.03.2010.
41. **Evans P** (Çeviri: Başak O), *Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı*, Wonca, **2002**:15-19. Erişim: (<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf>). Erişim tarihi:1.02.2010
42. **Lederman R I, Shea S, Stein A D.** The Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaire: Its Reliability In a Statewide Sample. *American Journal of Public Health.* **1993**;83(12):1768-1772.
43. **Nelson DE, Holtzman D, Bolen J, Stanwyck CA, Mack KA.** Reliability and validity of measures from the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). *Soz Praventivmed.* **2001**;46 Suppl 1:S3-42.
44. **Chesnutt M S, Prendergast T J.** Asthma: Assessment, monitoring and prevention.In: Mcphee S J, Papadakıs M A, Tierrey L M Eds.*Currrent Medical Diagnosis and Treatment.* ,46th Ed., New York:McGraw-Hill Medical, **2007**:241.
45. (Çeviri:Özşahin K.) Kronik Hastalığı Olan Hastalara Sunulan Birinci Basamak Hizmetin İyileştirilmesi.In: Bodenheimer T, Grumbach K Eds, (Çeviri: Bozdemir N, Saatçı E) Birinci Basamağın geliştirilmesi: Daha iyi uygulamalar için stratejiler ve araçlar: **2009**:55-78
46. (Çeviri:Çelik M.) Kronik Hastalığı Olan Kişilerde Kendi Kendine Yönetme Desteği. In: Bodenheimer T, Grumbach K Eds, (Çeviri :Bozdemir B , Saatçı E) Birinci Basamağın Geliştirilmesi: Daha İyi Uygulamalar İçin Stratejiler ve Araçlar: **2009**:79-98.

47. **Deakin TA, Mc Share CE, Cade JE, Williams R.** Group based training for self management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **2005**, Issue:2:CD003417.

EKLER

Davranışsal Risk Faktörleri Araştırma Sistemi Anketi

Merhaba, ben Dr. Ufuk Gülmen

Ç.Ü.T.F. Aile Hekimliği Bölümü'nden 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. Yalın Erez Aile Hekimliği Polikliniği'nin telefon numarasını ver).

Bölüm 1: Demografik Bilgiler

1.1 Kaç yaşındasınız?

[...] (Yaşı yazınız)

[] Bilmiyorum / Emin değilim

[] Cevap vermek istemiyorum

1.2 Evli misiniz bekâr 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

Bir yıldan fazla süredir işsizim

Bir yıldan kısa süredir işsizim

Ev kadınıyım

- Öğrenciyim
- Emekliyim
- Çalışamaz durumdayım
- Cevap vermek istemiyorum
- 1.6 Cevap veren kişinin cinsiyetini belirtiniz.
(sadece gerekliyse sorunuz)
- Erkek
- Kadın
- 1.7 Sizin bilginize göre, şu anda gebe misiniz?
(49 yaş üstündeki kadınlara bu soruyu sorma)
- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum / Emin değilim
- Cevap vermek istemiyorum
- 1.8 Vücut 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, bir hafta veya daha fazla süre için evinizde telefonunuzun kesildiği oldu mu?

Evet

Hayır

Bilmiyorum / Emin değilim

Cevap vermek istemiyorum

Bölüm 2: Astım

9.1 Bir hekim tarafından astımınız olduğu söylendi mi?

Evet

Hayır

Bilmiyorum / Emin değilim

Cevap vermek istemiyorum

Bölüm 3: Diyabet

10.1 Bir hekim tarafından şeker hastalığınız olduğu söylendi mi?

Evet

Evet, fakat sadece gebeliği sırasında

Hayır

Bilmiyorum / Emin değilim

Cevap vermek istemiyorum

Bölüm 4: Ağız Sağlığı

11.1 Herhangi bir nedenle diş hekimine veya diş kliniğine en son ne zaman gittiniz?

Son bir yıl içinde

Son iki yıl içinde

- Son beş yıl içinde
- Beş yıl veya daha uzun süre önce
- Bilmiyorum / Emin değilim
- Hiç
- Cevap vermek istemiyorum

11.2 Diş çürüğü nedeniyle kaç dişinizi kaybettiniz?

- [...] tane dişimi kaybettim
- Hepsini kaybettim
- Bilmiyorum / Emin değilim
- Hiçbirini kaybetmedim
- Cevap vermek istemiyorum

11.3 Dişlerinizi en son ne zaman temizlettiniz?

- Son bir yıl içinde
- Son iki yıl içinde
- Son beş yıl içinde
- Beş yıl veya daha uzun süre önce
- Bilmiyorum / Emin değilim
- Hiç
- Cevap vermek istemiyorum

Bölüm 5: Aşılama

12.1 Son 12 ay içinde grip aşısı yaptırdınız mı?

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

12.2 Son 12 ay içinde tetanoz aşısı yaptırdınız mı?

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

12.3 Daha önce üç doz Hepatit-B aşısı yaptırdınız mı?

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

12.4 Daha önce hiç kuduz aşısı yaptırdınız mı?

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

Bölüm 6: Askerlik Durumu

13.1 Askerlik yaptınız mı?

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

13.2 Son 12 ay içerisinde Türk Silahlı Kuvvetleri'ne bağlı bir sağlık karnesi ile muayene oldunuz mu veya ilaç yazdırdınız mı?

- Evet
- Hayır

- Bilmiyorum / Emin değilim
- Cevaplamak istemiyor

Bölüm 7: Engellilik

14.1 Fiziksel, ruhsal veya duygusal sorunlar nedeniyle herhangi bir şekilde herhangi bir aktiviteden geri kaldınız mı (engellilik/disability)?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum / Emin değilim
- Cevaplamak istemiyorum

14.2 Özel ekipman (koltuk değneği, tekerlekli sandalye, özel bir yatak, özel bir telefon vs.) kullanmanızı gerektirecek herhangi bir sağlık sorununuz var mı?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum / Emin değilim
- Cevaplamak istemiyorum

Bölüm 8: Ateşli Silahlar

15.1 Evinizde ateşli silah bulunuyor mu?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum / Emin değilim
- Cevaplamak istemiyorum

15.2 Bu silahlardan herhangi biri şu anda dolu mu?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum / Emin değilim

Cevaplamak istemiyorum

15.3 Bu silahlardan herhangi biri Şu anda açıkta mı / ulaşılabilir bir yerde mi?

Evet

Hayır

Bilmiyorum / Emin değilim

Cevaplamak 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
5	22.04.2008

KARAR No 4- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Nafiz Bozdemir yönetiminde, Arş. Gör. Dr. Ufuk Gülmen tarafından tıpta uzmanlık tez çalışması olarak yürütülmesi öngörülen, "Adana ili ilçeleri davranışsal risk faktörlerinin belirlenmesi." başlıklı proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi; toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

Toplantıya Katılmadı

Prof. Dr. İter Uzel
Etik Kurulu Başkanı

Toplantıya Katılmadı

Prof. Dr. Yurdanur Kılınç
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı

Prof. Dr. Ayhan Usal
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Behnan Alper
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Neslihan Seyrek
Etik Kurulu Üyesi

Doç. Dr. Süreyya Soyupak
Etik Kurulu Üyesi

Doç. Dr. Mehmet Kanadaşı
Etik Kurulu Üyesi

Yar. Doç. Dr. Emre Karakoç
Etik Kurulu Üyesi

Ar. Gör. Dr. Şehmus Ölmez
Etik Kurulu Üyesi

Başhekimşire Nutiye Kabukçu
Etik Kurulu Üyesi

Öğrenci Temsilcisi Cem Başpınar
Etik Kurulu Üyesi

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Ufuk Gülmen

Doğum yeri/tarihi: Adana, 1971

Medeni durumu: Evli

Adres: Toros mahallesi Mavi Bulvar Erciyes Plaza B Blok Kat:3
Daire:3 Çukurova ADANA

Telefon: 322-2279955

E-mail: ufukgulmen@hotmail.com

Mezun olduğu tıp fakültesi: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi

Görev yerleri: 2000-2002: T.C. Sağlık Bakanlığı Kürtüncü Sağlık Ocağı,
Musabeyli, Kilis
2002-2003: T.C.Sağlık Bakanlığı Elbeyli Sağlık Ocağı,
Elbeyli Kilis
2003-2007: Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve
Araştırma Hastanesi
2007-2010 –Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile
Hekimliği Anabilim Dalı, Adana

Dernek Üyelikleri TAHUD

Yabancı diller: İngilizce, Almanca