

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

DERİNCE İLÇESİ KIRSALINDA YAŞAYANLARDA SAĞLIK
DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Hande Cihan MUTLU

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

KOCAELİ – 2018

**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**DERİNCE İLÇESİ KIRSALINDA YAŞAYANLARDA SAĞLIK
DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Dr. Hande Cihan MUTLU

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ**

TEZ DANIŞMANI: Doç. Dr. Çiğdem ÇAĞLAYAN

KOCAELİ – 2018

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	SAYFA NO
TEŞEKKÜR	V
KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ.....	Vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	XI
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Kırsal Alan Tanımları.....	4
2.2.Kırsal Alan Yerleşim Birimleri	5
2.3.Kırsal Alan Genel Özellikleri	6
2.4.Kırsal Alan Nüfus Özellikleri.....	6
2.5.Kırsal Alan ve Eğitim	10
2.6.Kırsal Alan İşsizlik/İş Oranları ve Yoksulluk	13
2.7.Kırsal Alan Yaşam Koşulları ve Konut Özellikleri.....	14
2.7.1.İçme Suyu	14
2.7.2.Tuvalet İmkanları	17
2.7.3.Diğer Konut Özellikleri	17
2.8.Kırsal Alan ve Sağlık.....	18
2.8.1.Bebek ve Çocuk Sağlığı	19
2.8.2.Erişkin Sağlığı	24

2.8.3.Kadın/Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması.....	29
2.8.4.Kırsal Alanda Sağlık Hizmetleri	32
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1.Araştırmanın Yeri.....	35
3.2.Araştırmanın Tekniği.....	35
3.3.Araştırmanın Evreni	36
3.4.Araştırmanın Örneği.....	36
3.4.1.Örnek Büyüklüğü	36
3.4.2.Örnek Seçimi	36
3.5.Araştırmanın Hipotezleri	38
3.5.1.Araştırmanın Ana hipotezi.....	38
3.5.2.Araştırmanın Alt Hipotezleri.....	38
3.6.Araştırmanın Değişkenleri.....	39
3.6.1.Bağımlı Değişkenler	39
3.6.2.Bağımsız Değişkenler.....	40
3.7.Araştırmanın Veri Kaynağı	40
3.7.1.Hanehalkı Bilgi Formu	40
3.7.2.Hanehalkı Yaşam Koşulları Formu	41
3.7.3.0-59 Ay Çocuk Soru Formu	41
3.7.4.5-14 Yaş Soru Formu	41
3.7.5.Yetişkin (15 Yaş Üstü) Soru Formu.....	41
3.8.Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçları ve Ölçüm Tekniği	45
3.9.Araştırmanın Uygulanması.....	47
3.10.Araştırma İle İlgili İzinler.....	47
3.11.Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi	47

3.12.Araştırmanın Zaman Çizelgesi	48
4.BULGULAR	49
4.1.Hane özellikleri.....	49
4.2.Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	52
4.3.Katılımcıların Sağlık Durumu Özellikleri	57
4.3.1.0-14 yaş katılımcıların sağlık durumu özellikleri.....	57
4.3.2.15 yaş ve üstü katılımcıların sağlık durumu	61
4.4.Kadın Sağlığı Bulguları	76
5.TARTIŞMA.....	81
5.1.Konut Özellikleri	81
5.2. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri	84
5.3.Katılımcıların Sağlık Durumu	85
5.3.1.0-14 yaş katılımcıların sağlık durumu	85
5.3.2.15 yaş üstü katılımcıların sağlık durumu.....	88
5.3.3.Kadın katılımcıların sağlık durumu	94
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	98
6.1.Sonuç	98
6.2 Öneriler.....	104
7.ÖZET	106
8.ABSTRACT	107
9.EKLER	108

KAYNAKÇA 136



TEŞEKKÜR

Öncelikle, uzmanlık eğitimim boyunca her türlü destek ve katkılarını esirgemeyen, bilgi ve deneyimleri ile yol gösterici olan danışman hocam Doç. Dr. Çiğdem ÇAĞLAYAN'a ve bu güne kadar üzerimde emeği olan tüm hocalarıma teşekkürü borç bilirim.

Zamanımın büyük bölümünü beraber geçirdiğim mesai arkadaşlarıma ve her zaman yanımda olan aileme her şey için teşekkür ederim.

KISALTMALAR DİZİNİ

OECD: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

MPI: Küresel Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi

UNİCEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

DB: Dünya Bankası

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

CDC: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi

MBDDs: Zihinsel, Davranışsal Ve Gelişimsel Bozukluklar

BRFSS: Davranışsal Risk Faktörü Sürveyans Sistemi

EU: Avrupa Birliği

NOO: Net Okullaşma Oranı

BOO: Brüt Okullaşma Oranı

ECFE: Eğitimde Cinsiyet Farklılığı Endeksi

E: Erkek

K: Kadın

TURDEP: Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans

SD: Standart Sapma

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. OECD bölgesel sınıflamasına göre Dünyada ve Türkiye'de kırsal alan nüfus yüzdesinin yıllara göre değişimi (%).....	7
Tablo 2. TÜİK kırsal alan tanımına göre Türkiye'de yıllara göre kırsal bölgede yaşayanların nüfus oranıtısı	7
Tablo 3. Avrupa Ülkeleri'nde OECD bölgesel sınıflamasına göre nüfusun yaş dağılımı (2011)	8
Tablo 4. Türkiye kentsel ve kırsal nüfus dağılımının yıllara göre değişimi.....	9
Tablo 5. Türkiye kırsal nüfusunun yıllara göre yaş dağılımı	10
Tablo 6. Türkiye Hanehalkı reisi cinsiyeti ve ortalama hanehalkı büyüklüğünün yerleşim yerine göre dağılımı.....	10
Tablo 7. Türkiye 2003 kır/kent hanehalkı nüfusunun net okullaşma oranları (NOO), brüt okullaşma oranları (BOO) ve eğitimde cinsiyet farklılığı endeksi (ECFE)	12
Tablo 8. Türkiye 2008 kır/kent hanehalkı nüfusunun net okullaşma oranları (NOO), brüt okullaşma oranları (BOO) ve eğitimde cinsiyet farklılığı endeksi (ECFE)	12
Tablo 9. Türkiye 2013 kır/kent hanehalkı nüfusunun net okullaşma oranları (NOO), brüt okullaşma oranları (BOO) ve eğitimde cinsiyet farklılığı endeksi (ECFE)	13
Tablo 10. Avrupa Bölgesinde iyileştirilmiş içme suyu kullanan nüfusun yerleşim yerine göre dağılımı (2008)	16
Tablo 11. Bazı Avrupa ülkelerinin beş yaş altı ölüm hızlarının yerleşim yerine göre dağılımı.....	20
Tablo 12. Türkiye'de 0-6 yaş çocukların geçirdiği hastalıkların yerleşim yerine göre dağılımı.....	22
Tablo 13. Türkiye'de 7-14 yaş çocukların geçirdiği hastalıkların yerleşim yerine göre dağılımı.....	22
Tablo 14. Türkiye'de çocukların (7-8 yaş) yerleşim yerlerine göre vücut ağırlığı z-skorlarının dağılımı	23
Tablo 15. Türkiye'de çocukların (7-8 yaş) yerleşim yerlerine göre boy uzunluğu z-skorlarının dağılımı	24
Tablo 16. Türkiye'de çocukların (7-8 yaş) yerleşim yerlerine göre beden kitle indeksi z-skorlarının dağılımı	24

Tablo 17. Türkiye'de 15 yaş üstü bireylerin vücut kitle indeksinin cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı (%).....	29
Tablo 18. Bazı Avrupa Ülkeleri'nde eğitimli sağlık personeli ile yapılan doğum yüzdesi .	30
Tablo 19. Muhtarlık hanehalkı sayısına göre örnek büyüklüğünün ağırlıklandırılması	37
Tablo 20. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Maddelerinin Puanlaması	43
Tablo 21. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Ölçeklerinin Puan Hesaplaması	44
Tablo 22. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Ölçeklerinin Puanlamasının Tanımları ...	45
Tablo 23. 5 Yaş Üstü Çocukların Antropometrik Ölçümlerinin Z Skor Sınıflaması (WHO 2007).....	46
Tablo 24. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	48
Tablo 25. Araştırmaya katılan hanelerin konut özelliklerinin sayı ve yüzde dağılımı.....	50
Tablo 26. Araştırmaya katılan evlerdeki eşyaların sayı ve yüzde dağılımı.....	51
Tablo 27. Araştırmaya katılan hanelerin aylık gelir ve borç durumlarının dağılımı.....	52
Tablo 28. Araştırmaya katılanların cinsiyet ve yaşa göre dağılımı	52
Tablo 29. Araştırmaya katılan 0-14 yaş grubunun öğrenim durumlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı	53
Tablo 30. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin okur-yazar olma durumlarının cinsiyete göre dağılımı.....	53
Tablo 31. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü öğrenimlerini tamamlamış kişilerin öğrenim durumlarının cinsiyetle ilişkisi	54
Tablo 32. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü bireylerin medeni durumlarının cinsiyete göre dağılımı.....	54
Tablo 33. Araştırmaya katılanları sosyal güvence durumlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımları	55
Tablo 34. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin ilk evlenme yaş ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı.....	55
Tablo 35. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin çalışma durumlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı	56
Tablo 36. Araştırmaya katılanların doğum yerlerinin sayı ve yüzde dağılımı	56
Tablo 37. Araştırmaya katılan 15 yaş üstü evlenmiş olan kişilerin eşleri ile kan bağı varlığı durumunun sayı ve yüzde dağılımı.....	57

Tablo 38. Araştırmaya katılan 0-59 ay yaş aralığındaki çocukların son 6 ay içinde geçirdikleri hastalıkların sayısı ve yüzde dağılımı.....	57
Tablo 39. Araştırmaya katılan 5-14 yaş aralığındaki çocukların son 6 ay içinde geçirdikleri hastalıkların sayısı ve yüzde dağılımı	57
Tablo 40. Araştırmaya katılan 0-14 yaş aralığındaki çocukların son 6 ay içinde sağlık sorunu yaşama durumlarının yaşla ilişkisi.....	58
Tablo 41. Araştırmaya katılan 0-59 ay yaş aralığında ki çocukların bu zamana kadar geçirdikleri kazaların sayısı ve yüzde dağılımı	58
Tablo 42. Araştırmaya katılan 5-14 yaş aralığında ki çocukların bu zamana kadar geçirdikleri kazaların sayısı ve yüzde dağılımı	58
Tablo 43. Araştırmaya katılan 0-14 yaş aralığındaki çocukların bu zamana kadar herhangi bir kaza geçirme durumlarının yaşa göre dağılımı	59
Tablo 44. Araştırmaya katılan 0-14 yaş aralığındaki çocukların bu zamana kadar herhangi bir kaza geçirme durumlarının cinsiyete göre dağılımı	59
Tablo 45. Araştırmaya katılan 0-59 ay yaş grubu çocukların yaşa göre vücut ağırlığı z skoru değerlerinin sayısı ve yüzde dağılımı.....	60
Tablo 46. Araştırmaya katılan 0-59 ay ve 5-18 yaş çocukların yaşa göre boy z skoru değerlerinin sayısı ve yüzde dağılımı.....	60
Tablo 47. Araştırmaya katılan 0-59 ay ve 5 - 18 yaş çocukların beden kitle indeksi z skoruna göre çok zayıf, zayıf, normal, fazla kilolu ve obez olma durumlarının sayısı ve yüzde dağılımı	61
Tablo 48. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin kronik hastalık varlığı durumlarının cinsiyete göre dağılımı.....	61
Tablo 49. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin kronik hastalık varlığı durumlarının yaşla ilişkisi	62
Tablo 50. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin " Son 6 ay içerisinde herhangi bir sağlık problemi nedeni ile günlük yaşam faaliyetleriniz ne ölçüde kısıtlandı" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımı	62
Tablo 51. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü katılımcıların kendi genel sağlıklarını değerlendirmesi	63
Tablo 52. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü katılımcıların son bir yıl içinde var olan hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı.....	64

Tablo 53 . Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin son bir ay içinde var olan semptomlarının cinsiyete göre dağılımı	65
Tablo 54. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin daha önce sigara kullanıp kullanmama durumlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı	66
Tablo 55. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin sigaraya başlama yaş ortalamalarının cinsiyetle göre dağılımı	66
Tablo 56. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin düzenli sigara kullanma durumunun cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı.....	67
Tablo 57. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin daha önce alkol kullanıp kullanmama durumlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı	67
Tablo 58. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin son bir yıl içinde geçirdikleri kazaların cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı	68
Tablo 59. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puanların cinsiyetle ilişkisi	68
Tablo 60. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin SF-36 Fiziksel Sağlık Bileşenlerinin konut özellikleri ile ilişkisi	70
Tablo 61. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin SF-36 Mental Sağlık Bileşenlerinin konut özellikleri ile ilişkisi	71
Tablo 62. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puanların medeni durumla ilişkisi	72
Tablo 63. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puanların eğitim düzeyi ile ilişkisi	73
Tablo 64. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puanların yaşla ilişkisi	73
Tablo 65. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puanların obez olma durumu ile ilişkisi	74
Tablo 66. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puanların kronik hastalık varlığı ile ilişkisi	75
Tablo 67. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin beden kitle endekslerinin cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı	75

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Türkiye'de 15 yaş üstü bireylerin genel sağlık durumunun cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı.....	27
Şekil 2. Türkiye'de görme problemi olan 15 yaş üstü bireylerin cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı.....	28
Şekil 3. Türkiye'de duyma problemi olan 15 yaş üstü bireylerin cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı.....	28
Şekil 4. Araştırma Bölgesi Haritası	35



1.GİRİŞ ve AMAC

Kırsal alan genellikle nüfus yoğunluğunun düşük olduğu, geçimin daha çok tarım ve hayvancılığa dayandığı, yaşam şeklinin gelenek ve göreneklere göre şekillendiği, kendine özgü bir kültürel yapısı olan ve yaşam standartlarının düşük olduğu yerleşim yerleridir. Kırsal alanda halk iklim ve hava koşullarına daha çok maruz kalan doğal bir ortamda yaşamaktadır. Kırsal toplumda ekonomik ve sosyal farklılıklar çok fazla değildir, bireyler arasında toplumsal sınıf ve tabakalaşma oranları yok denecek kadar azdır. Demografik özellikler bakımından kırsal alanda yaşayan toplum kente göre daha homojendir.^{1,2} Çeşitli kuruluşlar tarafından genellikle Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)) tarafından yapılan kırsal alan tanımı kullanılmaktadır. OECD, kırsal alanı, nüfus yoğunluğu ve nüfus yüzdesi olmak üzere iki farklı kritere göre tanımlamaktadır. Nüfus yoğunluğu kriterine göre nüfus yoğunluğu km² başına 150 kişiden az olan yerler kırsal alan olarak tanımlanmaktadır. İkinci kriter olan nüfus yüzdesi kriterine göre yerleşim yerleri kırsal baskın alan, orta seviye kırsal alan ve kentsel baskın alan şeklinde sınıflandırılmaktadır. Kırsal baskın alanda kırsal nüfus yüzdesi %50'den fazla bulunmakta, orta seviye kırsal alanda kırsal nüfus yüzdesi %15 ile %50 arasında değişmekte ve kentsel baskın alanda ise kırsal nüfus yüzdesi %15'in altında bulunmaktadır.^{3,4} Türkiye'de de çeşitli kurumlar tarafından kırsal alan tanımı farklı şekillerde yapılmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) kırsal alanı nüfusu 10.000'nin altında olan yerleşim yeri olarak tanımlamakta iken Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) kırsal alanı nüfusu 20.000 ve daha az olan yerleşim yeri olarak tanımlamaktadır.⁵⁻⁷

Ülkemizde Büyükşehir Yasası'nın 2014 yılında yürürlüğe girmesi ile birlikte büyükşehirlerde daha önce köy olan yerleşim yerleri mahalleye dönüştürülmüştür. Köyden mahalleye dönüşen bu yerleşim yerlerinin birçok özelliğinin 2014 yılında çıkan Büyükşehir Yasası öncesi ile aynı olması köyü tanımlamada sadece nüfus, idari yapılanma gibi ölçütleri kullanmanın yeterli ve kapsamlı bir kriter olmadığını göstermektedir. Köyün tanımında; üretim biçimi ve çeşitliliği, kişiler arası ilişkilerin niteliği, kentsel imkanlara sahip olup olmaması, iş bölümü ve uzmanlaşma vb. nitelikler ele alınmalıdır.^{8,9}

Dünya toplam nüfusu hızla büyürken dünya kırsal alan nüfusu azalma eğilimi göstermektedir. Dünyada kırsal alan nüfusu 1960'lı yıllarda toplam nüfusun %67'sini oluşturmakta iken bu oranı 2015 yılında %46'ya düşmüştür ve 2050 yılında bu orantının %30'a gerilemesi ön görülmektedir.¹⁰⁻¹² Türkiye'de kırsal alanda nüfusu dünya kırsal alan nüfusuna göre daha hızlı azalmakta olup 1960'ta %68,1 olan kırsal alan nüfus oranı 2016'da % 7,7 olmuştur.¹³

Birçok özellik bakımından dezavantajlı olan kırsal alanda eğitim düzeyi kente göre daha düşüktür. Düşük eğitim düzeyi kırsal alanda düşük istihdama ve dolayısıyla yoksulluğu tetikleyen birçok etkene neden olmaktadır. Eğitim konusunda kırsal alanda kadın erkek eşitsizliği bulunmaktadır.¹⁴ Türkiye'de TNSA-2013 verilerine göre kırsal alanda eğitim almamış veya ilkokulu bitirmemiş kadın oranı %42,5 iken erkeklerde bu oran %22,8 olarak bulunmuştur.⁵

Kırsal alanlar iş oranı bakımından diğer bölgelere göre daha kötü durumdadır. Avrupa geneli değerlendirildiğinde en düşük iş oranı kırsal baskın bölgelerde görülmekte iken, en yüksek iş oranı kentsel bölgelerde görülmektedir; orta seviye kırsal bölgede ise iş oranı Avrupa ortalamasına yakın değerlere sahiptir.¹⁵ TÜİK 2013 verilerine göre işgücü istihdam oranı kentte %43,9 kırdaki %50,3 olarak hesaplanmıştır. Kırsal bölgelerde tarım dışı işsizlik oranı kente göre yüksektir. Türkiye İstatistik Kurumunun 2013 verilerine göre tarım dışı işsizlik oranı kırdaki %12,9 kentte %11,8 olarak hesaplanmıştır.¹⁶

Küresel Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi (The Global Multidimensional Poverty Index (MPI)) 2014 verilerine göre dünyadaki yoksulların %85'i kırsal alanlarda yaşamaktadır. Dünyadaki yoksul kişilerin büyük bir çoğunluğu Sahra-Altı Afrika, Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkelerinin kırsal alanlarında yaşamaktadır.^{17,18} Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Bankası (DB) tarafından hazırlanan 2016 raporuna göre dünya genelinde 385 milyon çocuk aşırı yoksulluk içinde yaşamakta ve aşırı yoksulluk içinde yaşayan her beş çocuktan dördü ise kırsal alanlarda yaşamaktadır.¹⁹

Kırsal alanların sahip olduğu çeşitli karakteristik özelliklerinden dolayı (su, kanalizasyon, sağlık, eğitim, ulaşım, enerji, alt yapı ve hizmet eksiklikleri gibi) kırsal alanda yaşayan toplum kötü sağlık sonuçları açısından risk altındadır. Nüfusunun yaklaşık %15'i (yaklaşık 46 milyon kişi) kırsal alanda yaşayan Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kent ile kırsal alan arasında çeşitli sağlık eşitsizlikleri mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2010 yılında yayınladığı DSÖ Avrupa Bölgesinde

Kırsal Yoksulluk ve Sağlık Sistemleri isimli rapora göre Avrupa ülkelerinde de kırsal alan ile kent arasında sağlık eşitsizlikleri vardır.²⁰ DSÖ'nün bu raporuna göre kırsal alan ile kentsel alan arasındaki sağlık eşitsizliklerinin nedenleri kırsal alanda: her türlü sağlık hizmetlerine erişim güçlüğü, nitelikli sağlık personeli azlığı, sağlık birimlerine uzaklık, eczane sayısının yetersizliği, ilaç temininde güçlük, donanımlı hastane yetersizliği, acil bakım hizmetlerinin azlığı, ekonomik yoksulluk nedeni ile sigortalı insan sayısının düşüklüğü gibi nedenler sayılmaktadır.²¹

Ana-çocuk sağlığı hizmetleri kırsal alanda kentsel alana göre daha düşük seviyededir ve bu durum kırsal alanda hem çocuk hem de kadın sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. DSÖ'nün 2010 yılında yayınladığı rapora göre nitelikli sağlık personeli eşliğinde yapılan doğum oranları kırsal alanda kentsel alana göre daha düşüktür.²¹ TNSA-2013 raporuna göre Türkiye'de nitelikli sağlık personeli eşliğinde yapılan doğum yüzdesi kırsal alanda %92,3 iken kentsel alanda %98,8'dir. DSÖ ve TNSA verilerine göre çocukların tam aşılama oranları kırsal alanda kentsel alandan düşüktür. Türkiye'de kırsal alanda aşıları tamamlanmış çocuk yüzdesi %65'tir. Çocuk sağlığı açısından önemli bir yer tutan, ileride oluşabilecek hastalık ve sakatlıkları önleyen yeni doğan taramaları kırsal alanda kentsel alana göre daha düşük oranda yapılmaktadır.⁵

Ülkemizde 2010 yılından beri aile hekimliği uygulaması kapsamında sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu belde, köy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerlerine birinci basamak hizmetleri aile hekimi ve aile sağlığı elemanı ile gezici sağlık hizmeti şeklinde verilmektedir.^{22, 23}

Bu çalışma kır/kent arasında sağlıkta eşitsizliklerin devam ettiği günümüzde kırdaki kişilerin sağlık durumunu ve sağlığı etkileyen faktörleri incelemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın kısa erimli amacı: Kocaeli İli Derince İlçesi kırsal alanı İshakçılar bölgesinde yaşayan kişilerin sağlık durumunu ve etkileyen faktörleri saptamaktır.

Araştırmanın uzun erimli amacı: bölgemizde kırsal bölgedeki nüfusun sağlık durumunu belirleyerek olası sağlık gereksinimleri hakkında ipuçları elde etmek ve literatüre kırsal alan sağlığı hakkında bilgi sunmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

Kırsal alan genellikle nüfus yoğunluğunun düşük olduğu, geçimin daha çok tarım ve hayvancılığa dayandığı, yaşam şeklinin gelenek ve göreneklere göre şekillendiği, kendine özgü bir kültürel yapısı olan ve yaşam standartlarının düşük olduğu yerleşim yerleridir. Kırsal alanda halk iklim ve hava koşullarına daha çok maruz kalan doğal bir ortamda yaşamaktadır. Kırsal toplumda ekonomik ve sosyal farklılıklar çok fazla değildir, bireyler arasında toplumsal sınıf ve tabakalaşma oranları yok denecek kadar azdır. Demografik özellikler bakımından kırsal alanda yaşayan toplum kente göre daha homojendir.^{1,2}

Dünyanın her yerinde bulunabilen bir yerleşim yeri olan kırsal alan incelenirken doğal fiziki unsurlar ile toplumsal unsurlar olmak üzere iki ana unsur önemli yer tutmaktadır. Doğal fiziki unsurlar kırsal alanın coğrafi konumu, iklim koşulları, toprak yapısı, bitki örtüsü, yer altı ve yer üstü suları vb. özelliklerini kapsarken; toplumsal unsurlar demografik durum (eğitim seviyesi, yaş, cinsiyet, vb.), ekonomik faaliyetler, gelenek ve görenekler, kültürel unsurlar vb. özellikleri kapsamaktadır. Doğal fiziki unsurlar ile toplumsal unsurlar sürekli etkileşim halindedir, birbirinden bağımsız ele alınamaz. Örneğin köyü oluşturan iklim koşulları hangi ürünün yetiştirilmesini belirler ya da toprak kalitesi ürün verimliliği üstünde doğrudan bir etkiye sahiptir. Bu durum da köyün sosyo ekonomik düzeyini dolayısıyla yaşam koşulları ve sağlık düzeyini etkilemektedir.^{1,5}

2.1.Kırsal Alan Tanımları

Kırsal alanın tanımı için genellikle OECD'nin tanımı kullanılmaktadır. OECD kırsal alanı nüfus yoğunluğu ve nüfus yüzdesi olmak üzere iki farklı kritere göre tanımlamaktadır.³

OECD'nin nüfus yoğunluğu kriterine göre Japonya ve Kore dışındaki ülkelerde nüfus yoğunluğu km² başına 150 kişiden az olan yerler kırsal alan olarak tanımlanmaktadır. Ulusal nüfus yoğunluğu km² başına 300 kişiyi geçen Japonya ve Kore'de ise nüfus yoğunluğu km² başına 500 kişiden az olan yerler kırsal alan olarak tanımlanmaktadır. OECD'nin ikinci kriteri olan kırsal topluluklarda yaşayan nüfus yüzdesi kriterine göre yerleşim yerleri kırsal baskın alan, orta seviye kırsal alan ve kentsel baskın alan şeklinde sınıflandırılmaktadır. Kırsal baskın (predominantly rural) alanda kırsal nüfus yüzdesi %50'den fazla bulunmakta, orta seviye kırsal (intermediate) alanda kırsal nüfus yüzdesi

% 15 ile %50 arasında değişmekte ve *kentsel baskın (predominantly urban)* alanda ise kırsal nüfus yüzdesi %15'in altında bulunmaktadır.^{3,4}

Türkiye'de de çeşitli kurumlar tarafında kırsal alan tanımı farklı şekillerde yapılmaktadır. TNSA kırsal alanı nüfusu 10.000'nin altında olan yerleşim yeri olarak tanımlamakta iken TÜİK kırsal alanı nüfusu 20.000 ve daha az olan yerleşim yeri olarak tanımlamaktadır.⁵⁻⁷

2.2.Kırsal Alan Yerleşim Birimleri

Kırsal alanı oluşturan çeşitli yerleşim birimleri mevcuttur; bunların başlıcaları kasaba, köy, kom, mezra ve obadır.¹

Kasaba: Köyden büyük şehirden küçüktür. 1924 tarihli köy kanununa göre nüfusu 20.000'den fazla olan yerleşim yerleri şehir, nüfusu 2.000- 20.000 arası olan yerleşim yerleri kasaba olarak tanımlanmaktadır. Köyden farkı, belirli oranda sanayi ve ticaret faaliyetlerinin olmasıdır.^{1,24,25}

Köy: 1924 tarihli Köy Kanunu'na göre nüfusu 2.000 ve daha az olan yerleşim yerleri köy olarak tanımlanmaktadır. Köy, Türkiye mahalli idare teşkilatının en küçük yerleşim birimidir, muhtar ile yönetilir. 5442 sayılı İl İdare Kanunu'na göre köyler, bucak ve kasabalara bağlıdır.¹

Kom: Çoban kulübeleri yerleşmenin başlıca fiziki varlıklarıdır. Esas geçim kaynağı hayvancılık olmakla birlikte tarımda yapılmaktadır.¹

Mezra: Geçim kaynakları tarım ve hayvancılıktır. Köylerin ortak kullanım sahalarının dışında olan, 50'den fazla nüfusu geçindiremeyecek kadar dar alana sahip yerleşim yerleridir.¹

Oba: Göçebe ailelerden oluşan çadırlarda yaşayan çadır halkına verilen isimdir. Beş - altı çadırdan ibaret bir göçebe ailesine oba denilmektedir.¹

Türkiye'de Büyükşehir Yasası'nın 2014 yılında yürürlüğe girmesi ile birlikte büyükşehirlerde daha önce köy olan yerleşim yerleri mahalleye dönüştürülmüştür. İdari anlamda köyü kalmayan bu büyükşehirler Aydın, Balıkesir, Denizli, Hatay, Malatya, Manisa, Kahramanmaraş, Mardin, Muğla, Ordu, Tekirdağ, Trabzon, Şanlıurfa, Van, Adana, Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Eskişehir, Erzurum, Gaziantep, İzmir, Kayseri, Konya, Mersin, Sakarya, Samsun, İstanbul ve Kocaeli'dir. Köyden mahalleye dönüşen bu yerleşim yerlerinin birçok özelliği 2014 yılında çıkan Büyükşehir Yasası

öncesi ile aynıdır. Dolayısıyla bundan sonra köyü tanımlamak sadece nüfus, idari yapılanma gibi ölçütleri temel alarak gerçekleştirmek yeterli ve kapsamlı bir kriter olmamaktadır. Köyü tanımlamada üretim biçimi ve çeşitliliği, kişiler arası ilişkilerin niteliği, kentsel imkanlara sahip olup olmaması, iş bölümü ve uzmanlaşma vb. nitelikler ele alınmalıdır.^{8,9}

2.3.Kırsal Alan Genel Özellikleri

Kırsal bölgelerde halk iklim ve hava koşullarına daha çok maruz kalan doğal bir ortamda yaşamaktadır ve kırsal bölgelerde nüfus yoğunluğu oldukça seyreklerdir. Kentlerde ise nüfus yoğunluğu oldukça fazladır. Nüfus artış hızları açısından değerlendirildiğinde, köylerde doğurganlık oranları kente göre yüksektir. Köyden kente göç nedeniyle kırsal bölgede yaşlı nüfus miktarı fazladır.¹

Demografik özellikler bakımından kırsal alanda yaşayan toplum kente göre daha homojendir. Kırsal toplumlarda genellikle tarım ve hayvancılık olarak iki farklı geçim kaynağı vardır, mesleki farklılaşma çok sınırlı düzeydedir. Kırsal alanlarda hemen herkes aynı işi yapabildiği için iş bölümü ve uzmanlaşma fazla gelişmemiştir. Kentte ise yoğun iş kolları olduğundan mesleki çeşitlilik fazladır. Ayrıca kentte iş bölümü ve uzmanlaşma oldukça yaygındır.¹

Kırsal toplumda ekonomik ve sosyal farklılıklar çok fazla değildir, bireyler arasında toplumsal sınıf ve tabakalaşma oranları yok denecek kadar azdır. Kentte ise ekonomik ve sosyal farklılıklar nedeniyle, toplumsal sınıf farklılaşması oldukça fazladır.¹

Kırsal toplumda gelenek ve göreneklere dayanan, samimi yüz yüze ilişkiler mevcuttur. Kent toplumunda ise resmi ve çıkar ilişkisine dayanan davranışlar hakimdir. Kırsal toplumun nüfusunun artışı doğum ile olmaktadırken, kent nüfus artışı ise genellikle göç ile olmaktadır.²⁶

2.4.Kırsal Alan Nüfus Özellikleri

Dünya toplam nüfusu hızla büyürken dünya kırsal alan nüfusu azalma eğilimi göstermektedir. Dünyada kırsal alan nüfusu 1960'lı yıllarda toplam nüfusun %67'sini oluşturmakta iken bu orantı 2015 yılında %46'ya düşmüştür ve 2050 dünya kırsal alan nüfus orantısının %30'a gerilemesi ön görülmektedir. Türkiye'de kırsal alanda nüfusu

dünya kırsal alan nüfusuna göre daha hızlı azalmakta olup 1960'ta %68,1 olan kırsal alan nüfus oranı 2016'da %7,7 olmuştur.¹⁰⁻¹³

Tablo 1'de Dünya'da ve Türkiye'de kırsal alan nüfus yüzdesinin yıllara göre değişimi gösterilmektedir. Tablo 1'e bakıldığında hem Dünya'da hem de Türkiye'de kırsal alan nüfusunun zamanla azaldığı görülmektedir.¹¹ Tablo 2'de TÜİK kırsal alan tanımına göre Türkiye'de yıllara göre kırsal bölgede yaşayanların nüfus oranı gösterilmektedir.¹⁵ TÜİK verilerine göre de Türkiye'de kırsal nüfus oranı azalmaktadır. Türkiye kırsal nüfus oranında 2013 yılındaki dramatik azalmanın sebebi 2014 yılında yürürlüğe giren Büyük Şehir Belediyesi Kanunu'nda yapılan değişiklikler sonucu Türkiye'de büyükşehirlerdeki köylerin mahalleye dönüştürülüp büyük şehir belediyesine bağlanmasıdır.⁸

Tablo 1. OECD bölgesel sınıflamasına göre Dünyada ve Türkiye'de kırsal alan nüfus yüzdesinin yıllara göre değişimi (%)

Kırsal Alan Nüfusü/Toplam Nüfus(%)	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dünya	66,4	63,5	60,7	57,1	53,5	48,5	48,0	47,5	47,1	46,6	46,1
Türkiye	68,5	61,8	56,2	40,8	35,3	29,3	28,7	28,2	27,6	27,1	26,6

KAYNAK:11

Tablo 2. TÜİK kırsal alan tanımına göre Türkiye'de yıllara göre kırsal bölgede yaşayanların nüfus oranı

	1927	1940	1960	1980	2000	2010	2012	2013	2014	2015	2016
Kırsal Alanda Yaşayanlar (%)	75,8	75,6	68,1	56,1	35,1	23,7	22,7	8,7	8,3	7,9	7,7

KAYNAK:13

Dünya genelinde doğurganlığın azalması ve beklenen yaşam süresinin artması sonucu 15-65 yaş ve 65 yaş üstü nüfus zamanla artmaktadır. Kırsal bölgelerde yaşlı nüfus oranısındaki artış daha fazladır.²⁷

Tablo 3'de Avrupa Ülkeleri'nde OECD bölgesel sınıflamasına göre nüfusun yaş dağılımı (2011) gösterilmektedir. Buna göre; kırsal baskın alanda 65 yaş üstü nüfus oranı Belçika'da % 17,8, Bulgaristan'da %18,7, Almanya'da %20,8, Yunanistan'da %21,5, Fransa'da 19,7, Hollanda'da %20,9, İsviçre'de %21,2 ve İngiltere'de %19,3'tür.²⁷

Tablo 3. Avrupa Ülkeleri'nde OECD bölgesel sınıflamasına göre nüfusun yaş dağılımı (2011)

Ülke	Kırsal Baskın Alan(%)			Orta Seviye Kırsal(%)			Kentsel Baskın Alan(%)		
	0-14 Yaş	15-64 Yaş	65 Yaş ve üzeri	0-14 Yaş	15-64 Yaş	65 Yaş ve üzeri	0-14 Yaş	15-64 Yaş	65 Yaş ve üzeri
Belçika	17,8	65,6	16,6	16,8	66,3	16,9	16,9	65,7	17,4
Bulgaristan	13,7	67,6	18,7	14,0	68,1	18,0	13,4	71,7	14,9
Çek Cumhuriyeti	14,4	69,8	15,9	14,6	70,2	15,3	14,2	70,2	15,6
Danimarka	17,9	64,0	18,1	18,5	64,6	16,9	16,8	69,1	14,1
Almanya	13,6	65,6	20,8	13,5	65,6	20,9	13,2	66,6	20,2
Estonya	15,3	67,2	17,6	15,4	68,1	16,5	-	-	-
İrlanda	22,3	66,0	11,7	-	-	-	20,5	68,2	11,3
Yunanistan	14,1	64,4	21,5	15,2	66,4	18,4	14,5	68,1	17,4
İspanya	14,0	66,2	19,8	14,8	68,1	17,1	15,6	68,1	16,3
Fransa	17,8	62,5	19,7	18,5	64,9	16,5	19,1	66,6	14,3
İtalya	13,2	65,6	21,2	14,1	65,7	20,2	14,5	65,7	19,8
Kıbrıs	-	-	-	16,8	70,5	12,7	-	-	-
Letonya	13,5	69,0	17,5	14,6	68,2	17,2	13,7	69,0	17,3
Litvanya	15,0	67,4	17,6	15,2	68,4	16,4	14,9	70,2	14,9
Lüksemburg	-	-	-	17,6	68,5	13,9	-	-	-
Macaristan	14,5	68,6	16,9	15,6	68,8	15,6	12,9	68,5	18,6
Malta	-	-	-	-	-	-	15,3	69,2	15,5
Hollanda	15,4	63,7	20,9	17,4	66,2	16,4	17,5	67,4	15,1
Avusturya	14,9	67,2	17,9	14,4	67,6	18,0	14,7	68,4	17,0
Polonya	16,0	70,9	13,1	15,2	71,6	13,2	13,7	71,6	14,6
Portekiz	13,5	64,8	21,7	16,5	69,2	14,3	15,9	67,3	16,8
Romanya	15,7	68,7	15,5	15,0	70,6	14,4	13,0	73,0	14,0
Slovenya	14,1	69,2	16,6	13,7	69,3	17,1	14,9	69,4	15,7
Slovakya	15,3	72,2	12,4	15,8	72,1	12,1	13,4	73,7	12,9
Finlandiya	16,8	64,4	18,8	15,8	65,3	18,9	16,9	69,3	13,8
İsviçre	15,4	63,4	21,2	16,5	64,8	18,7	18,1	67,0	15,0
İngiltere	17,3	63,4	19,3	16,9	64,5	18,6	17,7	66,8	15,5

KAYNAK:27

Türkiye Cumhuriyeti kurulduğu ilk yıllarda kırsal nüfus özelliği göstermekteyken zamanla kentsel bir nüfusa dönüşmektedir. Türkiye'de 1920'li yıllarda her 10 kişiden yaklaşık 8'i kırsal alanda yaşamaktayken günümüzde bu oran tersine dönüp her 10 kişiden yaklaşık 9'u kentsel alanda yaşamaktadır. Özellikle 1950'li yıllardan itibaren

ekonomik nedenler başta olmak üzere çeşitli nedenlerle kırsal alandan kente bir iç göç hareketi başlamıştır. Türkiye'de 1980'li yıllarda uygulanmaya başlayan ihracata dayalı büyüme modeline dayanan liberal ekonomik politikalar sonucu ekonomik sektörlerde işgücünün dağılımına bakıldığında, zaman içinde tarım sektörünün ağırlıkta olduğu ekonomik yapıdan sanayi ve özellikle hizmet sektörünün ağırlıkta olduğu bir ekonomik yapıya geçilmiş olduğu görülmektedir. Sanayi ve hizmet sektörü daha çok kentsel alanlarda organize olmuştur. Sanayi ve hizmet sektörünün ihtiyaç duyduğu bu işgücü ihtiyacı tarım sektörünün gerilemesi sonucu kırsal alanda atıl duruma düşmüş olan işgücünün kırsal alandan kente göçmesi sonucu sağlanmıştır. Bu durum çalışan nüfusun kırsal alandan kente göç etmesine neden olmuştur.^{28,29} Türkiye'de kırsal alanda cinsiyet oranı 1990 yılında 100 kadına 96,4, 2000 yılında 100 kadına 100,3, 2010 yılında 100 kadına 99,6 ve 2015 yılında 100 kadına 101,7 erkek şeklinde olmuştur. Kentsel alandaki cinsiyet oranı ise 1990 yılında 100 kadına 107,3, 2000 yılında 100 kadına 103,9, 2010 yılında 100 kadına 101,4 ve 2015 yılında 100 kadına 100,6 erkek şeklindedir.¹³

Tablo 4'de Türkiye kentsel ve kırsal nüfus dağılımının yıllara göre değişimi gösterilmektedir. Buna göre 2016 yılına Türkiye toplam nüfusu 79.814.871; kırsal nüfus oranı %7,7 ve kentsel nüfus oranı %92,3'tür.¹³

Tablo 4. Türkiye kentsel ve kırsal nüfus dağılımının yıllara göre değişimi

Türkiye	1990	2000	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Toplam Nüfus	5.673.035	73.722.988	77.724.269	75.627.384	76.667.864	77.695.904	78.741.053	79.814.871
Kırsal Nüfus (%)	41,0	35,1	23,2	22,7	8,7	8,2	7,9	7,7
Kentsel Nüfus (%)	59,0	64,9	76,8	77,3	91,3	91,8	92,1	92,3

KAYNAK:13

Tablo 5'de Türkiye kırsal nüfusunun yıllara göre yaş dağılımı gösterilmektedir. Buna göre; kırsal alanda zamanla 0-15 yaş altı nüfus oranının azalıp yaşlı nüfus oranının ise arttığı görülmektedir, bu durum doğurganlığın azalıp beklenen yaşam süresinin artmasının ve genç nüfusun kırdan kente göçmesinin sonuçlarından birisidir. 15 yaş altı ve 65 yaş üstü nüfusun 15-65 yaş arasındaki nüfusa oranını ifade eden bağımlılık oranının yıllar geçtikçe azalmakta olduğu ancak bağımlı nüfustaki yaşlı nüfus oranının ise gittikçe arttığı görülmektedir.^{5,30,31,32}

Tablo 5. Türkiye kırsal nüfusunun yıllara göre yaş dağılımı

	1998 (%)	2003 (%)	2008 (%)	2013 (%)
0-14 Yaş	33,3	31,0	29,5	27,3
15-64 Yaş	58,8	59,7	60,4	59,9
65+ Yaş	7,9	9,3	10,1	12,8

KAYNAK: 5, 30, 31, 32

Tablo 6'da Türkiye hanehalkı reisi cinsiyeti ve ortalama hanehalkı büyüklüğünün yerleşim yerine göre dağılımı gösterilmektedir. Buna göre; Türkiye'de ortalama hanehalkı büyüklüğü 1998 yılından 2013 yılına gidildikçe hem kentte hem de kırsal alanda küçülmektedir. Kırsal alanda 4,9 olan ortalama hanehalkı büyüklüğü 2013 yılında 3,9'a düşmüştür. Hanehalkı reisinin kadın olma oranının zaman geçtikçe arttığı görülmektedir, Türkiye kırsalında hanehalkı reisin kadın olma oranı 1998 yılında %9,1 iken, 2013 yılında %14,7 olmuştur. ^{5,30,31,32}

Tablo 6. Türkiye Hanehalkı reisi cinsiyeti ve ortalama hanehalkı büyüklüğünün yerleşim yerine göre dağılımı

	1998		2003		2008		2013	
	Kent	Kırsal	Kent	Kırsal	Kent	Kırsal	Kent	Kırsal
Hanehalkı Reisinin Cinsiyeti (%)								
Erkek	88,9	90,1	87,0	88,6	87,0	87,6	85,0	85,3
Kadın	11,1	9,1	23,0	11,4	13,0	12,4	15,0	14,7
Ortalama Hanehalkı Büyüklüğü	4,0	4,9	3,9	4,5	3,9	4,2	3,6	3,9

KAYNAK: 5,30,31,32

2.5.Kırsal Alan ve Eğitim

Birçok özellik bakımından dezavantajlı (okul yetersizliği, okulun uzakta olması, öğretmen eksikliği, düşük sosyo-ekonomik durum vs.) olan kırsal alanda eğitim düzeyi kente göre daha düşüktür. Düşük eğitim düzeyi kırsal alanda düşük istihdama ve dolayısıyla yoksulluğu tetikleyen birçok etkene neden olmaktadır. Dünyanın birçok

yerinde eğitim yönünden kent ve kırsal alanda yaşayan çocuklar eşit imkanlara sahip değildir. Polonya'da 2003 yılın da 3-5 yaş aralığı eğitim alan çocuk yüzdesi kırsal alanlarda % 8,0, kentsel alanlarda % 58,9 olarak tespit edilmiştir. Güneydoğu Avrupa ülkelerinde kırsal alanda çocukların %70'i okul öncesi eğitimi alamamaktadır. Sudan'da (2011) ilkokul çağında ki çocukların %4 'ü okula gidememektedir, bu orantı Yemen'de %16'dır her iki ülkede de kırsal alana doğru gidildikçe bu yüzde artmaktadır. Sosyo-ekonomik düzey düştükçe okula gitme yüzdesi azalmaktadır.¹⁴

UNESCO 2015 raporuna göre özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde olmak üzere eğitimde cinsiyet eşitsizliği bulunmaktadır. Kız ve erkek çocuklar arasındaki bu eşitsizlik özellikle orta öğretim eğitimi alabilme konusunda daha fazladır. Dünya genelinde 2015 yılında hiç okula gitmemiş kız orantısı % 48 iken erkeklerde %37'dir. Okul terk etme orantısı ise erkeklerde kızlardan fazladır. Okula başlayan kızların %20'si erkeklerin ise %26'sı okulu terk etmektedir. Kız ve erkek çocuk arasındaki bu eşitsizlikler kırsal alan ve gelir düzeyi düşük ülkelerde daha da belirginleşmektedir.³³

Çocuk işçi olmak eğitime erişim ve devam etme konusunda çocukların önünde önemli bir engel oluşturmaktadır. Dünyada 2015 yılında beş ile on bir yaş aralığında olan çocuk işçi sayısı 73 milyondur. Bu çocukların aynı yaşta olup çalışmayan çocuklara göre eğitim seviyelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Yoksulluğun kente göre daha fazla olduğu kırsal alanlarda çocuk işçi daha fazla bulunmaktadır.³³

Eğitim konusunda kız çocuklarının önündeki engellerden birisi de çocuk gelin olmadır. Kırsal alanda ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük ülkelerde 18 yaş altında evlilikler daha sık olmaktadır. UNICEF 2014 raporuna göre çocuk yaşta evlenen kız çocukları hem eğitimlerinden geri kalmakta hem de daha fazla çocuk sahibi olmakta ve daha fazla aile içi şiddete maruz kalmaktadır.³⁴

Eğitim konusunda kırsal alanlarda dünya genelinde bulunan benzer sıkıntılar Türkiye'de de varlığını sürdürmektedir. TNSA kır ve kent hanehalkı nüfusunun net okullaşma oranı (NOO), brüt okullaşma oranları (BOO) ve eğitimde cinsiyet farklılığı endeksini (ECFE) hesaplamaktadır. NOO, resmi olarak okul çağında yani ilkokul ve ortaokul için 6-13 lise için 14-16 yaşında olan erkek ve kadınların okula devam etme yüzdelerini vermektedir. BOO ise, 24 yaşına kadar hangi yaşta olursa olsun erkek ve kadınların eğitime devam etme yüzdelerini vermektedir ve payda da belli bir okul seviyesi için o çağın nüfusu mevcuttur. Genellikle BOO NOO'dan büyüktür, çünkü BOO

ilgili eğitim dönemine göre yaşı büyük veya küçük olan kişileri de içermektedir. ECFE , kız çocuklarının NOO'sunun erkek çocuklarının NOO' suna oranıdır ve bu oran aynı şekilde BOO'ları da oranlayarak hesaplanmaktadır. ECFE eğitimde cinsiyet farklılıklarını ortaya koyan bir göstergedir. ECFE 'nin 1 değerinde olması eğitimde cinsiyet farkı yok anlamına gelmektedir. ECFE 0 eğerine yaklaşması eğitimde erkek lehine cinsiyet farkı büyümekte olduğunu gösterir. ECFE 'nin 1'den büyük olması kız lehine cinsiyet farklılığını belirtir.⁵

Tablo 7 , Tablo 8 ve Tablo 9'da Türkiye 2003-2013 kır/kent hanehalkı nüfusunun net okullaşma oranları (NOO), brüt okullaşma oranları (BOO) ve eğitimde cinsiyet farklılığı endekslerini (ECFE) göstermektedir. Buna göre: Türkiye'de ilkököl için ECFE değerlerinde kent-kır farkı yoktur. Lise çağı için kent-kır farklılaşması kent-kır düzeyinde ve bölgeler arası farklılaşma mevcuttur özellikle doğu bölgesinde kızlarla erkeklerin okula gitme oranları arasında özellikle de lise çağında büyük farklılıklar mevcuttur. Aynı doğu bölgesinde olduğu gibi kırsal alanda kızların özellikle lise çağında okula devam etme oranları erkeklerden düşüktür.^{5,30,31} TNSA 2013'e bakıldığında ilköğretim düzeyi için kent-kır farklılaşması az iken, lise düzeyinde ise belirgin farklılaşma görülmektedir.⁵

Tablo 7. Türkiye 2003 kır/kent hanehalkı nüfusunun net okullaşma oranları (NOO), brüt okullaşma oranları (BOO) ve eğitimde cinsiyet farklılığı endeksi (ECFE)

2003 TNSA	İlköğretim ve ortaokul								Lise							
	Net Okullaşma Oranı				Brüt Okullaşma Oranı				Net Okullaşma Oranı				Brüt Okullaşma Oranı			
	E	K	T	ECFE	E	K	T	ECFE	E	K	T	ECFE	E	K	T	ECFE
Kent	91,5	89,2	90,3	0,97	100,4	94,3	97,3	0,94	60,9	57,1	59,0	0,94	89,9	76,6	83,4	0,85
Kır	88,8	82,8	85,9	0,93	100,4	88,0	94,5	0,88	38,3	28,1	33,3	0,73	62,6	37,9	50,4	0,61

Kaynak: 30

Tablo 8. Türkiye 2008 kır/kent hanehalkı nüfusunun net okullaşma oranları (NOO), brüt okullaşma oranları (BOO) ve eğitimde cinsiyet farklılığı endeksi (ECFE)

2008 TNSA	İlköğretim ve ortaokul								Lise							
	Net Okullaşma Oranı				Brüt Okullaşma Oranı				Net Okullaşma Oranı				Brüt Okullaşma Oranı			
	E	K	T	ECFE	E	K	T	ECFE	E	K	T	ECFE	E	K	T	ECFE
Kent	94,2	92,8	93,5	0,98	98,2	96,6	97,5	0,98	70,9	65,7	68,1	0,93	108,3	95,4	101,6	0,88
Kır	91,8	89,8	90,8	0,98	97,7	93,3	95,4	0,95	49,9	32,2	41,1	0,65	72,1	40,9	56,5	0,57

Kaynak:31

Tablo 9. Türkiye 2013 kır/kent hanehalkı nüfusunun net okullaşma oranları (NOO), brüt okullaşma oranları (BOO) ve eğitimde cinsiyet farklılığı endeksi (ECFE)

2013 TNS A	İlkokul ve ortaokul								Lise							
	Net Okullaşma Oranı				Brüt Okullaşma Oranı				Net Okullaşma Oranı				Brüt Okullaşma Oranı			
	E	K	T	ECF E	E	K	T	ECF E	E	K	T	ECF E	E	K	T	ECF E
Kent	94, 0	94, 8	94, 4	1,01	101, 5	102, 2	101, 8	1,01	80, 1	82, 0	81, 0	1,02	131, 0	122, 2	126, 7	0,93
Kır	94, 1	94, 0	94, 1	1,00	104, 6	104, 8	104, 7	1,00	64, 3	53, 2	58, 6	0,83	98,0	77,9	87,7	0,79

Kaynak: 5

Dünyada 2015 yılında yaklaşık 781 milyon (%14) okur-yazar olmayan yetişkin bulunmakta ve bunların çoğu kırsal alan veya gelir düzeyi düşük olan ülkelerde yaşamaktadır.³³ Türkiye'de de kırsal alanda okur-yazarlık oranı kente göre düşüktür.⁵

2.6.Kırsal Alan İşsizlik/İş Oranları ve Yoksulluk

Kırsal alanlar iş oranı bakımından diğer bölgelere göre daha kötü durumdadır. Avrupa geneli değerlendirildiğinde en düşük iş oranı kırsal baskın bölgelerde görülmekte iken, en yüksek iş oranı kentsel bölgelerde görülmektedir; orta seviye kırsal bölgede ise iş oranı Avrupa ortalamasına yakın değerlere sahiptir. Kırsal alanlardaki genç insanlar için istihdam olanaklarının yeterli olmaması, kırsal alandan kente göçe neden olmakta ve bu durum dezavantajlı kırsal alanlarda işgücü piyasasını daha da zayıflatmaktadır.^{15,21} TÜİK 2013 verilerine göre işgücü istihdam oranı kentte %43,9 kırdaki %50,3 olarak hesaplanmıştır. Kırsal bölgelerde tarım dışı işsizlik oranı kente göre yüksektir. TÜİK 2013 verilerine göre tarım dışı işsizlik oranı kırdaki %12,9 kentte %11,8 olarak hesaplanmıştır.¹⁶

Dünya genelinde yoksulluk insidansı kırsal alanda kentsel alanın yaklaşık üç katıdır (kırsal alanda %18,2, kentsel alanda %5,5).³⁵ Kırsal alanda daha çok olan tarım işçilerinde yoksul sayısı diğer sektör çalışanlarına göre 4 kat daha fazladır.³⁵ Dünya'daki yoksulların çoğunu kırsal alanda yaşayan, eğitim seviyesi düşük, tarım sektöründe çalışan ve çok çocuklu ailelerde yaşayan gençler oluşturmaktadır. DB 2016 raporuna göre; dünya çapındaki yoksulların %80'i kırsal alanda yaşamakta; %64'ü tarım sektöründe çalışmakta; %44'ü 14 yaşında veya daha küçük ve %39'u hiç resmi eğitim almamıştır.³⁵

Küresel çok boyutlu yoksulluk endeksi (The Global Multidimensional Poverty Index (MPI)) 2014 verilerine göre dünyadaki yoksulların büyük bir çoğunluğu Sahra-Altı Afrika, Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkelerinin kırsal alanlarında yaşamaktadır.^{21,22} UNICEF ve DB tarafından hazırlanan 2016 raporuna göre dünya genelinde 385 milyon çocuk aşırı yoksulluk içinde yaşamakta ve aşırı yoksulluk içinde yaşayan her beş çocuktan dördü ise kırsal alanlarda yaşamaktadır. Dünyadaki aşırı derecede yoksul çocukların %81,4'ü kırsal alanda yaşamakta iken, %18,6'sı kentsel alanda yaşamaktadır. Yoksulluk bir toplumda çocukların hem fiziksel hem de zihinsel gelişimlerini olumsuz yönde etkileyerek en çok çocuklara zarar vermektedir.^{35,36}

Yoksulluk Avrupanın birçok ülkesinde de kırsal alanda kentsel alana göre daha fazladır. DB'nin verilerine göre Güneydoğu Avrupa Ülkeleri'nin kırsal alanlarında yoksulluk oranıtısı %62'dir.³⁷

TÜİK 2013 verilerine göre Türkiye'de 2 milyon 747 bin işsiz kişi bulunmaktadır ve işsizlik oranıtısı kentsel alanda %11,5, kırsal alanda ise %6,1'dir; tarım dışı işsizlik oranıtısı ise kentsel alanda %11,8 kırsal alanda ise %12,9'dur. Kırsal alanda tarım dışı işsizlik kentsel alandan daha fazladır. Türkiye'de istihdam oranıtısı kentsel alanda %43,9 kırsal alanda %50,3'tür ve kırsal alanda istihdamın büyük bir çoğunluğunu tarım sektörü oluşturmaktadır.¹⁶ TÜİK 2013 verilerine göre Türkiye'de cari satın alma gücü paritesine göre günlük 4,3 dolar sınırı itibariyle kentsel yerlerin yoksulluk oranıtısı %0,64, kırsal alanların yoksulluk oranıtısı %5,13'tür; 2.15 dolar sınırı itibariyle ise kentsel yerlerin yoksulluk oranıtısı %0,13, kırsal alanların yoksulluk oranıtısı %5,13'tür. Türkiye'de de kırsal bölgede yoksulluk kente göre daha fazladır.¹⁹

2.7.Kırsal Alan Yaşam Koşulları ve Konut Özellikleri

İnsanların içinde yaşadıkları konutun fiziksel özellikleri hanenin sosyo-ekonomik düzeyini yansıtmakla birlikte hane halkının sağlığını etkileyen çevresel etmenler hakkında bilgi vermektedir.⁵

2.7.1.İçme Suyu

DSÖ ve UNICEF'e göre bir içme suyunun kaynağı, o suyun içmek için uygun olup olmadığının bir göstergesidir. İçmeye uygun nitelikte olan kaynaklar iyileştirilmiş kaynak

olarak, uygun nitelikte olmayanlar da iyileştirilmemiş kaynak olarak sınıflandırılmaktadır. Evde veya bahçede şebeke suyu, ortak şebeke suyu veya umumi çeşme, sondaj veya borulu kuyu suyu, korunaklı kuyu suyu, korunaklı kaynak suyu ve şişe suyu iyileştirilmiş kaynaklar olarak nitelendirilirken; korunaksız kuyu suyu, korunaksız kaynak suyu, tanker/su istasyonu veya küçük tanker, yüzey suyu ve diğer su kaynakları ise iyileştirilmemiş kaynaklar olarak nitelendirilmektedir.^{5,28}

Tablo 10'da Avrupa Bölgesinde iyileştirilmiş içme suyu kullanan nüfusun yerleşim yerine göre dağılımı gösterilmektedir. Buna göre; birçok Avrupa ülkesinde iyileştirilmiş içme suyu kullanan nüfus oranının kırsal alanda kentsel alana göre daha düşük olduğu görülmektedir.²¹



Tablo 10. Avrupa Bölgesinde iyileştirilmiş içme suyu kullanan nüfusun yerleşim yerine göre dağılımı (2008)

	Kentsel Alan (%)	Kırsal Alan (%)	Toplam (%)
Arnavutluk	96	98	97
Andorra	100	97	100
Ermenistan	98	93	96
Avusturya	100	100	100
Azerbaycan	88	71	80
Belarus	100	99	100
Belçika	100	100	100
Bosna Hersek	100	98	99
Bulgaristan	100	100	100
Hırvatistan	100	97	99
Kıbrıs	100	100	100
Çek Cumhuriyeti	100	100	100
Danimarka	100	100	100
Estonya	99	97	98
Finlandiya	100	100	100
Fransa	100	100	100
Gürcistan	100	96	98
Almanya	100	100	100
Yunanistan	100	99	100
Macaristan	100	100	100
İzlanda	100	98	100
İrlanda	100	100	100
İsrail	100	100	100
İtalya	100	100	100
Kazakistan	99	90	95
Kırgızistan	99	85	90
Letonya	100	96	99
Lüksemburg	100	99	100
Malta	100	99	100
Karadağ	100	96	98
Hollanda	100	100	100
Norveç	100	100	100
Polonya	100	100	100
Portekiz	99	100	99
Moldova Cumhuriyeti	96	85	90

Kaynak: 21

TNSA-2013'e göre içme suyu kaynağı iyileştirilmiş kaynaklardan olan hane halkı oranıtısı kentte %99,6 iken kırsal alanda %96,8'dir. Türkiye'de kentteki hanelerin iyileştirilmiş su kaynaklarına ulaşma yaygınlığı kırsal alana göre daha yüksektir. Türkiye'de kırsal alanda kente göre içme suyuna ulaşım da zordur.⁵

2.7.2.Tuvalet Özellikleri

DSÖ verilerine göre dünyada 946 milyon kişi (dünya nüfusunun yaklaşık %13'ü) tuvalet ihtiyacını giderebilmek için tuvalet bulamadığından dolayı açık havada dışkılama yapmakta ve bu kişilerin 849 milyonu kırsal alanda yaşamaktadır. Bu durum özellikle kırsal alanlarda ishal yapan hastalıklar (özellikle kolera), trahom, şistozomiyazis ve hepatit riskini arttırmaktadır.³⁹

Diyare yapan patojenler genellikle fekal-oral olarak bulaşmaktadır ve bu tarz hastalıklar temiz su, güvenli sanitasyon (temiz tuvalet) ve iyi hijyen olmadığı şartlarda artmaktadır. UNICEF'in verilerine göre diyare nedenli ölen beş yaş altı çocukların %88'inin ölümü temiz su, temiz tuvalet ve iyi hijyen eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Dünyada beş yaş altı çocuk ölümlerinin en sık 2. nedeni diyaredir ve dünyada günde yaklaşık 1600 beş yaş altı çocuk diyareden ölmektedir.⁴⁰

Hanelerin sahip olduğu atık sistemi sağlığı etkileyen etmenlerden birisidir. Evlerde hijyenik atık sistemi olmadığı zaman çeşitli sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. DSÖ ve UNICEF'e göre hijyenik atık sistemi tanımı mevcut tuvaletin kimin tarafından kullanıldığına ve tuvaletin tipine göre yapılmaktadır. Eğer bir tuvalet sadece bulunduğu evdeki hane halkı tarafından kullanıyor ve atığı insan temasından etkin bir şekilde ayırıyorsa hijyenik olarak tanımlanmaktadır. Bu kriterlere uyan atık sistemleri kanalizasyona bağlı tuvaletler ve kapalı çukurlardır.³⁸

Türkiye'de kırsal alanda hijyenik tuvalet kullanım oranı %86,6 iken bu oran kentte %98,8'dir. Kentteki hanelerin %96'sı kırdaki hanelerin ise %47'si kanalizasyona bağlı tuvalete sahiptir. Tuvalet atık sistemi olarak çukur kullanımı kırsal alanda fazladır. Bu çukurların %40'ı kapalı, %10'u ise açık çukurdur.⁵

2.7.3.Diğer Konut Özellikleri

Konut zemin özellikleri bakımından kırsal alandaki evler ile kentsel alandaki evler arasında farklılıklar vardır. Konut zemin özelliği sosyo-ekonomik düzey hakkında bilgi veren özelliklerdendir.³⁰ Türkiye'de konutların zemin özelliği bakımından kır-kent arasında farklılıklar bulunmaktadır; kentsel alanda toprak zeminli ev hiç bulunmamakta iken bu orantı kentsel alanda %7'dir.⁵

Odun ve kömür gibi konutların ısınmasında kullanılan katı yakıtlar hava kirliliğine yol açan önemli etkenlerdendir. Bu katı yakıtların yanması sonucu havaya farklı boyutlarda partikül madde (PM) yayılmaktadır ve PM'ler solunum yolu hastalıkları başta olmak üzere birçok sağlık sorunu ve ölüme neden olabilmektedir. Sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması ve diğer yakıtlara erişimin güçlüğü nedeniyle kırsal alanlarda odun ve kömür yakımı kentsel alanlara göre daha fazladır. Odun ve kömür gibi katı yakıtlar hava kirliliğine yol açan önemli etkenlerdendir.^{21,41}

Türkiye'de ısıtma sistemi açısından kentsel ve kırsal alanda ki haneler açısından önemli farklılıklar vardır ve bu yıllar içinde değişim göstermiştir. Merkezi ısıtma ve kat kaloriferi kullanma eğilimi kentsel alandaki hanelerde fazla iken soba kullanma eğilimi ise kırsal alandaki hanelerde fazladır.^{5,31}

Hanehalkının sahip olduğu ev eşyaları ve dayanıklı tüketim malları hanehalkının sosyoekonomik seviyesini belirten göstergelerden birisidir. Sahip olunan bazı eşyaların özel yararları da bulunmaktadır. Örneğin buzdolabına sahip olunması gıda maddelerinin daha uzun süre sağlığa uygun bir şekilde saklanmasını sağlamakta, ulaşım araçlarına sahip olmak ise sunulan sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır. Türkiye genelinde hanehalklarının büyük çoğunluğu temel ev aletlerine sahiptir. Kentsel alan ile kırsal alan arasındaki fark özellikle ulaşım aracına sahip olma konusunda ortaya çıkmaktadır. Kırsal alanda kentsel alana göre görece olarak daha az sayıda hane bir ulaşım aracına sahiptir. Hem kentte hem de kırsal bölgede en sık sahip olunan ulaşım aracı araba veya traktördür (kentte %39, kırsal alanda %32). Araba/traktöre sahip olma oranı kentsel alanda fazla iken, motosiklet ve taksi/minibüse sahip olma oranı kırsal alanda fazladır.⁵

2.8.Kırsal Alan ve Sağlık

Kırsal alanların sahip olduğu çeşitli karakteristik özelliklerinden dolayı (su, kanalizasyon, sağlık, eğitim, ulaşım, enerji, alt yapı ve hizmet eksiklikleri gibi) kırsal alanda yaşayan toplum kötü sağlık sonuçları açısından risk altındadır. Nüfusunun yaklaşık %15'i (yaklaşık 46 milyon kişi) kırsal alanda yaşayan ABD'de kent ile kırsal alan arasında çeşitli sağlık eşitsizlikleri mevcuttur.²⁶ DSÖ 2010 yılında yayınladığı DSÖ Avrupa Bölgesinde Kırsal Yoksulluk ve Sağlık Sistemleri isimli rapora göre Avrupa ülkelerinde de kırsal alan ile kent arasında sağlık eşitsizlikleri vardır. DSÖ'nün bu

raporuna göre kırsal alan ile kentsel alan arasındaki sağlık eşitsizliklerinin nedenleri kırsal alanda: her türlü sağlık hizmetlerine erişim güçlüğü, nitelikli sağlık personeli azlığı, sağlık birimlerine uzaklık, eczane sayısının yetersizliği, ilaç temininde güçlük, donanımlı hastane yetersizliği, acil bakım hizmetlerinin azlığı, ekonomik yoksulluk nedeni ile sigortalı insan sayısının düşüklüğü gibi nedenler sayılmaktadır.²¹

2.8.1.Bebek ve Çocuk Sağlığı

Türkiye'nin de kabul ettiği Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre 18 yaşın altındaki herkes çocuk olarak tanımlanmaktadır.⁴² Bir toplumda çocuk, sağlık açısından riskli gruplar içerisinde bulunmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde bu dönemde hastalık ve ölümler sık görülmektedir.⁴³

2.8.1.1.Mortalite

Çocuk sağlığının değerlendirilmesinde çeşitli göstergeler kullanılmakla birlikte en sık ölüm hızları ve nedenleri kullanılmaktadır. Bebek ve çocuk ölüm hızları bir ülkenin gelişmişliğini gösteren en önemli göstergelerdendir.⁴⁴ Bu göstergelerin en sık kullanılanları: neonatal ölüm hızı (doğumdan sonraki bir ay içinde ölme olasılığı), post-neonatal ölüm hızı (doğumdan sonraki bir aydan sonra ancak bir yıldan önce ölme olasılığı), bebek ölüm hızı (doğumdan sonraki bir yıl içinde ölme olasılığı), çocuk ölüm hızı (birinci ve beşinci doğum günleri arasında ölme olasılığı), beş-yaş altı ölüm hızıdır (doğumdan sonraki beş yıl içinde ölme olasılığı). Bebek ölüm hızı annenin temel sağlık durumu, gebe takibi, prenatal ve perinatal hizmetlerin değerlendirilmesi ve bebek izlemi hakkında bilgi vermektedir. Bebek ve çocuk ölüm hızları bir ülkenin sosyo-ekonomik düzeyini ve nüfusun yaşam kalitesini anlamaya yönelik bilgi de vermektedir.⁵

DSÖ verilerine göre beş yaş altı çocuk ölümlerinin %45'i ilk 28 gün (post neonatal dönemde) içinde meydana gelmektedir.⁵³ Post-neonatal ölümlerin %50'si ilk 24 saat içinde, %75'i ilk bir hafta içinde meydana gelmektedir. DSÖ 2015 verilerine göre beş yaş altı 5,9 milyon çocuk ölmüştür ve bu ölümlerin yarısından fazlası önlenebilir veya basit müdahalelerle tedavi edilebilecek nedenlerden kaynaklanmıştır. Beş yaş altı ölüm nedenlerinin başında preterm doğum komplikasyonları, pnömoni, doğum asfiksisi, diyare, ve sıtma gelmektedir. Tüm çocuk ölümlerinin yaklaşık %45'i yetersiz beslenmeden kaynaklanmıştır. Kırsal alanlarda, fakir ailelerde veya eğitimsiz annede

doğan çocukların beş yaş altı ölüm riskleri daha yüksektir.⁵³ Kırsal sağlık reformu politikası araştırma merkezinin 2014 yılında yayınladığı rapora göre Amerika Birleşik Devletinde birçok ülkede kentsel alanda mortalite hızı kırsal alandaki mortalite hızından düşüktür ve bu durum tüm yaş grupları için geçerlidir.⁴⁵

Tablo11'de Bazı Avrupa ülkelerinin beş yaş altı ölüm hızlarının yerleşim yerine göre dağılımı gösterilmektedir. Buna göre; Avrupa ülkelerinde beş yaş altı ölüm hızı kırsal alanda kentsel alana göre daha yüksek olduğu görülmektedir.²¹

Tablo 11. Bazı Avrupa ülkelerinin beş yaş altı ölüm hızlarının yerleşim yerine göre dağılımı

Ülke	Yıl	5 yaş altı ölüm hızı (‰)	
		Kırsal Alan	Kentsel Alan
Ermanistan	2005	42	26
Azerbaycan	2006	64	52
Gürcistan	2005	45	24
Kazakistan	2006	43	30
Kırgızistan	2006	50	35
Moldova	2005	30	20
Tacikistan	2005	83	70
Türkiye	2008	43	29
Türkmenistan	2000	100	73
Ukrayna	2007	20	19
Özbekistan	2006	59	51

Kaynak:21

TNSA-2013 raporuna göre Türkiye'de bebek ölüm hızı kırsal alanda ‰22, kentsel alanda ‰16; beş yaş altı çocuk ölüm hızı kırsal alanda ‰26, kentsel alanda ‰18'dir. Türkiye'de beş yaş altı ölüm hızı kırsal alanda kentsel alandan ‰31 daha yüksektir; bebek ölüm hızı ise kentsel alanda kırsal alandan ‰27 daha düşüktür.⁵

Ölü doğumlar (gebeliğin 22. haftasından sonra olan ölü doğumlar) ve gebeliğin ilk yedi günü (erken neonatal ölümler) içinde meydana gelen ölümler perinatal ölümleri oluşturmaktadır. Ölü doğumlar ile erken neonatal ölümlerin nedenleri birbiriyle örtüşmektedir, bu nedenle perinatal ölümler hesaplanırken ölü doğumlar katılmalıdır. TNSA-2013 raporuna göre Türkiye'de perinatal ölüm hızı kentsel alanda ‰8, kırsal alanda ‰22 olarak hesaplanmış; kırsal alanda perinatal ölüm hızı kentsel alandan ‰64 daha yüksek bulunmuştur. Doğumdaki yaşı 40-49 yaş aralığında olan annelerde perinatal

ölüm hızı en yüksek bulunmuştur.⁵ Anne eğitim düzeyi ve sosyo ekonomik durum ile perinatal ölüm hızı ters orantılıdır; anne eğitim düzeyi ve anne eğitim düzeyi arttıkça perinatal ölüm hızı azalmaktadır. Kırsal alanlarda hem sosyo-ekonomik düzey hem de anne-eğitim düzeyinin düşük olması perinatal ölüm riskini arttırmaktadır.^{46,47}

2.8.1.2.Morbidite

Çocuklar bir toplumda çeşitli sağlık sorunlarına duyarlı ve riskli bir grup olarak düşünülürler; çocuklarda hastalık örüntüleri ve hastalık yönetimi erişkinlerden farklıdır. Çocuklar her zaman özel bakım gereksinimleri olan bireylerdir, çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesi tüm toplumların öncelikli hedefleri arasındadır.²¹

Kırsal bölgelerdeki çocuklar sağlık açısından çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)) tarafından yapılan bir araştırma, zihinsel, davranışsal ve gelişimsel bozukluklara (Mental, Behavioral, and Developmental Disorders (MBDDs)) sahip kırsal alanlardaki çocukların, aynı bozuklukları olan kentsel bölgelerdeki çocuklardan daha fazla toplumsal ve ailevi zorlukla karşı karşıya olduklarını ortaya koymaktadır. CDC tarafından yapılan bu çalışmada kırsal alanda yaşayan her altı çocuktan birinde zihinsel, davranışsal ve gelişimsel bozukluk olduğu tespit edilmiş; zihinsel, davranışsal ve gelişimsel bozukluk sıklığı kırsal alanda %18,6 kentsel alanda ise %15,2 bulunmuştur. Anksiyete, dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu ve dil sorunları gibi zihinsel, davranışsal veya gelişim bozuklukları genellikle erken çocukluk döneminde başlar ve yaşam boyu sağlığı etkileyebilmektedir.^{48,22}

Tablo 12'de TÜİK 2012 Sağlık Araştırması raporu verilerinde Türkiye'deki 0-6 yaş arası çocukların son 6 ay içinde geçirdiği hastalıklar incelenmiştir. Buna göre Türkiye'de 0-6 yaş çocukların geçirdiği hastalıklara bakıldığında kırsal alanda ishal ve alt solunum yolları hastalığının kentsel alana göre daha fazla olduğu, üst solunum yolu hastalıkları, kansızlık, bulaşıcı hastalıklar, ağız ve diş sağlığı sorunları, idrar yolu hastalıkları ve cilt hastalıklarının kentsel alanda kırsal alana göre daha fazla olduğu görülmüştür.⁴⁹

Tablo 12. Türkiye'de 0-6 yaş çocukların geçirdiği hastalıkların yerleşim yerine göre dağılımı

Hastalık	Kırsal Alan (%)			Kentsel Alan (%)		
	Toplam	Erkek	Kız	Toplam	Erkek	Kız
ÜSYE	20,9	20,9	20,8	30,7	31,5	29,5
İshal	28,8	31,8	25,5	27,5	28,8	26,3
Bulaşıcı Hastalıklar	9,6	10,8	8,3	12,6	12,4	12,8
Kansızlık	8,7	9,7	7,7	9,4	9,3	9,5
Ağız ve Diş Sağlığı	7,9	8,2	7,5	9,1	8,7	9,4
ASYE	6,6	7,9	5,2	5,9	5,6	6,2
İYE	4,1	1,9	6,4	5,4	3,9	6,9
Cilt Hastalıkları	2,8	3,0	2,5	3,7	4,4	3,0
Raşitizm	1,8	1,5	2,2	1,7	2,2	1,2
Diğer	1,7	1,8	1,7	3,3	3,4	3,2

Kaynak:49

Tablo 13'de Türkiye'deki 7-14 yaş arası çocukların son 6 ay içinde geçirdiği hastalıklar incelenmiştir. Buna göre Tablo 13'de yer alan bütün sağlık sorunlarının kentsel alandaki çocuklarda kırsal alandakilere göre daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Bu durum gerçekten bu sorunların kentsel alandaki çocuklarda var olduğunu gösterebildiği gibi kentsel alandaki çocukların sağlık kuruluşlarına erişiminin daha kolay olması nedeniyle daha çok tanı almalarının bir sonucu olabilmektedir.^{49,50}

Tablo 13. Türkiye'de 7-14 yaş çocukların geçirdiği hastalıkların yerleşim yerine göre dağılımı

Hastalık	Kırsal Alan (%)			Kentsel Alan (%)		
	Toplam	Erkek	Kız	Toplam	Erkek	Kız
Ağız ve Diş	20,0	19,5	20,5	27,0	26,6	27,4
Göz	8,8	9,4	8,1	12,9	12,8	13,0
Enfeksiyöz	9,9	8,8	11,0	12,3	11,5	13,2
Cilt	3,4	3,1	3,6	5,5	5,0	5,9
Beslenme	3,4	4,2	2,7	4,5	5,1	3,9
İşitme ile İlgili	2,5	2,3	2,7	2,7	2,6	2,8
Ruh Sağlığı	1,8	1,5	2,1	2,7	3,0	2,3
Kas/İskelet	1,8	2,5	1,0	1,9	2,3	1,4
Diğer	2,4	2,9	1,9	2,6	2,9	2,4

Kaynak:49

2.8.1.3. Beslenme Durumu

Çocukların sağlıklı bir şekilde büyüüp gelişmesi için yeterli ve dengeli beslenme en önemli etkenlerden birisidir. Yeterli ve dengeli besleme bağışıklık sistemini etkileyerek çocukları hastalıklara karşı da korumaktadır. Özellikle küçük çocuklarda beslenme durumu sağlığı daha belirgin bir şekilde etkilemektedir.⁵¹

Antropometrik ölçümlere bakılarak bir bölgedeki çocukların beslenme durumları hakkında yorum yapılabilir. TNSA-2013'e göre Türkiye'nin kırsal alanlarında beş yaş altı çocuklarda bodurluk, zayıflık veya düşük kiloluluk kentsel alanlara göre daha yaygındır. Türkiye'de beş yaş altı çocukların antropometrik ölçüm sonuçları bölgelere göre de farklılık göstermektedir; kronik yetersiz beslenme oranı Doğu bölgelerinde en yüksek (%15), bodurluk oranı %18 ile en çok Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde ve yaşına göre kısa çocuk oranı en az Ege bölgesinde tespit edilmiştir (%5). TNSA-2013'te beş yaş altı fazla kilolu ve obez çocuk oranı kentsel alanda %12 kırsal alanda ise %8 olarak tespit edilmiş; anne eğitim düzeyi arttıkça çocuklarda fazla kilolu ve şişman olma eğiliminin arttığı görülmüştür.⁵

Tablo 14, Tablo 15 ve Tablo 16 Sağlık Bakanlığı Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 yaş) Şişmanlık Araştırması verilerine göre yapılmıştır. Tablo 14'te Türkiye'de çocukların (7-8 yaş) yerleşim yerlerine göre vücut ağırlığı z- skorlarının dağılımı, Tablo 15'de Türkiye'de çocukların (7-8 yaş) yerleşim yerlerine göre boy uzunluğu z- skorlarının dağılımı ve Tablo 16'da Türkiye'de çocukların (7-8 yaş) yerleşim yerlerine göre beden kitle indeksi z- skorlarının dağılımı gösterilmektedir. Buna göre: ciddi bodur, bodur, ciddi zayıf ve zayıf oranları kırsal alanda, kilolu ve şişman oranı ise kentsel alanda fazla tespit edilmiştir.⁵²

Tablo 14. Türkiye'de çocukların (7-8 yaş) yerleşim yerlerine göre vücut ağırlığı z- skorlarının dağılımı

Vücut Ağırlığı Z-Skoru	Erkek (%)			Kız (%)			Toplam (%)
	Kırsal Alan	Kentsel Alan	Toplam	Kırsal Alan	Kentsel Alan	Toplam	
Ciddi Zayıf	1,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
Zayıf	3,2	1,8	2,1	3,1	1,9	2,1	2,1
Normal	92,9	87,8	88,6	93,7	91,5	91,9	90,2
Kilolu	1,5	7,5	6,5	2,5	5,4	4,9	5,7
Şişman	1,5	2,8	2,6	0,4	1,1	1,0	1,8

Kaynak:52

Tablo 15. Türkiye'de çocukların (7-8 yaş) yerleşim yerlerine göre boy uzunluğu z-skorlarının dağılımı

Boy Uzunluğu Z-Skoru	Erkek (%)			Kız (%)			Toplam (%)
	Kırsal Alan	Kentsel Alan	Toplam	Kırsal Alan	Kentsel Alan	Toplam	
Ciddi Bodur	0,2	0,1	0,1	0,4	0,1	0,2	0,1
Bodur	5,4	1,5	2,1	5,6	1,7	2,4	2,3
Normal	93,9	95,0	94,8	93,7	96,3	95,8	95,3
Uzun	0,5	3,1	2,7	0,2	1,7	1,4	2,0
Çok Uzun	0,0	0,3	0,3	0,0	0,2	0,2	0,2

Kaynak:52

Tablo 16. Türkiye'de çocukların (7-8 yaş) yerleşim yerlerine göre beden kitle indeksi z-skorlarının dağılımı

Beden Kitle İndeksi z-skoru	Erkek (%)			Kız (%)			Toplam (%)
	Kırsal Alan	Kentsel Alan	Toplam	Kırsal Alan	Kentsel Alan	Toplam	
Ciddi Zayıf	0,2	0,3	0,3	0,0	0,2	0,2	0,23
Zayıf	2,2	1,8	1,9	1,3	1,7	1,7	1,8
Normal	82,8	72,9	74,5	85,0	74,6	76,5	75,5
Kilolu	11,1	13,7	13,3	10,5	16,0	15,0	14,2
Şişman	3,7	11,2	10,0	3,1	7,4	6,6	8,3

Kaynak:52

2.8.2.Erişkin Sağlığı

2.8.2.1.Mortalite

Günümüzde 46 milyon Amerikalı (ABD nüfusunun %15'i) kırsal alanlarda yaşamaktadır. Çeşitli demografik, çevresel, ekonomik ve sosyal faktörler, kırsal alanda yaşayanları ölüm riski altına sokmaktadır. ABD'de kırsal alanda yaşayanlar kentsel alanda yaşayan muadillerinden daha yaşlı ve hastalıklı olma eğilimindedir; sigara, yüksek tansiyon ve obezite oranları da kırsal alanda yaşayanlarda kentsel alanda yaşayanlara göre daha yüksektir. Fiziksel aktivite yapma sıklığı, sağlık hizmetine erişim ve sağlık sigortasına sahip olma olasılığı kentsel alanda yaşayanlara göre daha düşüktür ve ABD'de bu faktörler kırsal alanda ölüm riskini arttırıcı etki yapmaktadır.⁵⁴

ABD'de kırsal alandaki ilk beş ölüm nedenleri: kalp hastalığı, kanser, kasıtsız yaralanmalar, kronik alt solunum yolu hastalığı ve inmedir. CDC verilerine göre 2014 yılında ABD kırsal alanında 25.000 kişi kalp hastalığından, 19.000 kişi kanserden, 12.000 kişi kasıtsız yaralanmadan, 11.000 kişi kronik alt solunum yolu hastalığından ve 4000

kişi inmeden ölmüştür. Bu beş önlenebilir nedenli ölümlerin yüzdesi ABD'de kırsal alanda kentsel alandan daha fazladır.^{20,48,54}

İntihar özellikle 2000 yılından sonra kırsal alanda daha sık görülen önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Her 12 dakikada bir intihar vakası gerçekleşen ABD'de 2015 yılında intihar nedeniyle 44.193 ölüm meydana gelmiştir. CDC tarafından yayınlanan ve 1999-2015 verilerini ele alan araştırmaya göre kırsal alanda intihar oranı kentsel alandan fazladır ve kırsal alan ile kentsel alan arasında ki bu fark 2007 yılından sonra belirgin bir şekilde artmıştır. Ruh sağlığı hizmetlerinin yetersizliği, psikiyatri hastalarına uygulanan büyük sosyal izolasyon, aşırı doz opioid kullanımının ve yoksulluğun kırsal alanda fazla olması intihar sıklığını arttırmaktadır.²²

Ulusal düzeyde yapılan Türkiye Hastalık Yüğü Çalışmasına göre Türkiye'de kırsal alan ile kentsel alan arasında ölüm olasılığı bakımından farklılıklar bulunmaktadır. Kırsal alanda yaşayanlarda 15-65 yaş arası ölüm olasılığı 1000'de 154 iken, bu oran kentsel alanda 1000'de 91'dir. Bir çok yerde olduğu gibi ölüm nedeni istatistiklerinin kırsal alan ile kentsel alana göre dağılımı verisi Türkiye'de de yapılan çalışmalarda bulunmamaktadır.⁵⁵ TÜİK 2016 ölüm nedeni istatistiklerine göre Türkiye'de ölüm nedenlerinde ilk üç sırayı dolaşım sistemi hastalıkları (%39,8), iyi ve kötü huylu tümörler (%19,7) ile solunum sistemi hastalıkları (%11,9) oluşturmaktadır. Türkiye'de dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle ölümlerin en sık iki nedeni de iskemik kalp hastalıkları ve serobro-vasküler hastalıklar olduğu tespit edilmiş; tümör nedeniyle ölümlerin en sık nedeni ise gırtlak ve soluk borusu/bronş/akciğerin kötü huylu tümörü olarak bildirilmiştir. TÜİK dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle ölümlerin en sık 75-84 yaş grubunda; iyi ve kötü huylu tümör nedeniyle ölümlerin ise en sık 65-74 yaş grubu insanlarda görüldüğünü açıklamıştır.⁵⁶

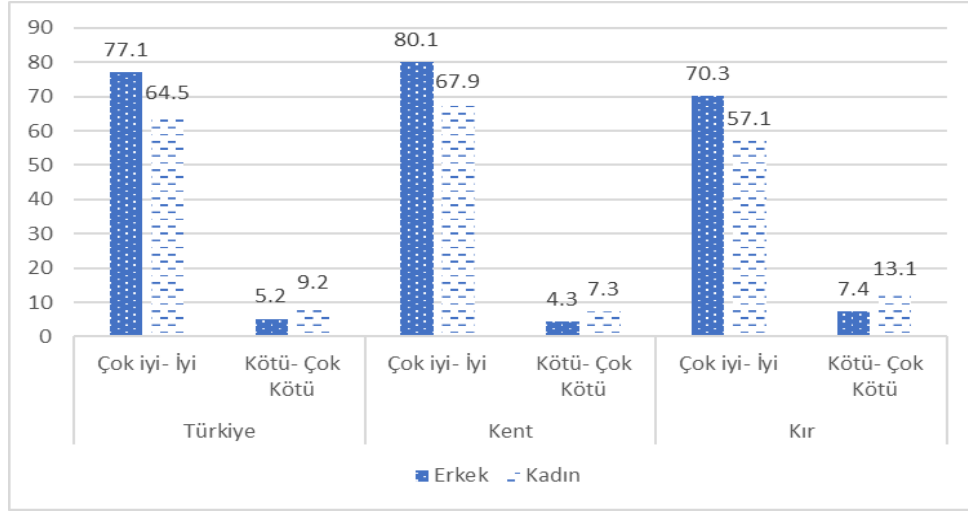
2.8.2.2.Morbidite

Çeşitli özellik bakımından farklı olan kırsal alan ile kentsel alan arasında erişkinlerin hastalık sıklıkları bakımından farklılıklar bulunmaktadır. Kırsal Sağlık Reform Politikası Araştırma Merkezi'nin (Rural Health Reform Policy Center (RHRC)) yayınladığı bir makaleye göre ABD'de erişkinlerde yılda yaklaşık 600.000 can kaybına neden olan kalp hastalığı sıklığı her iki cinsiyet için kırsal alanda kentsel alandan daha fazla bulunmuştur.⁵⁷

Kronik hastalıklardan korunmada önemli olan beş sağlık davranışı: sigara içmeme, normal vücut ağırlığını koruma, fiziksel olarak aktif olma, alkol almama ya da ölçülü içme ve yeterli uyumadır. CDC'nin ABD Davranışsal Risk Faktörü Sürveyans Sistemi (Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)) 2013 verilerine göre yaptığı çalışmada yeterli uyuma dışındaki diğer dört sağlıklı davranışı uygulama sıklığı kırsal alanda kente göre daha düşük bulunmuş, yeterli uyuma bakımından kırsal alan ile kent arasında fark bulunmamıştır. CDC'nin raporuna göre kırsal alanda yaşayan her dört kişiden sadece bir tanesi kronik hastalıklardan korunmada önemli olan bu beş davranıştan en az dördünü uygulamaktadır.^{48,58}

DSÖ raporuna göre yeni tanı konan HIV vakalarının sayısı 2000 yılında milyonda 44 iken, 2008 yılında milyonda 89'a yükselmiştir. Küresel olarak mevcut veriler HIV prevalansının kentsel alanlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir. HIV bulaşma ve korunma yöntemleri hakkında bilginin kırsal alanda yaşayan insanlarda kentsel alanda yaşayan insanlara göre daha az olduğu tespit edilmiştir. Arnavutluk, Ermenistan, Azerbaycan ve Moldova Cumhuriyeti'nde yapılan bir çalışmada kırsal alanda yaşayan kadın ve erkeklerin kentsel alanda yaşayanlara göre daha az kişinin kondomun HIV bulaşmasını önlemedeki yerinin önemini bildiği tespit edilmiştir. HIV hastalığı için olan bu durum aynı şekilde TBC hastalığı içinde geçerlidir. TBC prevalansı da aynı HIV gibi kentsel alanda kırsal alana göre daha fazla iken, TBC'nin bulaşma yolları kırsal alanda yaşayanlarda kentsel alanda yaşayanlara göre daha az bilinmektedir.²¹

Şekil 1. Türkiye'de 15 yaş üstü bireylerin genel sağlık durumunun cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı



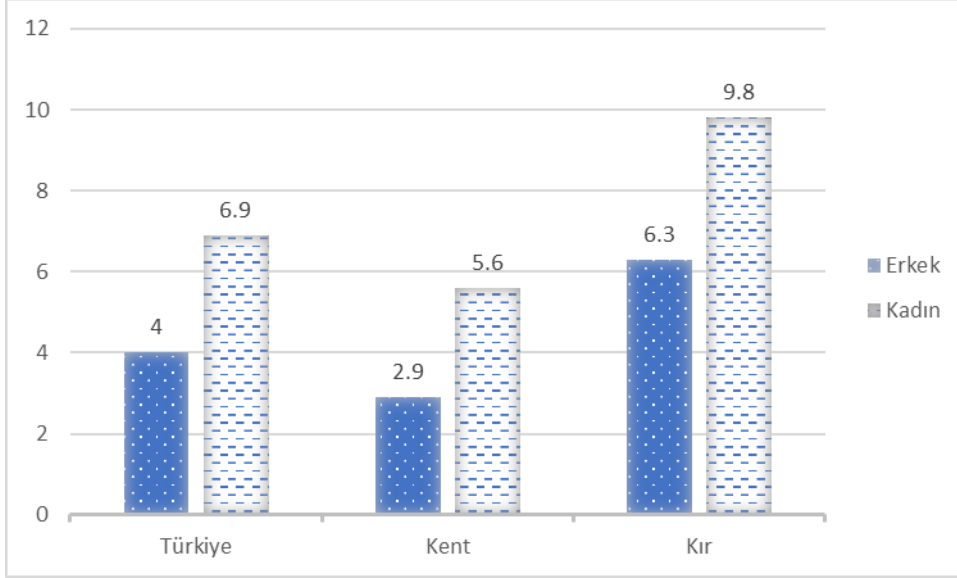
Kaynak:49

Şekil 1'de 15 yaş üstü bireylerin Türkiye'de genel sağlık durumunun cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı gösterilmektedir (TÜİK 2012). Bu çalışmada 15 yaş üstü bireylerden sağlık durumlarını değerlendirmesi istenilmiş; kentte yaşayanların %74,0'ı kırdaki yaşayanların ise %63,4'ü kendisini çok iyi /iyi olarak değerlendirmiştir. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde hem kırsal alanda hem de kentsel alanda erkeklerin kadınlara göre sağlık durumlarının daha iyi olduğunu düşündükleri görülmektedir. Yaş arttıkça hem kırdaki hem de kentte sağlık durumunu değerlendirme sorusuna verilen cevabın kötüleştiği tespit edilmiştir.⁴⁹

TÜİK Sağlık Araştırması 2012 'de tüm Türkiye genelinde hem kişilerin beyanına hem de hekim tarafından teşhise göre en sık rastlanılan hastalıklar ve bunların yerleşim yerine göre dağılımına bakılmıştır. Hastalıklar kişilerin beyanına göre araştırıldığında 15 yaş üstü kişilerde hipertansiyon, iskelet ve kas sistemi hastalıkları, mide ülseri, şeker hastalığı, kireçlenme, kansızlık, migren, KAH (Koroner Arter Hastalığı), alerji, KOAH (Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı), idrar kaçırma, ruhsal sağlık problemi, kronik kalp yetmezliği, kalp krizi, kaza sonucu sakatlık, yaralanma, kronik kaygı, bağırsak ülseri, karaciğer sirozu, karaciğer yetmeliği kırsal alanda; kanser, hepatit ve tiroid hastalığının ise kentsel alanda daha sık olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunlarını incelendiğinde hipertansiyon, iskelet kas sistemi, romatizma eklem hastalıkları, mide ülseri, şeker hastalığı, kireçlenme, kansızlık, astım,

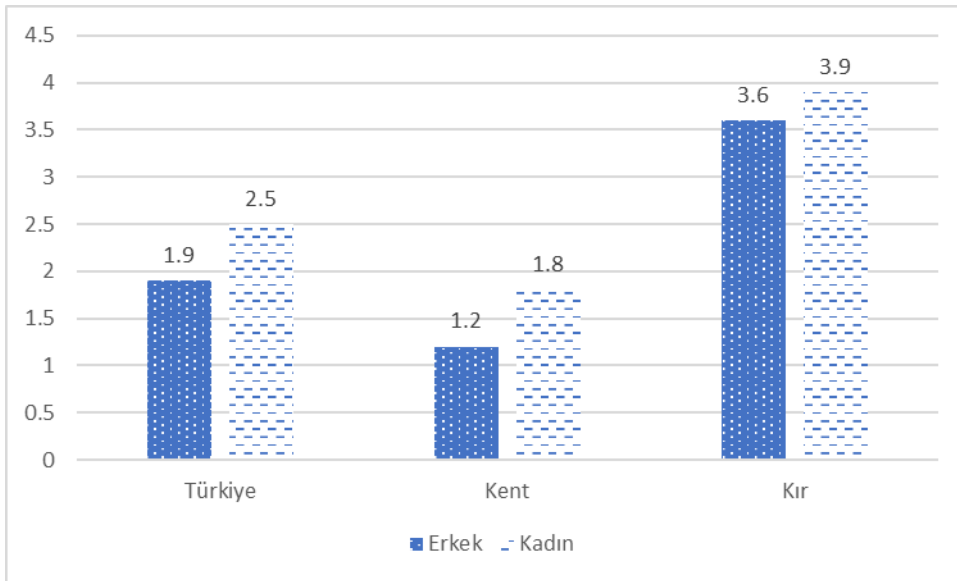
KAH, KOAH, idrar kaçırma, idrar tutamama, kronik depresyon, enfarktüs, inme, kaza sonucu sakatlık, bağırsak ülseri, karaciğer sirozu, karaciğer yetmezliği kırsal alanda kentsel alana göre daha sık olduğu tespit edilmiş; kentsel alanda ise sinüzit, migren ve benzeri baş ağrısı, alerji, tiroid hastalığı, hepatit, ve kanser kırsal alana göre daha fazla bulunmuştur.⁴⁹

Şekil 2. Türkiye'de görme problemi olan 15 yaş üstü bireylerin cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı



Kaynak:49

Şekil 3. Türkiye'de duyma problemi olan 15 yaş üstü bireylerin cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı



Kaynak:49

Şekil 2 Türkiye'de 15 yaş üstü görme problemi olan bireylerin cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımını ; Şekil 3 ise Türkiye'de 15 yaş üstü duyma problemi olan bireylerin cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımını göstermektedir. Her iki problemin de görülme sıklıkları kırsal alanda kentsel alana göre daha fazla olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise hem kentte hem de kırsal alanda kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir.⁴⁹

2.8.2.3.Beslenme Durumu

Tablo 17'de TÜİK Sağlık Araştırması 2012 verilerine göre Türkiye'de 15 yaş üstü bireylerin vücut kitle indeksinin cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı gösterilmiştir. Buna göre Türkiye genelinde obezite sıklığı %17,2, kentte %17,0, kırsalda ise % 17,9 bulunmuş ve obezite sıklığı kentsel alanda kırsal alandan fazla olarak hesaplanmıştır.⁴⁹ Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010'da da obezite sıklığı kentsel alanda (E:%20.9, K:%40.4), kırsal alandan (E:% 19.1,K:%42.9) düşük bulunmuştur.Yine aynı çalışmada kadının eğitim seviyesi arttıkça obezite sıklığının azaldığı görülmektedir.⁵⁹

Tablo 17. Türkiye'de 15 yaş üstü bireylerin vücut kitle indeksinin cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı (%)

Beden Kitle İndeksi	Erkek			Kadın			Toplam		
	Kır	Kent	Toplam	Kır	Kent	Toplam	Kır	Kent	Toplam
Düşük Kilolu	2,4	2,7	2,7	4,7	5,3	5,1	3,5	4,0	3,9
Normal	44,7	44,7	44,7	42,2	44,2	43,6	43,4	44,5	44,2
Fazla Kilolu	38,1	39,4	39,0	32,1	29,7	30,4	35,2	34,6	34,8
Obez	14,8	13,3	13,7	21,1	20,8	20,9	17,9	17,0	17,2

Kaynak:49

2.8.3.Kadın/Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması

Kadınlar doğum sürecinde gerek gebelik, gerekse doğum ve doğum sonu dönemlerde bir çok riskle karşı karşıya kalabilmektedirler. Doğum anında doktor veya eğitimli sağlık personelinin bulunması anne ve bebek ölümlerini önleme bakımından önemli bir yer tutmaktadır. Doğum anında eğitimli sağlık personelinin bulunma hususu doğumun yapıldığı yer ile ilişkilidir; sağlık kuruluşu dışında yapılan doğumlarda doktor veya eğitimli sağlık personelinin bulunma olasılığı çok düşüktür.^{60,61} TNSA-2013 verilerine

göre sağlık kuruluşunda yapılan doğum yüzdesi kırsal alanda %91,7 iken kentsel alanda %98,7 olarak bulunmuştur.⁵

Tablo 18'de bazı Avrupa ülkelerinde eğitimli sağlık personeli eşliğinde yapılan doğum yüzdeleri verilmiştir. Buna göre; bir çok Avrupa ülkesinde eğitimli sağlık personeli eşliğinde yapılan doğum oranı kırsal alanda kentsel alandan daha düşüktür. Kırsal alan ile kentsel alan arasındaki bu fark Tacikistan, Türkiye ve Azerbaycan'da fazla tespit edilmiştir.²¹ TNSA 2013 verilerine göre Türkiye'de sağlık personeli yardımı ile yapılan doğum oranı kırsal alanda %92,3 iken kentsel alanda %98,8'dir.⁵

Tablo 18. Bazı Avrupa Ülkeleri'nde eğitimli sağlık personeli ile yapılan doğum yüzdesi

Ülke	Yıl	Kırsal Alan (%)	Kentsel Alan (%)
Arnavutluk	2005	100	100
Ermanistan	2005	98	99
Azarbaycan	2006	81	97
Belarus	2005	100	100
Bosnahersek	2006	100	100
Gürcistan	2005	98	99
Kazakistan	2006	100	100
Kırgızistan	2006	96	100
Karadağ	2005	98	100
Moldova	2005	99	100
Sırbistan	2005	99	99
Tacikistan	2005	81	89
Türkiye	2008	80	96
Türkmenistan	2000	97	98
Ukrayna	2007	98	99
Özbekistan	2006	100	100

Kaynak:21

Ana-çocuk sağlığı hizmetleri bir toplumdaki birinci basamak hizmetlerinin önemli bileşenlerinden birisidir. Bu hizmetler ile ilgili göstergeler ana-çocuk sağlığı düzeyinin yanı sıra bir toplumun gelişmişlik düzeyini, çevre koşullarını ve sosyo-ekonomik düzeyini de yansıtmaktadır. Bir ülkenin gerçek ekonomik ve sosyal kalkınmasından söz edebilmek ve sağlıklı bir toplum oluşturabilmek için risk faktörlerinden en çok etkilenen anne ve çocukların sağlık sorunlarının öncelikli olarak ele alınması ve iyileştirilmesi önemlidir. Bütün bu gerekçelerle doğum öncesi ve doğum sonrası izlem, öncelik

verilmesi gereken konulardandır. Temel amacı annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmeleri ve sağlıklı bebeklerin doğması olan doğum öncesi bakım: anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir.⁶³ TNSA-2013'e göre Türkiye'de sağlık personelinin doğum öncesi bakım alma yüzdesi kırsal alanda %92,7 iken kentsel alanda %98,1; doğum sonrası sağlık personelinin bakım alma yüzdesi ise kırsal alanda %89,8, kentsel alanda % 94,8'dir.⁵

Türkiye'de 2007 yılında "Sağlık Arama Davranışı Araştırması" adı altında seçilmiş kırsal ve kentsel bölgelerde doğum öncesi bakım ve doğum hizmetlerinden yararlanmaya ilişkin sağlık algılama ve davranışlarını araştırmak amacıyla yapılan araştırmada elde edilen verilerden genel olarak gebelerin ciddi bir rahatsızlıkları olmadığı sürece herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadıkları tespit edilmiştir. Aynı çalışmada sağlık güvencesinin olmaması ve ekonomik nedenler, sağlık kuruluşunun uzak oluşu ve ulaşım zorluğu, eş ve eşin annesinden izin alma zorunluluğu, verilmekte olan doğum öncesi bakım hizmetlerinin yetersizliği, sağlık personelinin olumsuz davranışları, kadının okuma yazma bilmemesi gibi etkenlerin doğum öncesi bakım hizmetini almaya engel olduğu bulunmuş ve bu etkenlere özellikle kırsal alanda yaşayan gebelerin maruz kaldığı fark edilmiştir.⁶¹

Doğum sonrası anneye ve bebeğe ilk bakım yapan kişinin hekim olması ana-çocuk sağlığı açısından önemlidir. TNSA-2013 verilerine göre Türkiye'de anneye doğum sonrası ilk bakımının doktor tarafında yapılma yüzdesi kırsal alanda %59,2 iken kentsel alanda %72,8 ; bebeğe doğum sonrası ilk bakımının doktor tarafından yapılma yüzdesi kırsal alanda %73,3, kentsel alanda ise %84,2'dir.⁵

Aile planlaması bireylerin istedikleri sayıda istedikleri zamanda ve sağlıklı aralıklarla, bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olma, sorumlucu karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmalarıdır; aile planlaması sadece çocuk sayısını kısıtlamak demek değildir, hedeflerinden birisi de çocuk sahibi olmayan ailelere çocuk sahibi olmaları için yardımcı olmaktır. Doğurganlık çağında ve cinsel aktif, başka bir çocuk sahibi olmadan önce beklemek isteyen ya da artık başka çocuk sahibi olmak istemeyen ve gebeliği önleyici herhangi bir yöntem de kullanmayan kadınlar karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olan kadınları oluşturmaktadır.^{62,64} DSÖ 2017 verilerine göre dünyada

214 milyon kadının karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı bulunmakta, bu ihtiyaç kırsal alan gibi anne ölümlerin sık olduğu bölgelerde daha fazladır.⁶⁵

TNSA-2013 verilerine göre Türkiye'de doğurganlık çağındaki evli kadınların herhangi bir gebeliği önleyici yöntem bilme yüzdeleri kırsal alanda %99,8 iken kentsel alanda %99,9; herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanma yüzdeleri ise kırsal alanda %68,5 iken kentsel alanda %74,7'dir. Görüldüğü gibi aile planlaması yöntem bilgisi ile uygulama yüzdeleri arasında büyük fark vardır, bu fark özellikle kırsal alanda daha fazla olduğu tespit edilmektedir.⁵

2.8.4.Kırsal Alanda Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık kurumları: koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerdir.²² Türkiye'de 2004 yılında Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 2005 yılında yürürlüğe girmesi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanması Düzce İli'nde başlatılmış, 2010 yılında ise tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Aile hekimliği uygulaması kapsamında sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu belde, köy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerlerine birinci basamak hizmetleri aile hekimi ve aile sağlığı elamanı ile gezici sağlık hizmeti şeklinde verilmektedir. Türkiye'de gezici sağlık hizmeti yönetmeliğine göre aile hekimi ve aile sağlığı elamanı gezici sağlık hizmeti bölgesi olarak nitelendirilen nüfusu 250 kişiye kadar olan yerleşim yerlerine en az ayda bir kez, 250 ile 500 arasında olan yerleşim yerleri için en az ayda iki kez, nüfusu 500 ve üzeri olan yerleşim yerlerine ise en az haftada bir kez gezici sağlık hizmeti verilmektedir.^{66,23}

2.8.4.1.Yenidoğan Taramaları

Yenidoğan taramaları çocuk sağlığı açısından önemli bir yer teşkil etmektedir. Taramaların yapılması bazı çocuklarda oluşacak önlenebilir sakatlıkların ve hastalıkların oluşmasını engellemektedir.^{67,68}

TUİK 2012 Sağlık Araştırması'nda son 12 ay içinde sağlık kurumuna giden çocuklardan topuk kanı, doğuştan kalça çıkığı ve yenidoğan işitme taramalarından geçenlerin cinsiyet ve yerleşim yeri dağılımına bakılmıştır. Bu çalışmaya göre her üç tarama için de taramanın uygulanması kırsal alanda kentsel alana göre daha düşük olmakla birlikte kentsel alan ile kırsal alan arasındaki en büyük fark işitme taramasının

uygulanma sıklığındadır ve işitme taramasının uygulanması kentte %80 iken kırsal bölgede bu orantı %70'tir. Bu çalışmanın sonuçları TÜİK 2010 ile karşılaştırıldığında ise hem kentsel alan hem de kırsal alanda yenidoğan taramalarının yapılma sıklığının 2010 yılına göre arttığı görülmektedir.^{49,69}

2.8.4.2.Aşılanma Durumu

Türkiye'de çocukların aşılanma durumunda kırsal alan ve kent arasında farklılıklar mevcuttur. TNSA-2013'e göre kırsal alan ve kent alan arasında çocuklara DTaP-IPV-Hib aşısının ilk dozlarının yapılması yüzdesinde fark yoktur (kentte %96, kırsalda %95). Ancak bu aşuların ikinci ve üçüncü dozlarını alan çocuk oranında kırsal alan ile kentsel alan arasında belirgin fark vardır. Kentsel alanda bu aşının ikinci dozunu alan çocuk oranıtısı %91, üçüncü dozunu alan çocuk oranıtısı ise %89 iken kırsal alanda bu aşının ikinci dozunu alan çocuk oranıtısı %83, üçüncü dozunu alan çocuk oranıtısı ise %77'dir. Hepatit B aşısı için de durum benzerdir. Hepatit-B aşısının 2. ve 3.dozlarının çocuklara uygulanma oranıtıları kentsel alana göre kırsal alanda düşüktür. Tüm aşuları olma oranıtısı kırsal alandaki çocuklarda %65 iken kentsel alandaki çocuklarda ise %77'dir.⁵

2.8.4.3.Erişkin Sağlık Taramaları

Hastalıkların erken teşhisi ve buna bağılı olarak hastalık ve ölümlerin azaltılabilmesi amacıyla düzenli aralıklarla sağlık taramaları yapılmalıdır. Erken tanı ve tedavi her hastalıkta önemli olmakla beraber özellikle kanser hastalıklarında çok önem taşımaktadır. Ülkemizde ulusal tarama programı uygulanan kanser türleri: meme, serviks ve kolorektal kanserlerdir.⁷⁰

Meme kanseri tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Meme kanseri taramasında ideal yöntem kırk yaş üstü kadınları iki yılda bir mamografi ile taramadır. Türkiye Sağlık Araştırması 2012 verilerine göre 15 yaş ve üzeri bireylerin Türkiye'de son 12 ay içerisinde mamografi çekirme yüzdeleri kırsal alanda %4,9 iken kentsel alanda %7,7'dir. Aynı çalışmada şimdiye kadar hiç mamografi çekirmemiş olanların yüzdeleri kırsal alanda (%84,2) kentsel alandan (%78,6) daha fazla olduğu tespit edilmiştir.^{71,49}

Kadınlar için önemli halk sağlığı sorunlarından birisi olan serviks kanseri preinvazif lezyonların varlığı ve kolay erişilebilir bir organ olması nedeniyle erken tanıya uygun bir hastalıktır. Serviks kanseri tarama yöntemleri invazif kanser insidansını ve mortalitesini azalttığı öngörülen ve bu yönden etkinliği kanıtlanmış az sayıdaki tarama yönteminden birisidir. Serviks kanseri taraması için en ideal yöntem beş yılda bir uygulanacak HPV testi veya Pap-smear testidir.⁷² Türkiye Sağlık Araştırması 2012 verilerinde göre şimdiki kadar Pap-smear yaptırmış olma yüzdesi kırsal alanda daha düşük olmakla birlikte hem kırsal alanda (%17,8) hem de kentsel alanda (%24,1) düşük bulunmuştur.⁴⁹

Prostat kanseri ABD'de erkeklerde ikinci sıklıkta görülen kanser türü olmakla birlikte her üç erkekte birisinde görülmektedir. Sıklığı ülkemizde ABD'den daha azdır. Prostat kanseri taramasında ilk yapılacak olan 50 yaş üstü erkeklere yılda bir kez prostatın elle makattan muayenesi ve kanda PSA bakılmasıdır.⁷³ Türkiye Sağlık Araştırması 2012 verilerine göre son bir yıl içinde prostat muayenesi yaptırmış olma yüzdesi kentsel alanda daha düşük olmakla birlikte hem kırsal alanda (%5,4) hem de kentsel alanda (%4,6) düşük bulunmuştur.⁴⁹

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Yeri

Araştırma, Kocaeli İli Derince İlçesi'nin coğrafi olarak kırsal bölgesi olan İshakçılar Aile Sağlığı Merkezi Bölgesi'nde yapılmıştır. İshakçılar Derince'nin Kuzeydoğu yönünde 15,6 km uzağında; Kocaeli İl Merkezi'nin ise Kuzeybatı yönünde 15,8 km uzağında bulunmaktadır. Toylar, Kaşıkçı, Geredeli, Tahtalı, Çavuşlu, Karagöllü ve Terziler olmak üzere toplam 7 muhtarlıktan oluşan bir bölgedir. Bölgenin nüfusu 1531 erkek ve 1550 kadın olmak üzere toplam 3081 kişiden oluşmaktadır. Bölgede geçim kaynağı tarım ve hayvancılıktır. İlkokul ve ortaokul eğitimi taşınmalı eğitim şeklinde verilmektedir.

Şekil 4. Araştırma Bölgesi Haritası



Kaynak:74

Şekil 4'te araştırma bölgesinin haritası gösterilmektedir.

3.2.Araştırmanın Tekniği

Kesitsel tipte araştırma tekniği kullanılmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni

Araştırma evreni Toylar, Kaşıkçı, Geredeli, Tahtalı, Çavuşlu, Karagöllü ve Terziler olmak üzere toplam 7 muhtarlıktan oluşan İshakçılar bölgesinde sürekli ikamet eden 2553 hanede yaşayan hane halkıdır. Hanelerin 112 tanesi Toylar, 346 tanesi Kaşıkçı, 335 tanesi Geredeli, 569 tanesi Tahtalı, 611 tanesi Çavuşlu, 446 tanesi Karagöllü ve 134 tanesi Terziler Muhtalığı'na kayıtlıdır.

3.4.Araştırmanın Örneği

Araştırmanın örneklem birimi hane halkıdır. Araştırmada, araştırma evrenini oluşturan 7 muhtarlığa bağlı evleri tam olarak yansıtabilmesi için ağırlıklı sistematik örnek seçim tekniği kullanılmıştır.

3.4.1.Örnek Büyüklüğü

Örnek büyüklüğünü (n) saptamak için aşağıdaki formül kullanılmıştır. Formülde evrendeki birey sayısı (N), t tablosundaki belirli bir güven aralığı (GA) teorik değeri (t), olayın gerçekleşme olasılığı (p), olayın gerçekleşmeme olasılığı (q) ve kabul edilen örnek büyüklüğü hatası (d) değişkenleri yer almaktadır. Evreni İshakçılar bölgesinde sürekli ikamet eden hane halkından oluşmaktadır; %95 GA için t değeri 1,96'dır; en büyük örneğe ulaşabilmek için p değeri 0,5; q değeri 1-p olmak üzere 0,5 alınmıştır. Örneklem hatasını ifade eden d değeri 0,10 alınmıştır. Değerler formülde yerine yerleştirildiğinde "n" değeri 93 çıkmış ve 95 hane halkına ulaşmak hedeflenmiştir.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

3.4.2.Örnek Seçimi

Örnek seçiminde ağırlıklı sistematik örnek seçim tekniği kullanılmıştır. Tablo 19'da muhtarlık hane halkı sayısına göre örnek büyüklüğünün ağırlıklandırılması gösterilmektedir. Buna göre; örnek büyüklüğünü oluşturacak olan 95 hane halkı, araştırma evrenini oluşturan 7 muhtarlığa kayıtlı bulunan kapı numarası sayısına göre ağırlıklandırması yapılarak sistematik olarak seçilmiştir. Buna göre; Toylar Muhtarlığı'ndan 4, Kaşıkçı Muhtarlığı'ndan 13, Geredeli Muhtarlığı'ndan 12, Tahtalı

Muhtarlığı'ndan 21, Çavuşlu Muhtarlığı'ndan 23, Karagöllü Muhtarlığı'ndan 17 ve Terziler Muhtarlığı'ndan 5 hanehalkı seçilmiştir.

Tablo 19. Muhtarlık hanehalkı sayısına göre örnek büyüklüğünün ağırlıklandırılması

Muhtarlık Adı	Hanehalkı Sayısı (Evren)	Seçilecek Hanehalkı Sayısı (Örnek)
Toylar	112 (%5)	4
Kaşıkçı	346 (%14)	13
Geredeli	335 (%13)	12
Tahtalı	569 (%22)	21
Çavuşlu	611 (%24)	23
Karagöllü	446 (%17)	17
Terziler	134 (%5)	5
Toplam	2553 (%100)	95

Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü resmi sitesinden alınan kapı numaralarından her muhtarlık için ayrı bir liste oluşturulmuştur. Her bir liste için rastgele sayılar tablosundan bir sayı seçilmiş; seçilen sayının karşısındaki numara o grubun 1. hanehalkı olarak belirlenmiştir. Belirlenen hanehalkından sonra örnek aralığı Karagöllü için 26; Kaşıkçı, Tahtalı, Çavuşlu, ve Terziler için 27; Toylar ve Geredeli Muhtarlıkları için 28 olarak belirlenmiştir. Listenin sonuna gelindiğinde, listenin başından saymaya devam edilerek (liste devam ediyormuş gibi) her bir grup için ağırlığına göre örneğe seçilen hanehalkı belirlenmiştir. Listede seçilen kapı numarası araştırma alanına gidildiğinde bir evi temsil etmediği durumlarda seçilen kapı numarasına en yakın olan eve girilmiştir. Seçilen hanehalkı araştırmaya katılmayı kabul etmediği durumlarda yine en yakın ev, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hanehalkı yerine seçilmiştir. Araştırmamızda 3 hanehalkı araştırmaya katılmayı kabul etmemiş; bu hanelere en yakın 3 ev araştırmaya dahil edilmiştir.

Seçilen hanelerde sürekli ikamet eden kişiler araştırmamıza dahil edilmiştir. Örneklem grubumuza seçilen hanehalkına en az iki kez ulaşılmaya çalışılmış, ikinci gidişte de ulaşılamayan kişiler araştırma dışı bırakılmıştır. Zihinsel engeli olan kişiler araştırmamıza alınmamıştır.

Araştırmaya örnek seçilen 95 hanehalkında yaşayan 307 kişinin 22'si (7 'sinin zihinsel yetersizliği, 7'sine ulaşılamaması ve 8'inin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi nedeni

ile) araştırma dışı bırakılmış (Ek-7); analizler araştırmaya katılan 285 kişi üzerinden yapılmıştır.

3.5.Araştırmanın Hipotezleri

3.5.1.Araştırmanın Ana hipotezi

- Araştırma bölgesinde sosyo-demografik yapı kırsal alan özelliklerine sahiptir.
- Araştırma bölgesinde yaşayan 15 yaş ve üstü kişilerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel ve Mental Sağlık Skorları düşüktür.
- Araştırma bölgesinde erişkinlerde obezite sıklığı fazladır.
- Araştırma bölgesinde aile planlamasında geleneksel yöntem kullanım sıklığı fazladır.
- Araştırma bölgesinde 0-59 ay çocuklarda bodurluk sıklığı fazladır.
- Araştırma bölgesinde 5-18 yaş çocuklarda bodurluk sıklığı fazladır.

3.5.2.Araştırmanın Alt Hipotezleri

- Araştırma bölgesinde kadınların eğitim düzeyi erkeklerden düşüktür.
- Konut koşulları hanehalkının sağlığını etkilemektedir.
- Araştırma bölgesinde kadınlar erkeklere göre daha küçük yaşta evlenmektedir.
- Araştırma bölgesinde 0-14 yaş grubu çocuklarda bu zamana kadar herhangi bir kaza geçirme durumu cinsiyete göre değişmektedir.
- Araştırma bölgesinde kadınların sağlık düzeyi erkeklerden kötüdür.
- Araştırma bölgesinde kronik hastalık sıklığı fazladır ve cinsiyete göre değişmektedir..
- Yaş arttıkça sağlık düzeyi kötüleşir.
- Yaş attıkça kronik hastalık sıklığı artar.
- Araştırma bölgesinde sigara ve/veya alkol kullanma durumu cinsiyete göre değişmektedir.
- Araştırma bölgesinde 15 yaş ve üstü kişilerde var olan hastalıklar cinsiyete göre değişiklik göstermektedir.

- Araştırma bölgesinde 15 yaş ve üstü kişilerin son bir yıl içinde kaza geçirme durumu cinsiyete göre değişiklik göstermektedir.
- Araştırma bölgesinde 15 yaş ve üstü kişilerde SF-36 fiziksel ve mental sağlık alt ölçek değerleri cinsiyete göre değişmektedir.
- Araştırma bölgesinde 15 yaş ve üstü kişilerde beden kitle indeksi değeri cinsiyete göre değişmektedir.
- Araştırma bölgesinde evde doğum sıklığı sağlık kuruluşunda doğum yapma sıklığından fazladır.
- Araştırma bölgesinde şimdiye kadar ölü doğum yapmış olma durumu yaşa göre değişmektedir.
- Araştırma bölgesinde ideal ocuk sayısı isteği ile kadın başı sahip olunan ocuk sayısı farklıdır.

3.6.Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1.Bağımlı Değişkenler

- SF-36 leğinin genel sağlık algısı alt ölçek değeri
- SF-36 leğinin ağrı alt ölçek değeri
- SF-36 leğinin sosyal işlevsellik alt ölçek değeri
- SF-36 leğinin ruh sağlığı alt ölçek değeri
- SF-36 leğinin enerji/canlılık/vitalite alt ölçek değeri
- SF-36 leğinin emosyonel rol güçlüğü alt ölçek değeri
- SF-36 leğinin fiziksel rol güçlüğü alt ölçek değeri
- SF-36 leğinin fiziksel fonksiyon alt ölçek değeri
- SF-36 fiziksel sağlık skoru
- SF-36 mental sağlık skoru
- Kronik hastalık varlığı
- Sigara kullanma durumu
- Alkol kullanma durumu
- Çocukların yaşa göre ağırlık/ yaşa göre boy/ yaşa göre BKİ z skoru
- Erişkinlerin BKİ
- İlk evlenme yaşı

- Kaza geçirme durumu
- Son bir yıl içerisinde var olan hastalıkların türü

3.6.2.Bağımsız Değişkenler

- Cinsiyet
- Yaş
- Eğitim düzeyi
- Medeni durum
- Çalışma durumu
- Gelir durumu
- Konut yapısı
- İçme suyu kaynağı
- Tuvalet gideri
- Isınma kaynağı
- Ahır varlığı
- Evin içinde sigara içilme durumu

3.7.Araştırmanın Veri Kaynakları

Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür taramaları sonucu oluşturulan Hane Halkı Bilgi Formu, Hanehalkı Yaşam Koşulları Formu, 0-59 Ay Çocuk Soru Formu, 5-14 Yaş Soru Formu ve Yetişkin (15 Yaş Üstü) Soru Formu olmak üzere 5 soru formu kullanılmıştır.

3.7.1.Hanehalkı Bilgi Formu

Hane Halkı Bilgi Formu hanede sürekli ikamet eden kişilerin ad, soyad, cinsiyet, medeni hal, doğum tarihi, doğum yeri, öğrenim durumu, bu evde yaşadığı süre, öğrenim durumu, sağlık güvencesi ve çalışma durumu bilgilerinin yer aldığı bir formdur. Bu form hanede sürekli ikamet eden 15 yaş üstü bir kişiye sorular yüz yüze anket uygulaması şeklinde sorularak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.7.2.Hanehalkı Yaşam Koşulları Formu

Hanehalkı Yaşam Koşulları Formu toplam 18 sorudan oluşmaktadır ve evde sürekli ikamet eden 15 yaş üstü bir kişiye yüz yüze anket uygulaması şeklinde sorular sorularak araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Konutun kime ait olduğu, konut yapısı, konut tipi, içme suyu kaynağı, tuvalet durumu, çöplerin toplanma şekli, ısınma şekli, oda sayısı, yatak odası sayısı, evde sigara içilme durumu, zeminin ne ile kaplı olduğu, evde var olan eşyalar, evde kullanılan diller, haneye giren toplam aylık gelir, her ay zorunlu ödenen borç miktarı ve ahır varlığı/yokluğu durumu soruları yer almaktadır.

3.7.3.0-59 Ay Çocuk Soru Formu

0-59 Ay Çocuk Soru Formu toplam 6 sorudan oluşmakta; ad, soyad, son 6 ay içinde geçirdikleri hastalık/sağlık sorunları, şimdiye kadar geçirdikleri kazalar, son iki hafta içinde alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE) olma durumu ve öyküsü, son iki hafta içinde ishal olma durumu ve öyküsü, boy ve kilo ölçümü bilgileri yer almaktadır. 0-59 Ay Çocuk Soru Formu çocukların annelerine yüz yüze anket uygulaması şeklinde sorularak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.7.4.5-14 Yaş Soru Formu

5-14 Yaş Soru Formu toplam 4 sorudan oluşmakta; ad, soyad, son 6 ay içinde geçirdikleri hastalık/sağlık sorunları, şimdiye kadar geçirdikleri kazalar, boy ve kilo ölçümü bilgileri yer almaktadır. 5-14 Yaş Soru Formu çocukların annelerine yüz yüze anket uygulaması şeklinde sorularak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.7.5.Yetişkin (15 Yaş Üstü) Soru Formu

Yetişkin (15 Yaş Üstü) Soru Formu toplam 24 soru ve SF-36 (Short Form(Kısa Form)-36) Yaşam Kalitesi ölçeğinden oluşmaktadır. Bu anket formu kişisel bilgiler, kronik hastalıklar, kazalar, alışkanlıklar, doğurganlık, aile planlaması ve antropometrik ölçümler (boy ve kilo) bölümlerinden oluşmaktadır. Doğurganlık ve aile planlaması bölümlerindeki sorular sadece 15 yaş üstü kadınlara; diğer bölümler ise 15 yaş üstü her iki cinsiyete de sorulmuştur. Çalışmamızda kişinin işyerinde bulunduğu sırada, yürütmekte olduğu iş nedeniyle, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi

sürecinde, emziren kadın çalışanın çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanda ve işe gidiş-geliş sırasında gerçekleşen kazalar iş kazası olarak tanımlanmıştır. Gelir kaynağı çoğunlukla tarım ve hayvancılık olan çalışma bölgemizde tarım ve hayvancılık faaliyetleri gerçekleştirilirken oluşan kazalar iş kazası olarak alınmıştır. Ev kazaları, salon, mutfak, yatak odası, balkon, bahçe, garaj gibi eve ait bölümlerde meydana gelen kazalar olarak tanımlanmıştır.

3.7.5.1. Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği

İlk olarak 1992 yılında geliştirilip kullanıma sunulan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Kişisel değerlendirme için uygun olan SF-36 ölçeği bilgisayar ortamında veya eğitilmiş bir kişi tarafından yüz yüze veya telefon görüşmesi yoluyla 14 yaş ve üzerindeki kişilere uygulanabilmektedir.^{75,76}

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 36 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) olmak üzere sağlığın 8 boyutunu değerlendirmektedir. Ölçek bu değerlendirmeleri son 4 haftayı göz önüne alarak yapmakta; sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar, olumlu yönlerini de değerlendirmektedir. Ölçek toplam tek bir puan vermek yerine ; her bir alt ölçek için ayrı ayrı puan vermekte ve puanlar 0-100 arasında değişmektedir. 100 puan iyi sağlık durumunu gösterirken, 0 puan kötü sağlık durumunu göstermektedir. Fiziksel sağlık skoru fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve genel sağlık algısı alt ölçeklerinden mental sağlık skoru ise enerji/canlılık/vitalite, sosyal işlevsellik, emosyonel rol güçlüğü ve ruhsal sağlık alt ölçeklerinin ortalamasından oluşmaktadır ve fiziksel sağlık skoru fiziksel sağlığı mental sağlık skoru ise mental sağlığı değerlendirmektedir.⁷⁷⁻⁸⁰

Tablo 20'de 36 maddeden oluşan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puanlaması gösterilmektedir. Her bir madde ilk seçenektan son seçeneğe doğru puanlanmıştır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde maddeler 2, 3, 5 ve 6 seçenekli sorulardan oluşmaktadır ve her bir maddede tek seçenek işaretlenmektedir. Örneğin 1 numaralı madde 5 seçenekli bir

sorudur ve puanlaması ilk seçenektan son seçeneğe doğru 100, 75, 50, 25, 0 şeklinde yapılmaktadır.

Tablo 20. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Maddelerinin Puanlaması

Maddeler	Puanlama(ilk seçenektan son seçeneğe doğru)
1	100, 75, 50, 25, 0
2	100, 75, 50, 25, 0
3	0, 50, 100
4	0, 50, 100
5	0, 50, 100
6	0, 50, 100
7	0, 50, 100
8	0, 50, 100
9	0, 50, 100
10	0, 50, 100
11	0, 50, 100
12	0, 50, 100
13	0,100
14	0,100
15	0,100
16	0,100
17	0,100
18	0,100
19	0,100
20	100, 75, 50, 25, 0
21	100, 80, 60, 40,20, 0
22	100, 75, 50, 25, 0
23	100, 80, 60, 40,20, 0
24	0, 20, 40,60, 80, 100
25	0, 20, 40,60, 80, 100
26	100, 80, 60, 40,20, 0
27	100, 80, 60, 40,20, 0
28	0, 20, 40,60, 80, 100
29	0, 20, 40,60, 80, 100
30	100, 80, 60, 40,20, 0
31	0, 20, 40,60, 80, 100
32	0, 25, 50, 75, 100
33	0, 25, 50, 75, 100
34	100, 75, 50, 25, 0
35	0, 25, 50, 75, 100
36	100, 75, 50, 25, 0

Kaynak:75,79,80

Tablo 21'de SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçeklerinin puan hesaplamalarının formülleri gösterilmektedir. Örneğin Fiziksel Fonksiyon alt ölçeğinin puanı 3,4,5, 6,7,8, 9, 10, 11 ve 12. maddelerden alınan puanların 10'a bölünmesi ile hesaplanmaktadır.

Tablo 21. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Ölçeklerinin Puan Hesaplaması

Alt Ölçekler	Formül
Fiziksel Fonksiyon	$(3+4+5+6+7+8+9+10+11+12)/10$
Fiziksel Rol Güçlüğü	$(13+14+15+16)/4$
Emosyonel Rol Güçlüğü	$(17+18+19)/3$
Enerji/Canlılık/Vitalite	$(23+27+29+31)/4$
Ruhsal Sağlık	$(24+25+26+28+30)/5$
Sosyal İşlevsellik	$(20+32)/2$
Ağrı	$(21+22)/2$
Genel Sağlık Algısı	$(1+33+34+35+36)/5$

Kaynak:75,79,80

Tablo 22'de SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçeklerinin puanlamasının tanımları yapılmakta; her bir alt ölçeğin düşük puan ve yüksek puanlarının ne anlama geldiği açıklanmaktadır. Buna göre; örneğin Fiziksel Fonksiyon alt ölçeğinde yüksek puan fiziksel sağlık olarak işte ya da günlük aktivitelerde sorun olmamasını ifade etmekteyken, düşük puan fiziksel sağlığın bozulmasıyla işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorunların varlığını ifade etmektedir.

Tablo 22. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Ölçeklerinin Puanlamasının Tanımları

Alt Ölçekler	Düşük Puan	Yüksek Puan
Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel sağlığın bozulmasıyla işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da günlük aktivitelerde sorun olmaması
Fiziksel Rol Güçlüğü	Yıkama ve giyinme de dahil tüm fiziksel aktiviteleri yerine getirmede kısıtlılık	Fiziksel sağlık olarak işte ya da günlük aktivitelerde sorun olmaması
Emosyonel Rol Güçlüğü	Emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorun olmaması
Enerji/Canlılık/Vitalite	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Ruhsal Sağlık	Sürekli sinirlilik ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Sosyal İşlevsellik	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı toplumsal etkinlikleri kesinti olmaksızın yürütme
Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Genel Sağlık Algısı	Sağlığın kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma

Kaynak:79,80

3.8.Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçları ve Ölçüm Tekniği

Araştırmaya katılan kişilerin boy ve kilo ölçümü yapılmıştır. Kilo ölçümünde 0-2 yaş için Salter 325/6S Model Çengel Terazi; diğer yaş grupları için Sinbo SBS 4432 Model Dijital Terazi kullanılmıştır. Her iki terazi de veri toplamaya başlamadan önce kalibre ettirilmiştir (Ek-10). Katılımcıların boyu esnek olmayan mezura ile ölçülmüştür. Katılımcıların kiloları üzerlerinde ince elbise varken ve ayakları çıplak iken ölçüldü. 0-2 yaş katılımcıların boy ölçümü yere yatırılarak ayakları çıplak, topuk yerde ve bitişik haldeyken en üst tepe ucu ve topuk ucu işaretlenerek yapıldı; 0-2 yaş dışı katılımcıların boy ölçümü ise ayakta, ayakları çıplak, sırtları duvara yaslanmış şekilde duvar kenarında başlarındaki en üst tepe ucu işaretlenme sonrası mezura ile ölçülerek hesaplanmıştır.

Katılımcıların boy ve kilo ölçümlerinin değerlendirmeleri yaş gruplarına göre yapılmıştır. Her bir katılımcının vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünmesiyle Beden Kitle İndeksi(BKİ) hesaplanmıştır. Erişkinlerin BKİ

değerlendirilmesi şu şekilde yapılmıştır: Düşük kilolu= $BKİ < 18,50$; Normal kilolu= $18,50 \leq BKİ < 25,00$; Fazla kilolu= $25,00 \leq BKİ < 30,00$; Obez= $BKİ \geq 30,00$ (60,98).

Tablo 23'de 5 yaş üstü çocukların antropometrik ölçümlerinin z skor sınıflaması (WHO 2007) gösterilmektedir. Bu tablo 5-19 yaş grubu çocuklar için geçerlidir.^{68,81}

Tablo 23. 5 Yaş Üstü Çocukların Antropometrik Ölçümlerinin Z Skor Sınıflaması (WHO 2007)

Z Skoru	Yaşa Göre Ağırlık	Yaşa Göre Boy Uzunluğu	Yaşa Göre BKİ
$z > + 3 SD$	Şişman	Çok Uzun	Obez
$+ 2 SD < z \leq +3 SD$	Hafif Şişman	Uzun	Obez
$+ 1 SD < z \leq +2 SD$	NORMAL	NORMAL	Fazla Kilolu
$-2 SD \leq z \leq +1 SD$			NORMAL
$- 3 SD \leq z < -2 SD$	Zayıf	Bodur	Zayıf
$z < - 3 SD$	Çok Zayıf	Ciddi Bodur	Çok Zayıf

Kaynak: 52, 59(SD= Standart Sapma)

Araştırmamızda çocukların yaşa göre ağırlık z değeri, yaşa göre boy uzunluğu z değeri ve yaşa göre BKİ z değeri Kocaeli Üniversitesi Çocuk Poliklinikleri'nde kullanılmakta olan, İhsan Esen tarafından CDC 2000 ve Olcay Neyzi 2015 verileri kullanılarak hazırlanan Oksolojik Hesaplamalar isimli bilgisayar programı kullanılarak yapılmıştır.

Araştırmamızda 0-5 yaş grubu çocukların antropometrik sonuçları TNSA-2013 'te kullanılan sınıflamaya göre değerlendirilmiştir. Buna göre 0-5 yaş grubunda yaşa göre boy endeksine göre referans grubun ortanca değerinde eksi iki standart (-2SD) sapma gösteren çocuklar yaşlarına göre kısa (bodur) kabul edilmekte ve bu kronik beslenme probleminin bir göstergesi sayılmaktadır; referans grubun ortanca değerinden eksi üç standart sapma (-3SD) gösteren çocuklar ise ciddi olarak kısa boylu kabul edilmektedir.⁵

Boya göre ağırlık endeksi akut olarak yetersiz beslenmeyi göstermektedir, 0-5 yaş grubu için referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart (-2SD) sapma gösteren çocuklar zayıf olarak kabul edilmektedirler. Yaşa göre ağırlık endeksi hem akut hem de kronik yetersiz beslenmeyi değerlendirmeyi sağlamaktadır; 0-5 yaş grubu çocuklarda yaşa göre ağırlığı referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart sapma(-2SD) gösteren çocuklar düşük kilolu olarak sınıflandırılmıştır.⁵

Beden Kitle İndeksi değerinin fazla kilolu ve obez değerlendirmesi 5 yaş altı ve 5 yaş üstü çocuklar için farklı yapılmaktadır. Beş yaş altı çocuklarda BKİ z değeri $2 \leq z < 3$ SD olanlar fazla kilolu, $z \geq 3$ SD olanlar obez kabul edilmekte iken; beş yaş üstü çocuklarda BKİ z değeri $1 < z \leq 2$ SD olanlar fazla kilolu, $z > 2$ SD olanlar obez olarak kabul edilmektedir.^{52,81,82}

3.9.Araştırmanın Uygulanması

Araştırma bölgesinde çalışmaya başlamadan önce bölgenin muhtarları ve aile hekimi çalışma hakkında bilgilendirilmiş; onlardan bölge halkını çalışma hakkında bilgilendirmeleri istenmiştir. Verileri toplamaya başlamadan önce örneğe seçilmeyen iki hanede pilot uygulama yapılmış ve anket soruları bölge halkının anlayabileceği şekilde yeniden düzenlenmiştir. Çalışma, anket soruları araştırmacı tarafından katılımcılara sorularak yüz yüze anket uygulaması şeklinde yapılmıştır. Anket uygulaması 31 Mart-15 Mayıs 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

Örneğe seçilen kapı numarası bir eve denk gelmediği durumda o numaraya en yakın mesafedeki hane araştırmaya katılmıştır. Hanede sürekli ikamet eden kişilere en az iki kez ulaşılmaya çalışılmış, ikinci defadan sonra hala ulaşılamaması durumunda o kişi araştırma dışı bırakılmıştır. Zihinsel yeterliliği olmayan veya araştırmaya katılmayı kabul etmeyen kişiler araştırmaya alınmamıştır. Kişilerin boy ve kilo ölçümleri araştırmacı tarafından buldukları hanelerde yapılmıştır.

3.10.Araştırma İle İlgili İzinler

Araştırma ile ilgili gerekli idari izin T.C Kocaeli Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (19.09.2016/15096744/806.01.03) alınmıştır (Ek-8). Etik Kurulu izni Kocaeli Üniversitesi (KOÜ) Araştırma ve Uygulama Hastanesi Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 2016/17.16 karar numarası ve KOÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2016/284 proje numarası ve 19.10.2016 karar tarihi ile alınmıştır (Ek-9).

3.11.Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırmada elde edilen veriler araştırmacı tarafından Statistical Package for Social Science (SPSS) 20.0 veri tabanına aktarılmış ve analiz yapılmıştır. Kategorik verilerin

sıklık dağılımları (kategorik) sayı ve yüzde olarak; sürekli değişkenler ise ortalama \pm standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük olarak değerlendirilmiştir. Kategorik verilerin bağımlı değişken ile olan ilişkisini saptayabilmek için ki-kare testi kullanılmış; sonuçlar Pearson ki-kare, Lineer ki-kare, Yates Düzeltmeli ki-kare veya Fisher Kesin ki-kare olarak değerlendirilmiştir.

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile test edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda; veriler parametrik test varsayımlarını karşılamadığı için Mann-Whitney U testi kullanılmış, fark çıkanlara Kruskal Wallis testi ve Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Bütün analizler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

3.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Tablo 24. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

		Konu Seçimi	Literatür Taraması	Soru Formu	İzinler	Veri Toplama	Veri Girişi	Analiz	Rapor Yazımı
2016	Nisan	x	x						
	Mayıs	x	x						
	Haziran		x	x					
	Temmuz		x	x					
	Ağustos		x		x				
	Eylül		x		x				
	Ekim		x		x				
	Kasım		x						
	Aralık		x						
2017	Ocak		x						
	Şubat		x						
	Mart		x						
	Nisan		x			x			
	Mayıs		x			x			
	Haziran		x				x		
	Temmuz		x				x		
	Ağustos		x					x	
	Eylül		x					x	
	Ekim		x						x
	Kasım		x						x
	Aralık		x						x
2018	Ocak		x						x
	Şubat		x						x
	Mart		x						x

4.BULGULAR

Araştırmamızda örneğe seçilen 95 hanehalkının tamamına ulaşılmıştır. Hanehalkında bulunan ve araştırmamıza katılmayı kabul eden 285 kişi ile yüzyüze görüşülmüştür. Araştırmanın bulguları alt başlıklar halinde sunulmuştur.

4.1.Hane özellikleri

Araştırmaya katılan hanelerin konut özellikleri Tablo 25'de verilmiştir. Buna göre; araştırmaya katılan evlerin %97,9'unun (93 ev) mülkiyeti evde yaşayan birine ait, %1,1'i (1 ev) kira ve geri kalan %1,1'i de (1 ev) lojmandır. Evlerin %86,3'ü (82 ev) beton/tuğladan yapılmışken %13,7'si (13 ev) ahşaptan yapılmıştır. Hanelerin % 68,5'i (65 ev) içme suyu olarak şebeke suyunu kullanmakta iken, %18,8'i (18 ev) dağdan gelen kaynak suyunu kullanmaktadır.

Araştırmaya katılan evlerin 85'i (%89,5) kanalizasyona bağlı iken, 10 (%10,5) evde foseptik çukur bulunmaktadır. Ayrıca evlerin tamamının evsel atıkları belediye tarafından çöp konteynerleri ile toplanmaktadır (Tablo 25).

Araştırmaya katılan hanelerin %91,6'sında (87 ev) ısınma kaynağı olarak odun kullanılmaktadır. Evlerin 65'inde (%68,4) ahır bulunmaktadır. Ahırların 15'i evle bitişik bulunmakta iken, 50 ahır evden uzak bir yerde bulunmaktadır. Araştırmaya katılan hanelerin %65,3'ünde (62 ev) evin içinde sigara içilmektedir (Tablo 25).

Tablo 25. Araştırmaya katılan hanelerin konut özelliklerinin sayı ve yüzde dağılımı

	n	%
Evin Mülkiyeti		
Evde Yaşayan Birine Ait	93	97,9
Kira	1	1,1
Lojman	1	1,1
Toplam	95	100,0
Konut Yapısı		
Beton/Tuğla	82	86,3
Ahşap	13	13,7
Toplam	95	100,0
Konut Tipi		
Müstakil	46	48,4
Çok Kath	49	51,6
Toplam	95	100,0
İçme Suyu Kaynağı		
Şebeke	65	68,5
Damacana	12	12,7
Kaynak Suyu	18	18,8
Toplam	95	100,0
Tuvalet Yeri		
Evin İçinde	95	100,0
Toplam	95	100,0
Tuvalet Gideri		
Kanalizasyon	85	89,5
Foseptik Çukur	10	10,5
Toplam	95	100,0
Evsel Atık		
Konteyner (Belediye)	95	100,0
Toplam	95	100,0
Isınma		
Soba	87	91,6
Kalorifer	8	8,4
Toplam	95	100,0
Konut Zemini		
Laminant/Parke	43	45,3
Tahta	47	49,5
Diğer	5	5,3
Toplam	95	100,0
Ahır		
Yok	30	31,6
Var, Evle Bitişik	15	15,8
Var, Evden Uzakta	50	52,6
Toplam	95	100,0
Evin İçinde Sigara		
İçiliyor	62	65,3
İçilmiyor	33	34,7
Toplam	95	100,0

Araştırmaya katılan evlerde var olan eşyaların sayı ve yüzde dağılımları Tablo 26'da gösterilmiştir. Buna göre evlerin tamamında buzdolabı bulunurken; %65,3'ünde (62 evde) bulaşık makinesi, %97,9'unda (93 evde) çamaşır makinesi ve %92,4'ünde (88 evde) elektrik süpürgesi bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan evlerin %71,6'sında (68 evde) traktör , %94,7'sinde (90 evde) cep telefonu ve %57,9'unda (55 evde) özel araba bulunmaktadır.

Tablo 26. Araştırmaya katılan evlerdeki eşyaların sayı ve yüzde dağılımı

	Var		Yok	
	n	%	n	%
Buzdolabı	95	100,0	0	0,0
Bulaşık Makinesi	62	65,3	33	34,7
Çamaşır Makinesi	93	97,9	2	2,1
Ütü	87	91,6	8	8,4
Elektrik Süpürgesi	88	92,4	7	7,4
Televizyon	100	100,0	0	0,0
Fırın	75		20	
Çamaşır Kurutma Makinesi	2	2,1	93	97,9
Cep Telefonu	90	94,7	5	5,3
Ticari Araba	12	12,6	83	87,4
Özel Araba	55	57,9	40	42,1
Traktör	68	71,6	27	28,4
Motosiklet	3	3,2	92	96,8
Masaüstü Bilgisayar	11	11,6	84	88,4
Dizüstü/Tablet	7	7,4	88	92,6
İnternet Bağlantısı	6	6,3	89	93,7
Ev Sinema Sistemi	2	2,1	93	97,9

Araştırmaya katılan hanelerde yaşayanlara hanenin ortalama aylık geliri ve her ay ödemek zorunda oldukları borçları olup olmadığı (varsa miktarı) sorulmuştur. Buna göre; hanelerin aylık gelirlerinin ortalaması 1933,4 ± 1265,0 TL, ortanca değeri 1500,0 TL ve modu 2000,0 TL'dir. Hanelerin aylık borçlarının ortalaması 461,6 ± 673,5 TL, ortanca değeri 300 ve modu 0,0 TL'dir (Tablo 27).

Tablo 27. Araştırmaya katılan hanelerin aylık gelir ve borç durumlarının dağılımı

n:95	Ort. ± SS (TL)	Ortanca (TL)	Mod (TL)
Aylık Gelir	1933,4 ± 1265,0	1500,0	2000
Aylık Borç	461,6 ± 673,5	300,0	0

Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

Araştırmaya katılan 95 hane halkı 150 kadın ve 157 erkek olmak üzere toplam 307 kişiden oluşmaktadır. Hane halkında bulunan 22 kişinin (7 kadın, 15 erkek) 7'si zihinsel yetersizlik 7'si ulaşılama ve 8'i araştırmaya katılmayı kabul etmeme nedenleri ile araştırma dışı bırakılmıştır. Araştırmamızın analizleri geriye kalan 285 kişi üzerinden yapılmıştır.

4.2. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılanların yaş ve cinsiyet dağılımları Tablo 28'de gösterilmiştir. Araştırmaya 142 erkek ve 143 kadın olmak üzere toplam 285 kişi katılmıştır. Erkeklerin %4,2'si 0-4 yaş, %12,7'si 5-14 yaş, %64,8'i 15-64 yaş, %18,3'ü 65 yaş ve üstü yaş aralığında bulunurken; kadınların %4,9'u 0-4 yaş, %9,1'i 5-14 yaş, %69,2'si 15-64 yaş, %16,8'i ise 65 yaş ve üstü yaş aralığında bulunmaktadır ($p>0.05$).

Tablo 28. Araştırmaya katılanların cinsiyet ve yaşa göre dağılımı

	0-4 Yaş		5-14 Yaş		15-64 Yaş		≥ 65 Yaş		Toplam		x ² Değeri p Değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Erkek	6	4,2	18	12,7	92	64,8	26	18,3	142	100,0	1,216 0,749
Kadın	7	4,9	13	9,1	99	69,2	24	16,8	143	100,0	
Toplam	13	4,6	31	10,9	191	67,0	50	17,5	285	100,0	

Ki-kare Testi

Araştırmaya katılan 0-14 yaş grubundaki 44 çocuğun öğrenim durumlarının sayı ve yüzde dağılımı Tablo 29'da gösterilmiştir. 44 çocuktan 13'ü okul çağında bulunmamaktadır. Okul çağında olan bütün çocukların cinsiyetine bakılmaksızın yaşlarına göre uygun olan sınıflarda öğrenimlerine devam ettikleri tespit edilmiştir. Araştırmamıza katılan ve okul çağında olan bütün çocuklar yaşlarına uygun okula gitmektedir.

Tablo 29. Araştırmaya katılan 0-14 yaş grubunun öğrenim durumlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Okul çağında değil	6	25,0	7	35,0	13	29,5
İlkokul	13	54,2	5	25,0	18	40,9
Ortaokul	5	20,8	7	35,0	12	27,3
Lise	0	0,0	1	5,0	1	2,3
Toplam	24	100,0	20	100,0	44	100,0

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin okur-yazar olma durumlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 30'da gösterilmiştir. Buna göre; 15 yaş ve üstü 118 erkek 123 kadın bulunmaktadır. 15 yaş ve üstü 118 erkeğin %7,6'sı (9 kişi) okur-yazar değilken, 123 kadının ise %32,5'i (40 kişi) okur-yazar değildir. Okur yazarlık oranı erkeklerde %92,4 (109 kişi) iken, kadınlarda %67,5'tir (83 kişi). Okur-yazarlık oranı erkeklerde kadınlara göre daha fazladır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 30. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin okur-yazar olma durumlarının cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam		x ² P
	n	%	n	%	n	%	
Okur-yazar	109	92,4	83	67,5	192	79,7	
Okur-yazar değil	9	7,6	40	32,5	49	20,3	
Toplam	118	100,0	123	100,0	241	100,0	

Ki-kare Test

Araştırmamızda 15 yaş ve üstü 241 bireyden 9'u hala öğrenim görmektedir. Bunlarda 4'ü lisede (2 erkek, 2 kız), 5'i ise üniversitede (3 erkek, 2 kız) okumaktadır. Bu 9 kişinin dışında kalan 232 kişinin öğrenim durumlarının cinsiyet ilişkisi Tablo 31'de gösterilmektedir. Buna göre erkeklerin okula gitme ve öğrenime devam etme oranları kadınlara göre daha fazladır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($p<0,001$).

Tablo 31. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü öğrenimlerini tamamlamış kişilerin öğrenim durumlarının cinsiyetle ilişkisi

	Erkek		Kadın		Toplam		x ² P
	n	%	n	%	n	%	
Okula gitmemiş	10	8,8	42	35,3	52	22,4	31,33 0,000
İlkokul	74	65,5	69	58,0	143	61,7	
Ortaokul ve üstü*	29	25,7	8	6,7	37	15,9	
Toplam	113	100,0	119	100,0	232	100,0	

Ki-kare, Linear- by- linear, *Lise ve üniversite mezunları dahil

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü bireylerin medeni durumlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 32'de gösterilmiştir. Buna göre; 15 yaş ve üstü erkeklerin %12,7'si bekar, %78,8'i evli ve %8,5'i dul veya boşanmıştır. 15 yaş ve üstü kadınların ise %6,5'i bekar, %79,7'si evli ve %13,8'i ise dul veya boşanmıştır. 15 yaş ve üstü kişilerde medeni durum bakımından erkek ve kadınlar arasında ki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 32. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü bireylerin medeni durumlarının cinsiyete göre dağılımı

Medeni durum	Erkek		Kadın		Toplam		x ² P
	n	%	n	%	n	%	
Bekar	15	12,7	8	6,5	23	9,5	3,974 0,137
Evli	93	78,8	98	79,7	191	79,3	
Dul/Boşanmış	10	8,5	17	13,8	27	11,2	
Toplam	118	100,0	123	100,0	241	100,0	

Ki-kare Testi

Araştırmaya katılan katılımcıların sosyal güvence durumlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımları Tablo 33'de gösterilmiştir. Buna göre ; erkeklerin %8,8'inin sosyal güvencesi yokken, kadınların ise %7,0'ının sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Sağlık güvencesi durumu bakımından kadın ve erkek arasında istatistiksel açıdan fark yoktur (p>0,05).

Tablo 33. Araştırmaya katılanları sosyal güvence durumlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımları

Sosyal Güvence	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yok	14	8,8	10	7,0	24	8,4
Emekli-Sandığı	7	3,7	3	2,1	10	3,5
SSK	77	55,9	79	55,2	156	54,7
Bağ-Kur	44	31,6	51	33,7	95	33,4
Toplam	142	100,0	143	100,0	285	100,0

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin ilk evlenme yaş ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 34'de gösterilmiştir. Buna göre; erkeklerin ilk evlenme yaş ortalamaları $21,7 \pm 4,1$ iken, kadınların ilk evlenme yaş ortalamaları $19,8 \pm 3,5$ 'tir. Erkekler kadınlardan daha büyük yaşta evlenmektedirler ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($p < 0,001$).

Tablo 34. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin ilk evlenme yaş ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	n	Ort. \pm SS	Minimum	Maksimum	P *
Erkek	103	$21,7 \pm 4,1$	16	39	0,000
Kadın	114	$19,8 \pm 3,5$	14	39	

*Mann-Whitney U, Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

Araştırmaya katılanlardan 18 yaş altında çalışan çocuk sayısı birdir ve kendi hesabına çalışmaktadır (çiftçi). Araştırmada çiftçilik ve hayvan besiciliği yapanlar kendi hesabına çalışan olarak değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin çalışma durumlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımları Tablo 35'te gösterilmiştir. Buna göre; 15 yaş ve üstü kadınları %91,0'ı ev hanımıdır. 15 yaş ve üstü erkeklerin %51,7'si kendi hesabına çalışmakta iken, %16,1'i ücretli/aylıklı çalışmaktadır. 15 yaş ve üstü erkeklerin % 23,7'si emekli iken, kadınların %1.6'sı emeklidir.

Tablo 35. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin çalışma durumlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İşsiz	5	4,2	0	0,0	5	2,1
Ev Hanımı	0	0,0	112	91,0	112	46,4
Kendi hesabına çalışan	61	51,7	4	3,3	65	27,0
Ücretli/Aylıklı Çalışan	19	16,1	1	0,8	20	8,3
Emekli	28	23,7	2	1,6	30	12,5
Öğrenci	5	4,2	4	3,3	9	3,7
Toplam	118	100,0	123	100,0	241	100,0

Araştırmaya katılanlarının doğum yerlerinin sayı ve yüzde dağılımı Tablo 36'da gösterilmiştir. Buna göre; 285 katılımcıdan 273'ü (%95,8) İzmit doğumlu iken, 3'ü (%1,1) Adana, 2'si (%0,7) Ordu, 1'i (%0,4) Sakarya ve 6'sı (%2,1) Van doğumludur.

Tablo 36. Araştırmaya katılanların doğum yerlerinin sayı ve yüzde dağılımı

	n	%
İzmit	273	95,8
Adana	3	1,1
Ordu	2	0,7
Sakarya	1	0,4
Van	6	2,1
TOPLAM	285	100,0

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü evlenmiş olan kişilerin eşleri ile kan bağı varlığı durumunun sayı ve yüzde dağılımı Tablo 37'de gösterilmektedir. Buna göre; en bir kez evlenmiş olan 218 kişinin %6,9'unun (15 kişi) eşleri ile kan bağı bulunmaktadır. Kan bağı varlığını yani akraba evliliğini hane bazında ele alırsak araştırmaya katılan 95 haneden 11'inde (%11,6) akraba evliliği vardır.

Tablo 37. Araştırmaya katılan 15 yaş üstü evlenmiş olan kişilerin eşleri ile kan bağı varlığı durumunun sayı ve yüzde dağılımı

Kan Bağı	n	%
Var	15	6,9
Yok	203	93,1
Toplam	218	100,0

4.3.Katılımcıların Sağlık Durumu Özellikleri

4.3.1.0-14 yaş katılımcıların sağlık durumu özellikleri

Araştırmada 15 yaş altındaki çocuklara yaş aralığına göre 0-59 ay formu veya 5-14 yaş formu uygulanmıştır. Tablo 38 ve Tablo 39 da çocukların son 6 ay içinde geçirdikleri hastalıkların sayı ve yüzde dağılımları gösterilmektedir. Buna göre; son 6 ay içinde 0-59 ay çocuklarda ÜSYE ve ishal; 5-14 yaş çocuklarda ise en sık ÜSYE ile ağız ve diş sağlığı problemi sık görülmüştür.

Tablo 38. Araştırmaya katılan 0-59 ay yaş aralığındaki çocukların son 6 ay içinde geçirdikleri hastalıkların sayı ve yüzde dağılımı

n:14	n	%
ÜSYE	11	78,6
ASYE	1	7,1
İshal	5	35,7
Kanser	1	7,1
Cilt-Hastağı	3	21,4

Tablo 39. Araştırmaya katılan 5-14 yaş aralığındaki çocukların son 6 ay içinde geçirdikleri hastalıkların sayı ve yüzde dağılımı

n:30	n	%
ÜSYE	17	56,7
Ağız-diş sağlığı problemi	7	23,4
Ruh sağlığı sorunu	1	3,3
Cilt rahatsızlığı	1	3,3
Kas iskelet sistemi hastalığı	1	3,3
Beslenme sorunu	1	3,3

Araştırmaya katılan 0-14 yaş aralığındaki çocukların son 6 ay içinde sağlık sorunu yaşama durumlarının yaşla ilişkisi Tablo 40'da gösterilmektedir. Buna göre son 6 ay içinde 0-4 yaş çocukların %92,9'u 5-14 yaş çocukların ise %70,0'ı bir sağlık problemi yaşamıştır. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 40. Araştırmaya katılan 0-14 yaş aralığındaki çocukların son 6 ay içinde sağlık sorunu yaşama durumlarının yaşla ilişkisi

Son 6 Ay İçinde Sağlık Sorunu	0-4 yaş		5-14 yaş		Toplam		χ^2 P
	n	%	n	%	n	%	
Var	13	92,9	21	70,0	34	77,3	1,687 0,194
Yok	1	7,1	9	30,0	10	22,7	
Toplam	14	100,0	30	100,0	44	100,0	

Ki-kare

Tablo 41 ve Tablo 42 'de araştırmaya katılan çocukların bu zamana kadar geçirdikleri kazaların sayı ve yüzde dağılımı verilmiştir. Buna göre çocukların 0-59 ay yaş aralığındaki çocukların 10'u (%71,4) oyun oynarken düşmüş iken, 2'si (%14,3) ise trafik kazası geçirmiş; 5-14 yaş aralığındaki çocukların 6'sında (%20) yanık oluşmuş, 5'i (%16,7) ise kesici-delici aletle yaralanmıştır.

Tablo 41. Araştırmaya katılan 0-59 ay yaş aralığında ki çocukların bu zamana kadar geçirdikleri kazaların sayı ve yüzde dağılımı

n:14	n	%
Düşme-kayma	10	71,4
Trafik kazası	2	14,3

Tablo 42. Araştırmaya katılan 5-14 yaş aralığında ki çocukların bu zamana kadar geçirdikleri kazaların sayı ve yüzde dağılımı

n:30	n	%
Yanık	6	20,0
Kesici-delici aletle yaralanma	5	16,7
Trafik kazası	1	3,3
Okulda-yaralanma	6	20,0
Spor yaparken yaralanma	7	23,3

Araştırmaya katılan 0-14 yaş aralığındaki çocukların bu zamana kadar herhangi bir kaza geçirme durumlarının yaşa göre dağılımı Tablo 43'te gösterilmiştir. Buna göre, 0-4

yaş grubu çocuklarda kaza geçirme oranı %71,4 iken, 5-14 yaş grubu çocuklarda bu oran %86,7'dir. Kaza geçirmiş olma durumu bakımında 0-4 yaş grubu ile 5-14 yaş grubu arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 43. Araştırmaya katılan 0-14 yaş aralığındaki çocukların bu zamana kadar herhangi bir kaza geçirme durumlarının yaşa göre dağılımı

Kaza Geçirme Durumu	0-4 yaş		5-14 yaş		Toplam		χ^2 P
	n	%	n	%	n	%	
Geçirmiş	10	71,4	26	86,7	36	81,8	1,490 0,242
Geçirmemiş	4	28,6	4	13,3	8	18,2	
Toplam	14	100,0	30	100,0	44	100,0	

Ki-kare Fisher's Exact Test

Araştırmaya katılan 0-14 yaş aralığındaki çocukların bu zamana kadar herhangi bir kaza geçirme durumlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 44'te gösterilmiştir. Buna göre; 0-14 yaş aralığındaki erkeklerin %87,5'i, kızların ise %75,0'ı şimdiye kadar herhangi bir kaza geçirmişlerdir. Kızlar ve erkekler arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 44. Araştırmaya katılan 0-14 yaş aralığındaki çocukların bu zamana kadar herhangi bir kaza geçirme durumlarının cinsiyete göre dağılımı

Kaza Geçirme Durumu	Erkek		Kadın		Toplam		χ^2 P
	n	%	n	%	n	%	
Geçirmiş	21	87,5	15	75,0	36	81,8	1,146 0,436
Geçirmemiş	3	12,5	5	25,0	8	18,2	
Toplam	24	100,0	20	100,0	44	100,0	

Ki-kare Fisher's Exact

Araştırmaya katılan 0-59 yaş 14 çocuğun yaşa göre vücut ağırlığı z skorlarının sayı ve yüzde dağılımı Tablo 45'de gösterilmiştir. Buna göre; 0-59 ay çocukların %7,1'i (1 çocuk) zayıf, %92,9'u (13 çocuk) yaşına göre normal kilodadır.

Tablo 45. Araştırmaya katılan 0-59 ay yaş grubu çocukların yaşa göre vücut ağırlığı z skoru değerlerinin sayısı ve yüzde dağılımı

Ağırlık Z skoru	n	%
$-3 \leq z < -2$ (zayıf)	1	7,1
$-2 \leq z \leq 2$ (normal)	13	92,9
Toplam	14	100,0

Araştırmaya katılan 0-59 ay ve 5-18 yaş arası çocukların yaşa göre boy z skorlarının sayısı ve yüzde dağılımı Tablo 46'da gösterilmiştir. Buna göre; 0-59 ay çocukların %14,3'ü (2 çocuk) bodur %85,7'si yaşına göre normal boyda iken, 5-18 yaş çocukların ise %8,6 'sı (3 çocuk) bodur %91,4'ü (32 çocuk) ise yaşına göre normal boydadır.

Tablo 46. Araştırmaya katılan 0-59 ay ve 5-18 yaş çocukların yaşa göre boy z skoru değerlerinin sayısı ve yüzde dağılımı

Boy Z skoru	0-59 ay		5-18 yaş		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
$-3 \leq z < -2$ (bodur)	2	14,3	3	8,6	5	10,2
$-2 \leq z \leq 2$ (normal)	12	85,7	32	91,4	44	89,8
Toplam	14	100,0	35	100,0	49	100,0

Araştırmaya katılan 0-59 ay ve 5 - 18 yaş çocukların beden kitle indeksi z skoruna göre çok zayıf, zayıf, normal, fazla kilolu ve obez olma durumlarının sayısı ve yüzde dağılımı Tablo 47'de gösterilmiştir. Buna göre ; 0-59 ay çocukların %7,2'si(1çocuk) çok zayıf, %21,4'ü (3 çocuk) zayıf ve %71,4'ü (10 çocuk)normal kilolu iken; 5-18 yaş çocukların %8,6'sı (3 çocuk) zayıf, %62,8'i (22çocuk) normal kilolu, %22,8'i (8 çocuk) fazla kilolu ve %5,8'i (2 çocuk) obezdir.

Tablo 47. Araştırmaya katılan 0-59 ay ve 5 - 18 yaş çocukların beden kitle indeksi z skoruna göre çok zayıf, zayıf, normal, fazla kilolu ve obez olma durumlarının sayısı ve yüzde dağılımı

BKI z skoru	0-59 ay		5-18 yaş		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Çok zayıf	1	7,2	0	0,0	1	2,1
Zayıf	3	21,4	3	8,6	6	12,2
Normal	10	71,4	22	62,8	32	65,3
Fazla Kilolu	0	0,0	8	22,8	8	16,3
Obez	0	0,0	2	5,8	2	4,1
Toplam	14	100,0	35	100,0	49	100,0

4.3.2.15 yaş ve üstü katılımcıların sağlık durumu

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin kronik hastalık varlığı durumunun cinsiyete göre dağılımı Tablo 48'de verilmiştir. Buna göre; 15 yaş ve üstü kadınların %69,1'inin, erkeklerin %44,1'inin kronik hastalığı vardır. Kronik hastalık varlığı oranı 15 yaş ve üstü kişilerde kadınlarda erkeklerden fazladır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 48. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin kronik hastalık varlığı durumlarının cinsiyete göre dağılımı

Kronik Hastalık Durumu	Erkek		Kadın		Toplam		x ² P
	n	%	n	%	n	%	
Var	52	44,1	85	69,1	137	56,9	15,390 0,000
Yok	66	55,9	38	30,9	104	43,1	
Toplam	118	100,0	123	100,0	241	100,0	

Ki-kare testi

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin kronik hastalık varlığı durumunun yaşa göre dağılımı Tablo 49'da gösterilmiştir. Buna göre; 15- 64 yaş arası kişilerin % 48,7'sini, 65 yaş ve üstü kişilerin %88,0'ının kronik hastalığı vardır. Kronik hastalık varlığı oranı 65 yaş ve üstü kişilerde 15-64 yaş arası kişilerden fazladır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($p<0,001$).

Tablo 49. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin kronik hastalık varlığı durumlarının yaşla ilişkisi

Kronik Hastalık Durumu	15-64 yaş		≥65 yaş		Toplam		x ² P
	n	%	n	%	n	%	
Var	93	48,7	44	88,0	137	56,9	24,960 0,000
Yok	98	51,3	6	12,0	104	43,1	
Toplam	191	100,0	50	100,0	241	100,0	

Ki-kare testi

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilere son 6 ay içerisinde herhangi bir sağlık problemi nedeni ile günlük yaşam faaliyetlerinin ne ölçüde kısıtlandığı sorulmuştur ve verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı Tablo 50'de gösterilmiştir. Buna göre ; erkeklerin %71,2'si kısıtlanmadı,%22,0'ı kısıtlandı ciddi ölçüde değil ve %6,8'i de ciddi ölçüde kısıtlandı diye cevap verirken; kadınların %46,3'ü kısıtlanmadı,%35,0'ı kısıtlandı ciddi ölçüde değil ve %18,7'si ciddi ölçüde kısıtlandı şeklinde cevap vermiştir. Erkek ve kadınlar arasında ki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,001).

Tablo 50. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin " Son 6 ay içerisinde herhangi bir sağlık problemi nedeni ile günlük yaşam faaliyetleriniz ne ölçüde kısıtlandı" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam		x ² P
	n	%	n	%	n	%	
Kısıtlanmadı	84	71,2	57	46,3	141	58,5	16,041 0,000
Kısıtlandı ciddi ölçüde değil	26	22,0	43	35,0	69	28,6	
Ciddi ölçüde kısıtlandı	8	6,8	23	18,7	31	12,9	
Toplam	118	100,0	123	100,0	241	100,0	

Ki-kare(Linear-by-linear)

Tablo 51'de araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin kendi genel sağlık değerlendirmesi gösterilmektedir. Buna göre; genel sağlıklarını erkeklerin %4,2'si mükemmel, %16,2'si çok iyi, %49,1'i iyi, %28,8'i orta %1,7'si kötü olarak; kadınların ise

%1,6's mükemmel, %14,6'sı çok iyi, %52,8'i iyi, %26,2'si orta %4,8'i kötü olarak değerlendirmiştir ($p>0.05$).

Tablo 51. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü katılımcıların kendi genel sağlıklarını değerlendirmesi

	Erkek		Kadın		Toplam		x ² P
	n	%	n	%	n	%	
Mükemmel	5	4,2	2	1,6	7	2,9	0,957 0,328
Çok İyi	19	16,2	18	14,6	37	15,4	
İyi	58	49,1	65	52,8	123	51,0	
Orta	34	28,8	32	26,2	66	27,4	
Kötü	2	1,7	6	4,8	8	3,3	
Toplam	118	100,0	123	100,0	241	100,0	

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilere son bir sene içinde geçirdikleri hastalıkların cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı Tablo 52'de gösterilmektedir. Buna göre; tiroid ile ilgili hastalıklar, hipertansiyon, kireçlenme, romatizmal hastalıklar, bel fıtığı, migren, kansızlık, kronik depresyon ve diyabet kadınlarda erkeklere göre daha fazla oranda görülmektedir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$).

Tablo 52. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü katılımcıların son bir yıl içinde var olan hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kadın		X ² p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Tiroid Hastalığı	0	0,0	15	12,2	15,345 0,000
Alerji/Astım	4	3,4	19	15,4	10,142 0,001
Kronik bronşit/KOAH	5	4,2	19	15,4	8,440 0,004
Hepatit	1	0,8	0	0,0	1,047 *0,490
Koroner Arter Hastalığı	11	9,3	7	5,7	1,149 0,284
Kalp Yetmezliği	7	5,9	11	8,9	0,790 0,374
Hipertansiyon	21	17,8	39	31,7	6,233 0,013
İnme/Felç	2	1,7	7	5,7	2,675 *0,172
Kireçlenme	7	5,9	18	14,6	4,905 0,027
Romatizma	15	12,7	29	23,6	4,764 0,029
Bel Fıtığı	37	31,4	65	52,8	11,393 0,001
Boyun Fıtığı	7	5,9	13	10,6	1,702 0,192
Diabet	10	8,5	21	17,1	3,973 0,046
Mide Rahatsızlığı	15	12,7	26	21,1	3,029 0,082
Bağırsak Ülseri	2	1,7	1	0,8	0,381 *0,616
Karaciğer Yetmezliği	3	2,5	2	1,6	0,249 *0,679
Kanser	2	1,7	1	0,8	0,616
Migren	8	6,8	21	17,1	6,028 0,014
Üriner Rahatsızlık	5	4,2	6	4,9	0,057 0,812
Kronik kaygı	0	0,0	8	6,5	7,938 *0,007
Kronik Depresyon	6	5,1	27	22,0	14,497 0,000
Kansızlık	1	0,8	16	13,0	13,584 0,000
Sinüzit	6	5,1	10	8,1	0,901 0,342
Verem	0	0,0	1	0,8	0,963 *1,000
Prostat	4	1,7	0	0,0	4,240 *0,056

Ki-kare testi, *Fisher's Exact Test

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin son bir ay içinde var olan semptomlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı Tablo 53'te gösterilmiştir. Buna göre bunalma, çarpıntı, evham/korku ve el/ayak uyuşması şikayetleri kadınlarda erkeklere göre daha fazla olmaktadır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 53 . Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin son bir ay içinde var olan semptomlarının cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kadın		X ² p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Baş Ağrısı	90	76,3	97	78,9	0,232 0,630
Baş Dönmesi	17	14,4	23	18,7	0,802 0,371
Uykusuzluk	17	14,4	26	21,1	1,862 0,172
Bel Ağrısı	53	44,9	54	43,9	0,025 0,874
Kas-eklem Ağrısı	44	37,3	45	36,6	0,013 0,910
Ateş	5	4,2	7	5,7	0,269 0,604
Öksürük/Balgam	15	12,7	19	15,4	0,372 0,542
Bitkinlik/Halsizlik	36	30,5	39	31,7	0,040 0,841
Bunalma	5	4,2	26	21,1	15,348 0,000
Sinirlilik	49	41,5	37	30,1	3,437 0,064
Mide Ağrısı	25	21,2	32	26,0	0,778 0,378
Hazımsızlık	15	12,7	17	13,8	0,064 0,800
Karın Ağrısı	7	5,9	7	5,7	0,006 0,936
Bulantı	4	3,4	9	7,3	1,820 0,177
İshal	1	0,8	2	1,6	0,297 1,000*
Görme Sorunu	7	5,9	10	8,1	0,444 0,505
Çarpıntı	3	2,5	11	8,9	4,509 0,034
Göğüs Ağrısı	11	9,3	11	8,9	0,010 0,919
Nefes Darlığı	13	11,0	24	19,5	3,344 0,067
İdrar yapma ile ilgili şikayet	11	9,3	12	9,8	0,013 0,909
Evham/Korku	4	3,4	34	27,6	26,671 0,000
El-ayak uyuşması	2	1,7	11	8,9	6,200 0,013

Ki-kare testi, *Fisher's Exact Test

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin daha önce sigara kullanıp kullanmama durumlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı Tablo 54'de gösterilmiştir. Buna göre; erkeklerin %66,1'i daha önce sigara kullanmışken kadınların ise %10,6'sı daha önce sigara kullanmıştır. Daha önce sigara kullanma oranı erkeklerde kadınlardan fazladır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 54. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin daha önce sigara kullanıp kullanmama durumlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı

Sigara	Erkek		Kadın		Toplam		x ² P
	n	%	n	%	n	%	
Kullanmış	78	66,1	13	10,6	91	37,6	79,026 0,000
Kullanmamış	40	33,9	110	89,4	150	62,4	
Toplam	118	100,0	123	100,0	241	100,0	

Ki-kare testi

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin sigaraya başlama yaş ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 55'de gösterilmiştir. Buna göre; erkeklerin sigaraya başlama yaş ortalamaları $17,47 \pm 3,156$ iken kadınların ki ise $20,09 \pm 8,746$ 'dır. Erkek ve kadın arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 55. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin sigaraya başlama yaş ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	n	Ort. \pm SS	Minimum	Maksimum	P *
Erkek	77	17,47 \pm 3,156	7	33	388,500 0,652
Kadın	11	20,09 \pm 8,746	14	45	

*Mann-Whitney U, Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin düzenli sigara kullanma durumlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı Tablo 56'da gösterilmiştir. Buna göre; erkeklerin %36,4'ü düzenli sigara kullanırken, kadınların %4,9'u düzenli sigara kullanmaktadır. Düzenli sigara kullanma oranı erkeklerde kadınlardan fazladır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 56. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin düzenli sigara kullanma durumunun cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı

Düzenli Sigara	Erkek		Kadın		Toplam		x ² P
	n	%	n	%	n	%	
Kullanıyor	43	36,4	6	4,9	49	20,3	37,038 0,000
Kullanmıyor	75	63,6	117	95,1	192	79,7	
Toplam	118	100,0	123	100,0	241	100,0	

Ki-kare testi

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin daha önce alkol kullanıp kullanmama durumlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı Tablo 57'de gösterilmiştir. Buna göre; erkeklerin %13,6'sı daha önce alkol kullanmışken kadınlarda bu oran %0,8'dir. Erkeklerin daha önce alkol kullanmış olma oranı kadınlardan fazladır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur(p<0,001). Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerde düzenli alkol kullanan erkek sayısı 1'dir.

Tablo 57. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin daha önce alkol kullanıp kullanmama durumlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı

Alkol	Erkek		Kadın		Toplam		x ² P
	n	%	n	%	n	%	
Kullanmış	16	13,6	1	0,8	17	7,1	14,924 0,000
Kullanmamış	102	86,4	122	99,2	224	92,9	
Toplam	118	100,0	123	100,0	241	100,0	

Ki-kare testi

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin son bir yıl içinde geçirdikleri kazaların cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı Tablo 58'de gösterilmiştir. Buna göre; iş kazası geçirme oranı kadınlarda erkeklerden fazladır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0,05). Aynı şekilde ev kazası geçirme oranı da kadınlarda erkeklerden fazladır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur(p<0,05).

Tablo 58. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin son bir yıl içinde geçirdikleri kazaların cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam		x ² p*
	n	%	n	%	n	%	
İş kazası	3	2,5	11	8,9	14	45,2	4,509 0,034
Ev kazası	1	0,8	10	8,1	11	35,4	7,333 0,007
Trafik kazası	5	4,2	1	0,8	6	19,4	2,909 **0,114
Toplam Kaza (iş+ev+trafik)	9	7,6	22	17,9	31	100,0	5,655 0,017

*Ki-kare Testi, **Fisher's Exact Test

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilere SF-36 yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Katılımcıların SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 59'da gösterilmiştir. Buna göre; SF-36 ölçeğinin bütün alt ölçeklerinin ortalamasında erkekler kadınlardan daha yüksek puan almışlardır ve istatistiksel açıdan bu fark anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 59. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puanların cinsiyetle ilişkisi

Alt-Ölçekler	Erkek	Kadın	P*
	Ort. ± SS n=118	Ort. ± SS n=123	
Genel Sağlık Algısı	66,4 ± 16,9	51,7 ± 21,4	<0,001
Ağrı	85,1 ± 19,2	69,0 ± 25,0	<0,001
Sosyal İşlevsellik	84,2 ± 21,4	64,8 ± 25,5	<0,001
Ruhsal Sağlık	72,6 ± 19,1	60,4 ± 18,3	<0,001
Enerji/Canlılık/Vitalite	70,6 ± 18,2	57,7 ± 19,4	<0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	88,7 ± 30,9	52,9 ± 47,1	<0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	85,4 ± 33,9	48,4 ± 45,8	<0,001
Fiziksel Fonksiyon	85,1 ± 22,3	63,7 ± 32,9	<0,001
Fiziksel Sağlık Skoru	80,5 ± 19,9	58,2 ± 27,1	<0,001
Mental Sağlık Skoru	79,0 ± 17,8	58,9 ± 22,8	<0,001

*Mann-Whitney U, Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

Tablo 60 ve Tablo 61'de araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişileri SF-36 Mental ve Fiziksel Sağlık bileşenlerinin konut özellikleri ile ilişkisi gösterilmektedir. Buna göre ; içme suyu kaynağı şebeke suyu olan kişilerin Fiziksel Fonksiyon Alt ölçek değeri kaynak suyu içenlerden daha yüksektir ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.



Tablo 60. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin SF-36 Fiziksel Sağlık Bileşenlerinin konut özellikleri ile ilişkisi

		Fiziksel Fonksiyon			Fiziksel Rol Güçlüğü			Ağrı			Genel Sağlık Algısı			Fiziksel Sağlık Skoru		
		Ort. ± SS	Ortanca	P	Ort. ± SS	Ortanca	P	Ort. ± SS	Ortanca	P	Ort. ± SS	Ortanca	P	Ort. ± SS	Ortanca	P
Konut Yapısı	Beton/Tuğla	74,8 ± 30,2	60,0	>0,05*	68,2 ± 43,6	100,0	>0,05*	77,0 ± 24,1	80,0	>0,05*	59,1 ± 20,6	60,0	>0,05*	69,8 ± 26,1	81,3	>0,05*
	Ahşap	69,1 ± 29,7	65,0		54,3 ± 49,1	100,0		75,9 ± 20,8	77,5		57,4 ± 21,1	65,0		64,2 ± 27,1	79,4	
İçme Su Kaynağı	Şebeke	76,6 ± 28,6***	90,0	<0,05**	68,7 ± 43,6	100,0	>0,05**	78,0 ± 23,7	80,0	>0,05**	58,3 ± 20,1	60,0	>0,05**	70,4 ± 25,9	81,9	>0,05**
	Damacana	74,2 ± 34,1	90,0		60,1 ± 46,2	100,0		73,7 ± 24,2	77,5		62,2 ± 23,6	65,0		67,6 ± 29,2	81,9	
	Kaynak	64,9 ± 31,2***	65,0		63,7 ± 45,9	100,0		75,2 ± 23,7	77,5		58,0 ± 20,2	60,0		65,4 ± 25,3	81,9	
Tuvalet Gideri	Kanalizasyon	74,2 ± 30,2	90,0	>0,05*	67,4 ± 44,3	100,0	>0,05*	77,1 ± 23,7	80,0	>0,05*	59,5 ± 20,8	60,0	>0,05*	69,6 ± 26,3	81,3	>0,05*
	Fosseptik Çukur	73,5 ± 30,4	85,0		67,4 ± 45,3	75,0		74,7 ± 20,8	77,5		57,4 ± 21,1	55,0		64,1 ± 27,1	75,9	
Isınma Kaynağı	Soba	74,5 ± 30,4	90,0	>0,05*	67,4 ± 44,2	100,0	>0,05*	76,8 ± 23,7	80,0	>0,05*	59,7 ± 20,5	60,0	>0,05*	69,6 ± 26,4	82,3	>0,05*
	Kalorifer	70,8 ± 27,9	72,5		58,3 ± 46,4	87,5		77,3 ± 24,2	77,5		51,7 ± 20,9	57,5		64,5 ± 25,1	68,4	
Evin İçinde Sigara İçme	Evet	72,1 ± 30,5	82,5	>0,05*	68,8 ± 42,9	100,0	>0,05*	76,6 ± 21,0	77,5	>0,05*	57,9 ± 19,2	60,0	>0,05*	68,8 ± 24,9	77,8	>0,05*
	Hayır	75,2 ± 30,0	90,0		65,4 ± 45,2	100,0		77,0 ± 25,0	80,0		59,4 ± 21,3	65,0		69,2 ± 27,0	81,9	
Ahır	Yok	65,2 ± 35,3	77,5	>0,05**	57,4 ± 47,5	100,0	>0,05**	72,5 ± 24,5	77,5	>0,05**	53,6 ± 22,0	60,0	>0,05**	62,3 ± 29,3	71,3	>0,05**
	Var, Evle Bitişik	83,0 ± 20,6	90,0		68,0 ± 40,9	100,0		77,7 ± 22,3	77,5		58,8 ± 18,3	60,0		71,9 ± 21,8	78,1	
	Var, Evden Uzakta	75,1 ± 29,6	90,0		69,4 ± 43,9	100,0		78,2 ± 23,7	80,0		60,8 ± 20,5	65,0		70,9 ± 25,9	81,9	

* Mann-Whitney u, ** Kruskal Wallis, *** Bonferroni düzeltilmesine göre fark yaratan grup Ort=Ortalama, SS= Standart Sapma

Tablo 61. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin SF-36 Mental Sağlık Bileşenlerinin konut özellikleri ile ilişkisi

		Enerji/Canlılık/Vitalite			Sosyal İşlevsellik			Emosyonel Rol Güçlüğü			Ruhsal Sağlık			Mental Sağlık Skoru		
		Ort. ± SS	Ortanca	P	Ort. ± SS	Ortanca	P	Ort. ± SS	Ortanca	P	Ort. ± SS	Ortanca	P	Ort. ± SS	Ortanca	P
Konut Yapısı	Beton/Tuğla	63,7 ± 30,2	65,0	>0,05*	74,9 ± 25,6	75,0	>0,05*	71,2 ± 43,5	100,0	>0,05*	66,1 ± 19,3	68,0	>0,05*	69,0 ± 22,6	76,9	>0,05*
	Ahşap	66,4 ± 20,2	70,0		69,8 ± 24,9	75,0		64,4 ± 46,2	100,0		68,4 ± 21,9	68,0		67,3 ± 24,8	77,0	
İçme Su Kaynağı	Şebeke	63,5 ± 18,9	65,0	>0,05**	75,3 ± 24,9	75,0	>0,05**	73,7 ± 41,9	100,0	>0,05*	64,9 ± 19,1	68,0	>0,05**	69,4 ± 22,0	76,1	>0,05**
	Damacana	65,0 ± 19,3	65,0		74,1 ± 27,7	87,5		65,8 ± 46,8	100,0		70,1 ± 17,5	72,0		68,7 ± 23,9	79,5	
	Kaynak	64,9 ± 23,9	70,0		70,6 ± 26,1	75,0		61,9 ± 47,5	100,0		68,8 ± 22,8	72,0		66,5 ± 25,4	78,1	
Tuvalet Gideri	Kanalizasyon	64,3 ± 20,4	70,0	>0,05*	73,8 ± 25,8	75,0	>0,05*	68,7 ± 44,3	100,0	>0,05*	67,0 ± 20,0	68,0	>0,05*	68,5 ± 23,5	77,5	>0,05*
	Fosseptik Çukur	61,2 ± 14,7	60,0		78,4 ± 23,1	75,0		84,6 ± 36,8	100,0		61,7 ± 15,5	56,0		71,5 ± 16,8	75,5	
Isınma Kaynağı	Soba	65,1 ± 19,8	70,0	<0,05*	74,9 ± 25,4	75,0	>0,05*	71,6 ± 43,5	100,0	>0,05*	67,1 ± 19,7	68,0	>0,05*	69,7 ± 22,7	78,0	<0,05*
	Kalorifer	54,0 ± 17,7	52,5		68,8 ± 26,1	75,0		59,7 ± 46,1	100,0		59,8 ± 18,3	64,0		60,6 ± 22,5	68,8	
Evin İçinde Sigara İçme	Evet	66,8 ± 18,9	67,5	>0,05*	76,0 ± 23,5	75,0	>0,05*	70,4 ± 43,4	100,0	>0,05*	68,2 ± 20,7	72,0	>0,05*	70,3 ± 22,3	77,9	>0,05*
	Hayır	62,6 ± 20,2	65,0		73,5 ± 26,4	75,0		70,4 ± 44,1	100,0		65,5 ± 19,1	68,0		68,0 ± 23,1	81,9	
Ahır	Yok	59,2 ± 22,2	60,0	>0,05**	68,5 ± 25,9	75,0	>0,05**	61,1 ± 47,9	100,0	>0,05**	63,9 ± 22,5	68,0	>0,05**	63,2 ± 26,5	74,8	>0,05**
	Var, Evle bitişik	61,5 ± 16,4	65,0		76,5 ± 21,3	75,0		80,3 ± 37,2	100,0		63,1 ± 16,3	60,0		70,4 ± 17,5	75,0	
	Var, Evden uzakta	66,4 ± 19,5	70,0		75,9 ± 26,2	87,5		71,2 ± 43,4	100,0		68,2 ± 19,2	72,0		70,4 ± 22,4	78,3	

* Mann-Whitney u, ** Krukall Wallis, Ort=Ortalama, SS= Standart Sapma

Katılımcıların (15 yaş ve üstü) SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının medeni durumla ilişkisi Tablo 62'de gösterilmiştir. Buna göre; dul veya boşanmış kişilerin genel sağlık algısı alt ölçeğinden aldıkları puan evli veya bekar kişilere göre daha düşüktür ve bu durum istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 62. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puanların medeni durumla ilişkisi

Alt-Ölçekler	Bekar n=23	Evli n=191	Dul/Boşanmış N=27	P*
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel Fonksiyon	97,2 ± 8,8**	75,3 ± 28,1**	46,7 ± 35,8**	<0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	91,3 ± 28,8**	67,8 ± 43,4**	36,1 ± 47,2**	<0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	91,3 ± 28,8	71,4 ± 42,9	45,7 ± 49,9**	<0,05
Enerji/Canlılık/Vitalite	72,4 ± 19,7**	63,0 ± 19,9**	63,7 ± 18,6	<0,05
Ruhsal Sağlık	68,9 ± 22,0	65,9 ± 19,4	68,0 ± 19,6	>0,05
Sosyal İşlevsellik	89,1 ± 15,2**	73,9 ± 25,8	64,4 ± 25,2	<0,05
Ağrı	96,5 ± 7,1**	76,3 ± 23,7**	64,2 ± 23,4**	<0,001
Genel Sağlık Algısı	71,5 ± 16,6**	58,1 ± 20,9	53,5 ± 18,4	<0,05
Fiziksel Sağlık Skoru	89,1 ± 10,3**	69,4 ± 25,6**	50,1 ± 27,7**	<0,001
Mental Sağlık Skoru	80,4 ± 16,2**	68,6 ± 22,9	60,4 ± 23,9	<0,05

*Kruskal Wallis, **Bonferroni düzeltmesine göre fark yaratan gruplar, Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

Katılımcıların (15 yaş üstü) SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının eğitim düzeyi ilişkisi Tablo 63'de gösterilmiştir. Buna göre; eğitim düzeyi arttıkça SF-36 alt ölçeklerinden alınan puan artmaktadır ve bu durum istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 63. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puanların eğitim düzeyi ile ilişkisi

Alt-Ölçekler	Hiç okula gitmemiş n=52	İlkokul n=143	Ortaokul veya üstü n=46	P*
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel Fonksiyon	44,6±33,1**	77,8±24,7**	96,3±11,5**	<0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	27,9±42,0**	71,2±41,5**	95,7±20,6**	<0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	34,6±45,7**	75,3±40,7**	95,7±20,6**	<0,001
Enerji/Canlılık/Vitalite	55,4±20,7**	64,2±19,5**	73,2±15,8**	<0,001
Ruhsal Sağlık	61,5 ± 20,2**	66,5±19,6**	71,6±18,2**	<0,001
Sosyal İşlevsellik	55,0±27,9**	76,0±22,9**	91,0±14,4**	<0,001
Ağrı	57,6±24,5**	78,4±21,5**	93,9±11,5**	<0,001
Genel Sağlık Algısı	43,5±21,1	61,6±19,6	67,6±13,7	<0,001
Fiziksel Sağlık Skoru	43,4 ± 25,8**	72,2 ± 22,9**	88,4 ± 9,1**	<0,001
Mental Sağlık Skoru	51,6 ± 23,7**	70,5 ± 21,4**	82,9 ± 12,0**	<0,001

*Kruskal Wallis , **Bonferroni düzeltmesine göre fark yaratan gruplar, Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

Katılımcıların (15 yaş üstü) SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının yaşla ilişkisi Tablo 64'te gösterilmiştir. Buna göre; 65 yaş üstü kişiler fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt ölçeğinden aldıkları puan 65 yaş altı kişilerinkinden daha düşüktür ve bu durum istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 64. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puanların yaşla ilişkisi

Alt-Ölçekler	< 65 yaş n=191	≥ 65 yaş n=50	P*
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel Fonksiyon	82,4 ± 23,0	42,7 ± 33,6	<0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	74,6 ± 40,3	35,5 ± 46,0	<0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	77,1 ± 39,5	44,7 ± 49,8	<0,001
Enerji/Canlılık/Vitalite	65,4 ± 18,7	58,5 ± 23,3	>0,05
Ruhsal Sağlık	66,8 ± 19,4	64,8 ± 20,6	>0,05
Sosyal İşlevsellik	78,7 ± 22,2	57,5 ± 30,1	<0,001
Ağrı	80,6 ± 21,6	62,8 ± 26,3	<0,001
Genel Sağlık Algısı	61,2 ± 20,0	49,9 ± 20,6	<0,05
Fiziksel Sağlık Skoru	74,7 ± 22,8	47,7 ± 28,0	<0,001
Mental Sağlık Skoru	72,0 ± 20,8	56,3 ± 26,2	<0,001

*Mann-Whitney U, Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

15 yaş üstü katılımcıların SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının obez olma durumu ile ilişkisi Tablo 65'te gösterilmiştir. Buna göre; obez kişileri fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik ve ağrı alt ölçeklerinden aldığı puan obez olmayanlara göre daha düşüktür; bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 65. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puanların obez olma durumu ile ilişkisi

Alt-Ölçekler	Obez Değil n=158	Obez n=83	P*
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel Fonksiyon	78,2±29,6	66,5±29,9	<0,05
Fiziksel Rol Güçlüğü	72,0±42,1	56,0±46,9	<0,05
Emosyonel Rol Güçlüğü	76,6±41,1	58,6±46,4	<0,05
Enerji/Canlılık/Vitalite	65,6±19,2	60,8±20,9	>0,05
Ruhsal Sağlık	68,0±19,5	63,5±19,7	>0,05
Sosyal İşlevsellik	76,6±76,6	70,0±26,1	<0,05
Ağrı	80,1±80,1	70,8±24,4	<0,05
Genel Sağlık Algısı	59,5 ± 59,5	57,6±20,2	>0,05
Fiziksel Sağlık Skoru	72,4 ± 25,7	62,7 ± 26,3	<0,05
Mental Sağlık Skoru	71,7 ± 21,7	63,3 ± 24,0	<0,05

*Mann-Whitney U, Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

Çalışmamızda 15 yaş üstü katılımcıların SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamalarının kronik hastalık varlığı ile ilişkisi Tablo 66'da gösterilmiştir. Buna göre; kronik hastalığı olanların SF-36 ölçeğinin bütün alt ölçeklerinden aldıkları puan kronik hastalığı olmayanlardan daha düşüktür ve bu durum istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

Tablo 66. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puanların kronik hastalık varlığı ile ilişkisi

Alt-Ölçekler	Kronik Hastalık Yok (n=104)	Kronik Hastalık Var (n=137)	P*
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel Fonksiyon	92,1± 15,4	60,6±31,5	<0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	90,1±27,7	48,5±46,3	<0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	90,1±29,0	55,5±47,2	<0,001
Enerji/Canlılık/Vitalite	72,3±15,1	57,7±20,7	<0,001
Ruhsal Sağlık	73,3±16,4	61,2±20,3	<0,001
Sosyal İşlevsellik	87,8±14,9	64,1±27,1	<0,001
Ağrı	91,3±12,5	65,9±24,4	<0,001
Genel Sağlık Algısı	70,9±14,8	49,7±19,8	<0,001
Fiziksel Sağlık Skoru	86,1 ± 13,6	56,2 ± 26,2	<0,001
Mental Sağlık Skoru	80,9 ± 14,3	59,6 ± 23,8	<0,001

*Mann-Whitney U, Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin beden kitle endekslerinin cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı Tablo 67'de gösterilmiştir. Buna göre; erkeklerin %2,5'i kadınların %0,8'i zayıf, erkeklerin %27,1'i kadınların %30,9'u normal kilolu, erkeklerin %44,9'u kadınların %25,2'si fazla kilolu ve erkeklerin %25,4 kadınların %43,1'i obezdir (p>0,05). Kadınlarda obez oranıtısı erkeklerden daha fazladır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Tablo 67) (p<0,05).

Tablo 67. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin beden kitle endekslerinin cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı

	Erkek		Kadın		x ² p
	n	%	N	%	
<18,5 (zayıf)	3	2,5	1	0,8	2,576 0,109
18,5 - 24,9 (normal)	32	27,1	38	30,9	
25,0 - 29,9 (fazla kilolu)	53	44,9	31	25,2	
≥ 30 (obez)	30	25,4	53	43,1	
Toplam	118	100,0	123	100,0	

Ki-kare Testi (Linear by Linear)

4.4.Kadın Sağlığı Bulguları

Kadın sağlığı ile ilgili sorular araştırmaya katılan en az bir kez evlenmiş 15 yaş ve üstü 115 kadına sorulmuştur. 115 kadından 2 tanesinin gebe olduğu tespit edilmiştir. Daha önce en az bir kez evlenmiş olan 115 kadının 5 tanesi hiç gebe kalmamıştır. En az bir kez gebe kalmış olan 110 kadının ilk gebelik yaş ortalaması Tablo 68'de gösterilmiştir. Buna göre; araştırmaya katılan en az bir kez gebe kalmış 15 yaş ve üstü kadınların ilk gebelik yaş ortalaması $20,94 \pm 3,25$ 'dir.

Tablo 68. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kadınların ilk gebelik yaş ortalaması

	n	Ort. \pm SS	Ortanca	Mod
İlk gebelik yaşı	110	20,94 \pm 3,25	20,0	18,0

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kadınların düşük, ölü doğum ve beş yaş-altı ölüm sayısı ve yüzdeleri Tablo 69'da gösterilmişken; Tablo 70'te canlı doğum, bir yaş-altı ölüm ve beş yaş-altı ölüm sayıları gösterilmiştir. Buna göre; her yüz gebelikten 7,1'i düşmüş ve her yüz gebelikten 1,8'i ölü doğmuştur. Ayrıca her 100 canlı doğumdan 10,9'u beş yaş altında ölmüştür. Beş yaş altı ölen 39 çocuğun 37 tanesi 1 yaş altında ölmüştür. 0-1 yaş içerisinde ölen 37 çocuktan 11'i ilk bir hafta içerisinde (erken neonatal ölüm) ölmüştür.

Tablo 69. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü en az bir kez evlenmiş kadınların düşük, ölü doğum ve canlı doğum sayısı ve yüzdeleri

	N	%
Düşük	28	7,1
Ölü doğum	7	1,8
Canlı doğum	358	91,1
Toplam Gebelik	*393	100,0

*Araştırma anında gebeliği devam eden 2 kadın toplam gebeliğe dahil edilmemiştir.

Tablo 70. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü en az bir kez evlenmiş kadınların canlı doğum , bir yaş-altı ölüm ve beş yaş-altı ölüm sayıları

	N	%
Bir yaş altı ölüm	37	10,3
Beş yaş-altı ölüm	39	10,9
Canlı doğum	358	100,0

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü en az bir kez evlenmiş kadınların gebelik sonuçlarının yaşa göre dağılımı Tablo 71'de gösterilmiştir. Buna göre ; toplam 393 gebeliğin 7'si 20-24 yaş, 8'i 25-29 yaş, 17'si 30-34 yaş, 18'i 35-39 yaş, 15'i 40-44yaş, 14'ü 45-49 yaş ve 314'ü 50 yaş üstü kadınlara aittir. 50 yaş üstü kadınların toplam 314 gebeliğinin 288'i canlı doğum, 20'si istemeden düşük ve 6'sı ölü doğumla sonuçlanmıştır.

Tablo 71. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü en az bir kez evlenmiş kadınların canlı doğum, istemeden düşük ve ölü doğum sayılarının yaşa göre dağılımı

	Canlı Doğum		İstemeden Düşük		Ölü Doğum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
15-19 Yaş	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20-24 Yaş	7	100,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0
25-29 Yaş	7	87,5	1	12,5	0	0,0	8	100,0
30-34 Yaş	13	76,5	4	23,5	0	0,0	17	100,0
35-39 Yaş	17	94,5	1	5,5	0	0,0	18	100,0
40-44 Yaş	13	86,7	2	13,3	0	0,0	15	100,0
45-49 Yaş	13	92,9	0	0,0	1	7,1	14	100,0
+50 Yaş	288	91,7	20	6,4	6	1,9	314	100,0
Toplam	358	91,1	28	7,1	7	1,8	393	100,0

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü doğum yapmış kadınların doğum yaptıkları yerlerin sayı ve yüzde dağılımı Tablo 72'de gösterilmiştir. Buna göre; yapılan 365 doğumun %64,1'i evde, %34,5'i devlet hastanesinde, ve %1,4'ü özel hastanede olmuştur.

Tablo 72. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü doğum yapmış kadınların doğum yaptıkları yerlerin sayı ve yüzde dağılımı

	n	%
Ev	234	64,1
Devlet Hastanesi	126	34,5
Özel Hastane	5	1,4
Toplam Doğum	365	100,0

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü doğum yapmış kadınların doğumlarını yaptığı yerlerin yaşa göre dağılımı Tablo 73'te verilmiştir. Buna göre; evde doğum orantısı 40-49 yaş kadınlar %25,9 ve 50 yaş üstü kadınlarda %77,2'dir.

Tablo 73. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü doğum yapmış kadınların doğumlarını yaptığı yerlerin yaşa göre dağılımı

	Devlet hastanesi		Özel hastane		Ev		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
15-29 Yaş	12	85,7	2	14,3	0	0,0	14	100,0
30-39 Yaş	28	93,3	2	6,7	0	0,0	30	100,0
40-49 Yaş	20	74,1	0	0,0	7	25,9	27	100,0
+50 Yaş	66	22,4	1	0,3	227	77,2	294	100,0
Toplam	126	34,5	5	1,4	234	64,1	365	100,0

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü doğum yapmış kadınların doğum şekillerinin sayı ve yüzde dağılımı Tablo 74'te gösterilmiştir. Buna göre; yapılan 365 doğumun %93,2'si normal doğum şeklinde olmuşken, %6,8'i sezaryen doğum şeklinde olmuştur.

Tablo74. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü doğum yapmış kadınların doğum şekillerinin sayı ve yüzde dağılımı

	n	%
Normal	340	93,2
Sezaryen	25	6,8
Toplam Doğum	365	100,0

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kadınların yaptıkları doğumların doğum şekillerinin yaşa göre dağılımı Tablo 75'te verilmiştir. Buna göre; sezaryen doğum oranı 50 yaş üstü kadınlarda %3,3 iken, 40-44 yaş grubunda %7,1, 30-34 yaş grubunda %46,2 ve 20-24 yaş grubunda %28,6'dır.

Tablo 75. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kadınların yaptıkları doğumların doğum şekillerinin yaşa göre dağılımı

	Normal		Sezaryen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
15-19 Yaş	0	0	0	0	0	0
20-24 Yaş	5	71,4	2	28,6	7	100,0
25-29 Yaş	5	71,4	2	28,6	7	100,0
30-34 Yaş	7	53,8	6	46,2	13	100,0
35-39 Yaş	13	76,5	4	23,5	17	100,0
40-44 Yaş	12	92,9	1	7,1	13	100,0
45-49 Yaş	13	96,9	1	3,1	14	100,0
+50 Yaş	285	96,7	9	3,3	294	100,0
Toplam	340	93,2	25	6,8	365	100,0

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kadınların menapoz durumunun sayı yüzde dağılımı Tablo 76'da gösterilmiştir. Buna göre; kadınların %69,6'sı menapoza girmiş iken, %30,4'ü henüz menapoza girmemiştir.

Tablo 76. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü en az bir kez evlenmiş kadınların menapoz durumunun sayı ve yüzde dağılımı

	n	%
Menapozda olan	80	69,6
Menapozda olmayan	35	30,4
Toplam	115	100,0

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü evli kadınların aile planlaması yöntem kullanım durumlarına baktığımızda; 80 menopozda 2'si gebe ve 5'i çocuk istediği için yöntem kullanmazken, 28 (%80) kadın ise herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Aile planlaması kullanan 28 kadının kullandığı yöntemlerin sayı ve yüzde dağılımı Tablo 77'de verilmiştir. Buna göre; aile planlaması yöntemi kullanan kadınların 18'i (%64,3) geri çekme yöntemi, 3'ü (%10,7) kondom ve 3'ü (%10,7) de RİA kullanmakta iken, 4 (%14,3) kadın tüplerini bağlatmıştır.

Tablo 77. Kullanılan aile planlaması çeşitlerinin sayı ve yüzde dağılımı

	n	%
Geri çekme	18	64,3
Tüplerin Bağlanması	4	14,3
Kondom	3	10,7
RİA	3	10,7
TOPLAM	28	100,0

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü en az bir kez evlenmiş kadınlara 'istemeden gebe kalsanız ne yapardınız ' diye sorulmuştur. Kadınların cevaplarının sayı ve yüzde dağılımları Tablo 78'de yer almaktadır. Buna göre; kadınların %88,7'si (102 kadın) çocuğu doğururum,%6,1'i (7 kadın) çocuğu aldırırım ve %5,2'si (6 kadın) de bilmiyorum diye cevap vermiştir.

Tablo 78. Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü en az bir kez evlenmiş kadınların istemeden gebe kalsanız ne yaparsınız sorusuna verdikleri cevapların sayı ve yüzde dağılımı

	n	%
Doğururum	102	88,7
Aldırırım	7	6,1
Bilmiyorum	6	5,2
Toplam	115	100,0

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü en az birkez evlenmiş kadınların, ideal çocuk sayısı kaçtır sorusuna verdikleri cevapların dağılımı Tablo 79'da yer almaktadır. Buna göre; ideal çocuk sayısı ortalaması $2,71 \pm 0,8$ 'dir. Toplam canlı doğum sayılarına bakıldığında kadın başına düşen canlı doğum sayısı 3,11'dir

Tablo 79. İdeal çocuk sayısı cevaplarının dağılımı

	Ort. \pm SS	Minimum	Maksimum
İdeal çocuk sayısı	$2,71 \pm 0,8$	0	5

5.TARTIŞMA

Kesitsel tipteki bu çalışmada, 31 Mart-15 Mayıs 2017 tarihleri arasında Kocaeli İli Derince ilçesi kırsal İshakçılar Bölgesi'nde yaşayanlarda sağlık durumu ve etkileyen faktörler tespit edilmeye çalışılmıştır. Analizler, İshakçılar Bölgesi evrenini yansıtan bir örnek sayısı (95 hanehalkı) belirlenerek ve belirlenen örnek sayısı kadar hanehalkına ulaşılarak yapılmıştır. Literatür taramaları sonucu oluşturulan soru formuna verilen cevapların kişilerin beyanına dayalı olması ve hafıza faktörlerinden etkilenmesi araştırmanın kısıtlılıkları arasında sayılabilir.

5.1.Konut Özellikleri

İnsanların içinde yaşadıkları konutun fiziksel özellikleri, temel hanehalkı gereksinimlerine sahip olunması hanenin sosyo-ekonomik düzeyini yansıtmasının yanısıra hanehalkının sağlığını etkileyen çevresel etmenler hakkında bilgi vermektedir.⁵ Araştırmaya katılan evlerin içme suyu kaynağı %68,5'inin şebeke, %12,7'si damacana ve %18,8'inin kaynak suyudur. İshakçılar Bölgesi'nde kullanılan içme sularının tümü iyileştirilmiş içme suyu kaynağıdır. TNSA-2013 verilerine göre Türkiye genelinde iyileştirilmiş içme suyu kullanımı orantısı kentsel alanda %99,6 iken kırsal alanda %96,8'dir.⁵

Hanelerin sahip olduğu atık sistemi sağlığı etkileyen etmenlerden birisidir. Evlerde hijyenik atık sistemi olmadığı zaman çeşitli sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. DSÖ ve UNICEF'e göre hijyenik atık sistemi tanımı mevcut tuvaletin kimin tarafından kullanıldığına ve tuvaletin tipine göre yapılmaktadır. Eğer bir tuvalet sadece bulunduğu evdeki hanehalkı tarafından kullanıyor ve tuvalet, atığı insan temasından etkin bir şekilde ayırıyorsa hijyenik olarak tanımlanmaktadır.³⁸ Bu kriterlere uyan atık sistemleri kanalizasyona bağlı tuvaletler ve kapalı çukurlardır. Araştırmaya katılan hanelerin %89,5'i kanalizasyona bağlı iken %10,5 evde foseptik çukur bulunmaktadır ve mevcut tuvaletler tek bir hanehalkı tarafından kullanılmaktadır. Türkiye'de kırsal alanda hijyenik tuvalet kullanım oranı %86,6 iken bu oran kentte %98,8'dir.⁵ Araştırma bölgemizde hijyenik tuvalet kullanma oranı %100,0 olarak bulunmuştur. Türkiye'de kentteki

hanelerin %96'sı kırdaki hanelerin ise %47'si kanalizasyona bağlı tuvalete sahiptir ve tuvalet atık sistemi olarak çukur kullanımı kırsal alanda fazla olmakla birlikte bu çukurların %40'ı kapalı ,%10'u ise açık çukurdur.⁵ Araştırma bölgemizdeki evlerin %10,5'inde bulununan foseptik çukurların tamamı kapalı çukurdur. İçme suyu ve hijyenik tuvalet kullanımının olması araştırma bölgesi olan İşhakılar'ın Türkiye'nin Batı'sında ve GSYİH'nin en yüksek olduğu kentlerden birinde olması ile açıklanabilir. Araştırmaya katılan hanelerin tamamının evsel atığı beled eyi tarafından konteyner ile düzenli bir Şekilde toplanmaktadır. Bununla birlikte konutların sahip olduğu olumsuz özellikler de bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hanelerin %91,6'sında ısınma kaynağı olarak odun(soba), %8,4'nde kömür (merkezi kalorifer veya kat kaloriferi) kullanıldığı tespit edilmiş; odun ve kömür kullanım orantısı %100 olarak hesaplanmıştır. TNSA-2013 raporuna göre Türkiye'de kırsal alandaki hanelerin %81'i sobada odun ve kömür yakmakta iken; bu orantı kentsel alanda %39'dur.⁵ Odun ve kömür gibi konutların ısınmasında kullanılan katı yakıtlar hava kirliliğine yol açan önemli etkenlerdendir. Bu katı yakıtların yanması sonucu havaya farklı boyutlarda partikül madde (PM) yayılmaktadır ve PM'ler solunum yolu hastalıkları başta olmak üzere birçok sağlık sorunu ve lme neden olabilmektedir. Sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması ve diğer yakıtlara erişimin güçlüğü nedeniyle kırsal alanda odun ve kömür yakımı kentsel alana göre daha fazladır. Odun ve kömür gibi katı yakıtlar hava kirliliğine yol açan önemli etkenlerdendir. DSÖ 2010 verilerine göre Avrupa'da tahmini 61.000 erken ölüm konut ısıtmasında odun ve kömür kullanımından kaynaklanan dış ortam PM2.5 kirliliğinden kaynaklanmıştır, bu durum dünyadaki ölümlerin %55'ini temsil etmektedir.²¹ Kuzey Amerika'da da 2010 yılında DSÖ verilerine göre tahmini 9200 erken ölüm konut ısınmasında katı yakıt kullanımı sonucu ortaya çıkan PM2.5 dış ortam hava kirliliği nedeniyle gerçekleşmiştir.⁴¹

Araştırmaya katılan hanelerin %15,8'inde (15 ev) evle bitişik ve aktif Şekilde hayvan beslenen ahır bulunmaktadır. Ahırın evle bitişik olması zoonotik hastalıklar açısından risk oluşturmaktadır. Zoonotik hastalıklar hayvanlardan insanlara geçebilen başka bir deyişle hayvan kaynaklı hastalıklardır. Toplum kaynaklı enfeksiyonların %60'ını oluşturan zoonotik hastalıklar ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur.⁸³

Araştırmaya katılan evlerin %65,3'nün (62 ev) içinde sigara içildiği tespit edilmiştir. Kapalı ortam hava kirliliğinin en önemli etkenlerinden birisi olan sigara dumanında 2000'nin üzerinde zararlı madde belirlenmiştir. Bu zararlı maddelerin en önemlileri nikotin, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, karbonmonoksit, azotdioksit ve partikül maddelerdir.⁸⁴ Sigara içilen ortamlarda iç ortam hava kalitesinin bozulması, bu şekilde sigara içmeyenlerin de pasif olarak etkilenmesi ve zarar görmesi söz konusu olmakta ve sigara kullanımının zararları yalnızca sigara içenlerle sınırlı olmamakta, sigara dumanından pasif olarak etkilenenlerde kanser, kalp-damar hastalıkları ve felç nedeni ile ölme olasılığının arttığı konusundaki bilgiler son 25-30 yıl içinde giderek artmaktadır.⁸⁵ Sigara içilen evde yaşayan herkes sigara içmese de pasif sigara içicisi olarak sigaranın olumsuz sağlık etkilerine maruz kalmaktadır. Çocuk sağlığını da olumsuz etkileyen pasif sigara içiciliği çocuklarda özellikle üst ve alt solunum yolu enfeksiyonlarının ve astım belirtilerinin artmasına yol açmaktadır. Türkiye de dahil olmak üzere tüm dünyada çocukların çevresel sigara dumanı altında bulunması oldukça yaygındır.⁸⁶ Jarvis ve ark.larının 2000 yılında İngilterede ulusal düzeyde yaptıkları kesitsel bir çalışmada 11-15 yaş arası okul çocuklarında tükürükte kotinin düzeyi ölçülerek pasif içicilik sıklığı araştırılmış ve çocuklarda pasif içicilik sıklığı %54,5 olarak bulunmuştur.⁸⁷ Türkiye'de yapılan ve daha çok bildirim dayalı olan araştırmalara bakıldığında; okul çağı çocuklarında evde pasif içicilik sıklığını Ersu ve ark.ları⁸⁸ %81, Günefler ve ark.ları⁸⁹ %67, Karakoç ve ark.ları⁹⁰ %74 olarak bulmuşlardır. Anthony ve ark.ları 2003 yılında Amerika'da okul çağı çocuklarında yaptıkları bir çalışmada doktor tanılı astım yaygınlığının artışından doğum sonrası değil, doğum öncesi dönemde sigara ile karşılaşmanın etkisi olduğunu saptamışlardır.⁹¹ Pasif sigara içiciliği gebelik döneminden itibaren henüz bebek daha doğmadan çocuk sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği, solunum işlevlerinde azalma).⁸⁶ Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 raporuna göre evde pasif sigara içiciliği sıklığı erkeklerde % 56,1 kadınların % 56,5 olarak tespit edilmiştir.⁹² Araştırmamızda sigara içildiği tespit edilen 62 (%65,3) evde yaşayan hanehalkı çevresel sigara dumanına maruz kalmaktadırlar.

Hanehalkının sahip olduğu ev eşyaları ve dayanıklı tüketim malları hanehalkının sosyoekonomik seviyesini belirten göstergelerden birisidir. Sahip olunan bazı eşyaların özel yararları da bulunmaktadır. Örneğin buzdolabına sahip olunması gıda maddelerinin

daha uzun süre sağlığa uygun bir Şekilde saklanmasını sağlamakta, ulaşım araçlarına sahip olmak ise sunulan sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır.⁵ Araştırmaya katılan hanelerin %100'ünde buzdolabı, %97,9'unda çamaşır makinesi, %94,7'sinde cep telefonu ve %71,6'sında traktör bulunmaktadır. Araştırmaya katılan hanelerin %90'nından fazlasında temel ev eşyalarının bulunduğu tespit edilmiştir.

5.2. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

Araştırmaya 142 erkek ve 143 kadın olmak üzere toplam 285 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılanların %15,4'ü (44 kişi) 0-14 yaş, %67,1'i (191 kişi) 15-64 yaş ve %17,5'i de (50 kişi) 65 yaş ve üstü yaş aralığında bulunmaktadır. TNSA 2013 raporuna göre Türkiye'de kırsal alanda yaşayanların %27,3'ü 0-14 yaş, %59,9'u 15-64 yaş ve %12,8'i 65 yaş ve üstü yaş aralığında bulunmaktadır.⁵ çalışma bölgemizin nüfusu Türkiye kırsal alan nüfusuna göre daha yaşlı olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan 0-14 yaş grubundaki 44 çocuğun 13'ü okul çağında bulunmamaktadır. Araştırmaya katılan okul çağındaki bütün çocukların cinsiyetine bakılmaksızın yaşlarına göre uygun olan sınıflarda öğrenimlerine devam ettikleri tespit edilmiştir. DSÖ verilerine göre Güneydoğu Avrupa ölkelerinde kırsal alanda çocukların %70'i okul öncesi eğitim alamamaktadır.¹⁴

Araştırmamızda 15 yaş üstü bireylerde okur yazarlık oranıtısı %79,7 (E:%92,4 K:%67,5) bulunmuştur. TÜİK 2016 verilerine göre okur yazarlık oranıtısı Türkiye genelinde %96,5⁹³; araştırma bölgemizin bağlı bulunduğu Kocaeli İli Derince İlçesi'nde ise %97,2'dir⁹⁴. Araştırma bölgemizde okur yazarlık Türkiye geneli ve Kocaeli İli Derince İlçesi'den düşük tespit edilmiştir. Türkiye genelinde okur-yazarlık oranıtısı kadınlarda (%94,1) erkeklerden (% 98,9) düşüktür (TÜİK 2016) ⁹³; bizim çalışmamızda da okuryazarlık oranıtısı kadınlarda (%67,5) erkeklerden(%92,4) düşük bulunmuştur (p<0,001). Eğitim konusundaki cinsiyet eşitsizliği dünya genelinde de mevcuttur. UNESCO 2015 raporuna göre dünya genelinde hiç okula gitmemiş kız oranıtısı %48 iken erkeklerde %37'dir³³; düşük ve orta gelirli ölkelerdeki her altı çocuktan biri eğitimi tamamlayamamaktadır. Sahra Altı Afrika'da yoksul kızların hiçbiri ilkokul eğitimi tamamlayamamaktadır. Gine ve Nijerya'da ise yoksul kızların %70'inden fazlası ilkokula başlayamamaktadır.³³ Bizim alışmamızda da eğitimde cinsiyet eşitsizliğini destekler

şekilde ilkokula başlayan erkeklerin ortaokula gitme oranları ilkokula başlayan kızların ortaokula gitme oranlarından fazla bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü erkeklerin ilk evlenme yaş ortalamaları $21,7 \pm 4,1$ iken, kadınların ilk evlenme yaş ortalamaları $19,8 \pm 3,5$ 'tir. Buna göre; erkekler kadınlardan daha büyük yaşta evlenmektedirler ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,001$). Araştırmaya katılan 15 yaş üstü kişilerin %13,3'ü (10 erkek 22 kadın olmak üzere 32 kişi) 18 yaş altı evlilik yapmış; bu oranı erkeklerde %8,5 kadınlarda %17,9 olarak bulunmuştur. TÜİK 2016 verilerine göre Türkiye'de ilk evlenme yaşı erkekler için ortalama 27,1 kadınlar için 24'tür.⁹⁵ Araştırma bölgemizde ortalama ilk evlenme yaşı her iki cinsiyet için de Türkiye geneli ortalamasından küçük bulunmuştur. Aile Yapısı Araştırması 2016 verilerine göre 18 yaş altında evlilik yapmış kadın oranı %28,2, erkeklerin oranı ise %5,6'dır.⁹⁶ Bizim çalışmamızda 18 yaş altı evlilik oranı erkeklerde Türkiye genelinden fazla kadınlarda ise düşük bulunmuştur.

5.3.Katılımcıların Sağlık Durumu

5.3.1.0-14 yaş katılımcıların sağlık durumu

Araştırmada katılımcıların yaş aralığına göre 0-59 ay formu veya 5-14 yaş formu 15 yaş altındaki çocuklara uygulanmıştır. Araştırmada 0-59 ay yaş aralığında 14, 5-14 yaş aralığında ise 30 çocuk bulunmaktadır. Araştırmaya katılan 0-59 ay yaş aralığındaki çocukların son 6 ay içinde en sık geçirdikleri iki hastalık ÜS YE (11 çocuk, %78,6) ve ishaldir (5 çocuk, %35,7). Türkiye Sağlık Araştırması 2012'de de 0-6 yaş çocuklarda son 6 altı ay içinde en sık görülen hastalık ÜS YE ve ishal olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada Türkiye kırsal alanında ÜS YE sıklığı %20,9 ishal sıklığı ise % 28,8 olarak tespit edilmiştir.⁵⁰ Bizim çalışmamızda 0-59 ay çocuk sayısının az olması üsye ve ishal sıklığının Türkiye kırsalından daha çokmuş gibi tespit edilmesine neden olmuş olabilir. Çalışmamızda 5-14 yaş çocukların son 6 ay içinde karşılaştıkları en sık iki sağlık problemi ÜS YE (17 çocuk,%56,7) ve diş çürüğü (7 çocuk, %23,4) olarak tespit edilmiştir. Türkiye Sağlık Araştırması 2012 verilerine 7-14 yaş grubu çocuklarda son 6 ayda en sık görülen sağlık sorunu kırsal alanda %20,0 kentsel alanda %27,0 sıklıkları ile ağız-diş sağlığı problemi olarak bulunmuştur ve ikinci sırada da enfeksiyon hastalıkları yer almıştır.⁵⁰ Güler ve ark.larının 7-14 yaş grubu çocuklarda ağız-diş muayenesi sonucu yaptıkları çalışmada diş çürüğü sıklığını %82,6⁹⁷, Altun ve ark.larının 6-11 yaş grubu

çocuklarda yaptıkları çalışmada diş çürüğü sıklığı %71,2⁹⁸olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda diş çürüğü varlığına annelerin beyanına göre karar verilmiştir, bu durum çürük sıklığının az çıkmasına neden olmuş olabilir.

Araştırmaya katılan 0-59 ay çocukların bu zamana kadar geçirdikleri en sık kazalar oyun oynarken düşme ve trafik kazası; 5-14 yaş aralığındaki çocukların ise okulda yaralanma, yanık ve kesici-delici aletle yaralanmadır. Çalışmamızda 0-14 yaş aralığındaki çocukların bu zamana kadar herhangi bir kaza geçirme sıklığının (%81,8) cinsiyetle ilişkisine bakıldığında kız (%75,0) ve erkekler (%87,5) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Balibey ve ark.ları(2001)⁹⁹, Aşirdizer ve ark.(2005)¹⁰⁰, Özmen ve ark.(2007)'lerinin¹⁰¹ yaptıkları çalışmalarda erkek çocuklarının kız çocuklarından daha fazla ev kazası geçirdikleri saptanmıştır. Bu duruma, erkek çocuklarının genellikle kız çocuklarından daha hareketli olmasının neden olabileceği düşünülmüştür. Bizim çalışmamızda ise kaza geçirme sıklığı bakımından kız ve erkek istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan 0-59 yaş 14 çocuğun yaşa göre vücut ağırlığı z skorları değerlendirildiğinde 0-59 ay çocukların %7,1'i (1 çocuk) zayıf, %92,9'u (13 çocuk) yaşına göre normal kiloda bulunmuştur. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 raporuna göre Türkiye kırsal alanında 0-5 yaş çocukların yaşa göre vücut ağırlığı z skorları değerlendirildiğinde %5,9'u çok zayıf/düşük kilolu, %16,6'sı zayıf, %10,8'i kilolu/hafif şişman ve %4,8 şişman/obezdir.⁵⁹ Türkiye Beslenme ve Sağlık araştırmasında yerleşim yerine göre obez/şişman oranıtısı (%6,5) kentsel alanda , çok zayıf olanların oranıtısı (%5,9) ise kırsal alanda daha fazla olarak tespit edilmiştir.⁵⁹ Bu çalışmada 0-5 yaş çocuklarda yaşa göre vücut ağırlığı z skorları değerlendirildiğinde zayıf çocuk oranıtısı Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 raporu Türkiye kırsal alanı verilerinden daha az tespit edilmiş, obez çocuk ise hiç tespit edilmemiştir.

TNSA-2013' e göre Türkiye genelinde beş yaş altı çocukların yaşa göre vücut ağırlığı z skorları değerlendirildiğinde çocukların %0,4'ü çok zayıf/düşük kilolu, %1,9'u zayıf, %14,6'sı kilolu/hafif şişman ve %5,9'u şişman/obezdir.⁵ Türkiye kırsal alanında TNSA-2013 verisine göre 0-5 yaş çocukların yaşa göre vücut ağırlığı değerlendirildiğinde çok düşük kilolu çocuk oranıtısı %0,8, düşük kilolu çocuk oranıtısı ise %2,7 'dir. TNSA-2013 raporuna göre de zayıf çocuk yüzdesi kırsal (%2,7) alanda kentsel (%1,7) alandan

fazladır⁵. Yaşa göre vücut ağırlığı hem akut hem de kronik yetersiz beslenmeyi değerlendirmede önemli bir yer tutmaktadır.⁵

Araştırmaya katılan 0-59 ay ve 5-18 yaş arası çocuklar yaşa göre boy z skorlarına göre değerlendirildiğinde 0-59 ay çocukların %14,3 'ü (2 çocuk) bodur %85,7'si (12 çocuk) yaşına göre normal boyda iken, 5-18 yaş çocukların ise %8,6 'sı (3 çocuk) bodur %91,4'ü (32 çocuk) ise yaşına göre normal boyda bulunmuştur. TNSA-2013 raporuna göre Türkiye genelinde 0-5 yaş çocukların %9,5'i yaşına göre kırsaldır (bodur) ve bu yaş grubu çocuklarda kırsal alanda(%14,4) bodur oranıtısı kentsel alandan(%8,2) fazladır. ⁵ Bu çalışmada 0-5 yaş çocuklarda bodurluk oranıtısı %14,3 bulunmuştur bu durum TNSA-2013 raporuna göre Türkiye'de kırsal alandaki(%14,4) 0-5 yaş bodur oranıtısına benzerdir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 raporuna göre 0-5 yaş çocuklarda bodurluk oranıtısı Türkiye genelinde %11,5, kırsal alanda %17,0 kentsel alanda %9 olarak bulunmuştur.⁵⁹ Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 raporuna göre 6-18 yaş çocuklarda bodurluk oranıtısı Türkiye genelinde %6,8 , kırsal alanda %11,0 kentsel alanda %6,5'tir⁷⁵; bu oranıtı bizim çalışmamızda %8,6 olarak bulunmuştur. İkinci sınıf öğrencileri arasında yapılan (7-8 yaş) Çocukluk Çağı Obezite Araştırması 2013 raporuna göre Türkiye kırsal alanında çocukların boy uzunluğu z skoruna göre %93,9'u normal, %5,4'ü bodur ve %0,5'i uzundur. ⁵² Bizim çalışmamızda 6-18 yaş grubu çocuklarda bodurluğun fazla çıkması çalışmamızdaki çocuk sayısının azlığından kaynaklanmış olabilir. Bodurluk kronik beslenme yetersizliğinin bir göstergesidir. Bodur çocukların boya göre kiloları normal sınırlar içindedir, bu nedenle bodur çocuklar toplumda hemen fark edilmeyebilirler.⁵

Araştırmaya katılan 0-59 ay ve 6-18 yaş çocukların beden kitle indeksi z skoruna göre değerlendirildiğinde 0-59 ay çocukların %7,2'si(1çocuk) çok zayıf, %21,4'ü (3 çocuk) zayıf ve %71,4'ü (10 çocuk) normal kilolu iken; 6-18 yaş çocukların %8,6'sı (3 çocuk) zayıf, %62,8'i (22çocuk) normal kilolu, %22,8'i (8 çocuk) fazla kilolu ve %5,8'i (2 çocuk) obez bulunmuştur. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 raporuna beden kitle indeksine göre 0-5 yaş çocukların %8,5'i obez, %17,9'u fazla kilolu, %10,3'ü zayıf ve %5,6'sı ise çok zayıf olarak bulunmuştur.⁵⁹ Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 raporunda beden kitle indeksi değerlendirmesine göre Türkiye kırsal alanında 0-5 yaş çocuklarda obez ve çok zayıf (sırasıyla %9,8 ve %6,8) çocuk oranıtısı kentsel alandan (sırasıyla %7,8 ve %5) daha fazla olarak bulunmuştur.⁷⁵ Bizim çalışmamızda 0-

5 yaş çocuklarda beden kitle indeksi z skoruna göre obez çocuk hiç bulunmamışken çok zayıf çocuk oranıtısı %21,4 (3 çocuk) bulunarak Türkiye kırsal alanından fazla bulunmuştur (%6,8).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 raporu beden kitle indeksi değerlendirmesine göre 6-18 yaş grubu çocukların Türkiye genelinde %8,2'si obez, %14,3'ü fazla kilolu, %14,9'u zayıf ve %3,9'u ise çok zayıftır. Aynı çalışmada 6-18 yaş grubu çocukların Türkiye kırsal alanında %4,5'i obez ve %10,8'i fazla kilolu; kentsel alanda ise %9,7'si obez ve %15,7'si hafif şişman bulunmuştur.⁷⁵ Çocukluk Çağı Obezite araştırması (7-8 yaş) 2013 raporu beden kitle indeksi z skoru değerlendirmesine göre çocuklarda obezite sıklığı kırsal alanda %3,7 kentsel alanda %11,2; fazla kilolu sıklığı kırsal alanda %11,1 kentsel alanda %13,7'dir.⁶⁶ Bizim çalışmamızda ise 6-18 yaş çocukların %5,8'i (2 çocuk) obez ve %22,8'i (8 çocuk) fazla kilolu bulunmuştur.

5.3.2.15 yaş üstü katılımcıların sağlık durumu

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerde kronik hastalık sıklığı %56,9 (E: %44,1 K: %69,1) olarak bulunmuştur. Araştırmamızda kronik hastalık sıklığı kadınlarda erkeklerden fazladır ($p<0,001$) ve yaş arttıkça kronik hastalık sıklığı artmaktadır ($p<0,001$). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması raporuna göre ülkemizde kronik hastalıklar tüm ölümlerin %75'ini ve %63,9 ile toplam DALY kayıplarının en büyük kısmını oluşturmaktadır.¹⁰²

Araştırmamıza katılan 15 yaş ve üstü kişilerde hipertansiyon sıklığı %24,9 (erkeklerde %17,8 kadınlarda %31,7) olarak bulunmuştur. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına (15 yaş üstünde yapılan) göre hipertansiyon sıklığı Türkiye genelinde %24,0 (erkeklerde %21,0 kadınlarda %26,0), kırsal alanda %26,0 kentsel alanda %23,0'dır ve hem kırsal alanda hem de kentsel alanda kadınlarda erkeklerden fazladır.¹⁰² Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-1 (TURDEP-I)¹⁰³ çalışmasında (1999) 20 yaş üzeri grupta hipertansiyon sıklığı %29, Altun tarafından yapılan 18 yaş üzerindeki bireylerde yapılan çalışmada (2003)¹⁰⁴ %32, 20 yaş ve üzeri kişilerde yapılan TURDEP -II¹⁰⁵ çalışmasında (2010) ise %31 olarak saptanmıştır. TURDEP-I¹⁰³, TURDEP-II¹¹⁰, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması¹⁰² ve Altun¹⁰⁴ tarafından yapılan çalışmada hipertansiyon sıklığı kadınlarda erkeklerden fazla bulunmuştur. Bizim çalışmamızda

hipertansiyon sıklığı kadınlarda erkeklerden fazla çıkmıştır ($p<0,05$). Kadınlarda hipertansiyon sıklığının erkeklerden daha fazla olmasının en önemli nedeninin obezite olduğu düşünülmektedir.¹⁰² Bizim çalışmamızda da obezlerde (%36,1) hipertansiyon sıklığı obez olmayanlardan (%19,0) daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerde diyabet sıklığı %12,9 (erkeklerde %8,5 kadınlarda %17,1) olarak bulunmuştur. Diyabet sıklığı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında¹⁰² %11, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II 20 yaş ve üzeri kişilere yapılmış)'de¹⁰⁵ %16,5, Oğuz ve ark.larının Türkiye'de diabetes mellitus ve prediabet prevalansı çalışmasında¹⁰⁶ %14,7, TÜİK Sağlık Araştırması 2012 'de⁴⁹ ise %6,8 olarak bulunmuştur. Diyabet sıklığı açısından Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında kadın ve erkek arasında fark bulunmamıştır.¹⁰² TÜİK Sağlık Araştırması 2012⁴⁹ ve TURDEP-II¹⁰⁵ çalışmalarında diyabet sıklığı kadınlarda erkeklerden fazla bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da diyabet sıklığı kadınlarda erkeklerden fazla bulunmuştur ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır($p<0,05$). Diyabet oluşumunda en önemli risk faktörlerinin fiziksel inaktivite ve obezite olduğu ön görülmektedir.¹⁰² Bizim çalışmamızda da obezlerde (%21,7) diyabet sıklığı obez olmayanlardan (%8,2) daha fazla olduğu tespit edilmiştir. ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerde migren sıklığı %12,0 (erkeklerde %6,8 kadınlarda %17,1) olarak bulunmuştur. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına¹⁰² (15 yaş üstünde yapılan) göre migren sıklığı Türkiye genelinde %14,9 (erkeklerde %8,3 kadınlarda %20,7)'dur. Aynı çalışmaya göre kadınlarda migren sıklığı kırsal alanda %19 kentsel alanda %21'dir; kadınlar migren sıklığı kentsel alanda yaşayanlarda kırsal alanda yaşayanlardan daha fazladır, erkeklerde kır-kent farkı bulunmamaktadır.¹⁰² Bizim çalışmamızda da migren sıklığı kadınlarda erkeklerden fazla bulunmuştur($p<0,05$).

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerde depresyon sıklığı %13,7 (erkeklerde %5,1 kadınlarda %22,0) olarak bulunmuştur. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına¹⁰² (15 yaş üstünde yapılan) göre depresyon sıklığı (kişilerin beyanına göre) Türkiye genelinde %9,3 (erkeklerde %5,0 kadınlarda %13,1)'tür.¹⁰² Aynı çalışmada yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde depresyon sıklığı kadınlarda kentsel (%14) bölgede yaşayanlarda kırsal (%10) bölgede yaşayanlardan fazla bulunmuş; erkeklerde

kır-kent farkı bulunmamıştır.¹⁰² TÜİK Sağlık Araştırması 2012⁴⁹ raporunda kişilerin beyanına göre 15 yaş üstü kişilerde kronik depresyon sıklığının kırsal alanda kentsel alandan ve kadınlarda erkeklerden fazla olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da depresyon sıklığı kadınlarda erkeklerden fazla bulunmuştur ($p<0,001$). Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004 raporuna göre unipolar depresif hastalıklar hastalık yükünü oluşturan ilk on neden içinde 4. sırada yer almakla birlikte sıklığı %21,1'dir (E: %16,0 K: %26,3).⁵⁵Kayahan ve ark.larının¹⁰⁷ bir sağlık ocağı bölgesin 15-49 yaş grubu kadınlarda yaptıkları çalışmada depresyon sıklığı %25,8 ve depresyon şiddeti ile son bir yıl içinde evlilik sorunu yaşamış olma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kadınların sosyo-kültürel ve toplumsal cinsiyet açısından ataerkil toplumdaki yeri kadınların ruhsal sağlığını etkileyebilmektedir.¹⁰⁷

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerde romatizma sıklığı %18,3 (erkeklerde %12,7 kadınlarda %23,6) olarak bulunmuştur. TÜİK Sağlık Araştırması 2012 verilerine göre romatizma sıklığı Türkiye genelinde %12,8, kırsal alanda %15,8(erkeklerde%11,3 kadınlarda %20) kentsel alanda ise %11,4 olarak tespit edilmiş,⁴⁹ kırsal alanda kentsel alandan fazla bulunmuştur. Aynı çalışmada hem kırsal alanda hem de kentsel alanda romatizma sıklığı kadınlarda erkeklerden fazla bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da romatizma sıklığı kadınlarda erkeklerden fazla ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilere son 6 ay içerisinde herhangi bir sağlık problemi nedeni ile günlük yaşam faaliyetlerinin ne ölçüde kısıtlandığı sorusuna araştırmaya katılan erkeklerin %71,2'si kısıtlanmadı,%22,0'ı kısıtlandı ciddi ölçüde değil ve %6,8'i de ciddi ölçüde kısıtlandı diye cevap verirken; kadınların %46,3'ü kısıtlanmadı,%35,0'ı kısıtlandı ciddi ölçüde değil ve %18,7'si ciddi ölçüde kısıtlandı diye cevap vermiştir, Sağlık problemlerinin kadınların günlük yaşamını erkeklere göre daha fazla kısıtladığı tespit edilmiştir. Erkek ve kadınlar arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır($p<0,001$). TÜİK Sağlık Araştırması 2012 raporuna göre son 6 ay içerisinde sağlık problemi sebebiyle günlük yaşam faaliyetlerinin ne derece kısıtlandı sorusuna erkeklerin %7,7 ve kadınların %11,7'si ciddi ölçüde kısıtlandı şeklinde cevap vermişken; erkeklerin%16,6 ve kadınların %23,5'i ise kısıtlandı ama ciddi ölçüde değil şeklinde cevap vermiştir. Aynı çalışmada sağlık problemi nedeni ile bireylerin günlük yaşam faaliyetlerinin etkilenme durumları kırdaki kente göre nispeten daha yüksek

bulunmuştur. Kentte bu orantı erkekleri için %6,7 ve kadınlar için %10 iken kırsal erkekler için %10 ve kadınlar için %15,3 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da günlük yaşam faaliyetlerinde sağlık sorunları nedenli kısıtlanma kadınlarda erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu tespit edilmiştir.⁴⁹ Kronik hastalıkların kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmesinin sonucu olarak kadınların günlük yaşam faaliyetleri erkeklere göre daha fazla etkilenmiş olabilir.

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin daha önce sigara kullanım durumu ve öyküleri sorgulanmıştır Buna göre; erkeklerin %66,1'i daha önce sigara kullanmışken kadınların ise %10,6'sı daha önce sigara kullanmıştır; kadın ve erkek arasında ki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Çalışmamıza katılan erkeklerin sigaraya başlama yaş ortalamaları $17,47 \pm 3,156$ iken kadınların $20,09 \pm 8,746$ 'dır; erkek ve kadın arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p > 0,05$). Araştırmamıza katılan erkeklerin %36,4'ü düzenli sigara kullanıyorken, kadınların %4,9'u düzenli sigara kullanmaktadır; düzenli sigara kullanma oranı erkeklerde kadınlardan fazladır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012⁹² raporuna göre Türkiye'de düzenli sigara kullanma oranıtısı erkeklerde %37,3 iken kadınlarda %10,7'dir. TÜİK Sağlık Araştırması 2012⁴⁹ raporuna göre kırsal alanda erkeklerin %33,8 kadınların %4,9'u , kentsel alandaki erkeklerin %36,8 kadınların % 13,6'sı düzenli tütün mamülü kullanmaktadır. Kanser sıklığı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına¹⁰² göre Türkiye'de erkeklerin %37'si kadınların %12'si düzenli olarak sigara kullanmakta ve sigara kullanımı kentsel alanda (%31) kırsal alandan (%25) fazladır. Ulusal Hastalık Yüğü-Maliyet Etkililik Çalışması¹⁰⁸ kapsamında yapılan hanehalkı araştırmasında sigara kullanımı erkeklerde % 51, kadınlarda %19, toplamda %33 olarak saptanmıştır. Sigara kullanımı önlenabilir hastalık ve ölüm sebepleri arasında en önde gelen risk faktörüdür Akciğer kanseri, kalp ve solunum sistemi hastalıkları gibi çok sayıda sağlık sorunun oluşumunda en önemli etkenlerdendir. DSÖ'ye göre dünyada sigara kullanımına bağlı yılda 5 milyon ölüm gerçekleşmekte, 2030'a kadar da 8 milyona çıkması beklenmektedir.¹⁰⁹

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin daha önce alkol kullanım durumu ve öyküleri sorgulanmıştır. Buna göre; erkeklerin %13,6'sı daha önce alkol kullanmışken kadınlarda bu orantı %0,8'dir. Erkeklerin daha önce alkol kullanmış olma oranıtısı kadınlardan fazladır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0,001$). Araştırmaya

katılan 15 yaş ve üstü kişilerde düzenli alkol kullanan erkek sayısı 1'dir. TÜİK Sağlık Araştırması 2012⁴⁹ raporuna göre 15 yaş ve üstü bireylerin %20,1' i(kentsel alanda %21,9 kırsal alanda %16) daha önce alkol kullanmıştır; bu orantı kadınlarda % 8,0 erkeklerde %32,6'dır. Alkol, dünyada küresel hastalık yükünü oluşturan risk faktörleri içinde üçüncü sıradadır.¹¹⁰ Alkol kullanımı önemli sağlık ve sosyal sorunlara yol açması nedeniyle izlenmesi gereken bir risk faktörüdür. Türkiye'de daha önce yapılan çalışmalarda ve eldeki verilerde alkol tüketimi az görülmektedir; bu durumun dini ve kültürel etkilere bağlı olmasının yanı sıra, sosyal baskı nedeniyle kişilerin eksik bildirimlerin de olabileceği düşünülmelidir.¹⁰² Alkolün oral, özefagus, karaciğer ve meme kanseri için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Kardiyovasküler hastalıklardan inme ve hipertansiyona neden olmaktadır. Bu sağlık sorunları dışında alkolün özellikle şiddet, kaza ve yaralanmalar gibi sosyal etkileri olması da halk sağlığı açısından önemini arttırmaktadır.¹¹⁰

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilere SF-36 yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Çalışmamızda SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeğinden kadınlar ortalama 63,7 erkekler 85,1 puan; SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeğinden kadınlar ortalama 48,4 erkekler 85,4 puan; SF-36 Ağrı alt ölçeğinden kadınlar ortalama 69,0 erkekler 85,1 puan; SF-36 Genel Sağlık Algısı alt ölçeğinden kadınlar ortalama 51,7 erkekler 66,4 puan; SF-36 Sosyal İşlevsellik alt ölçeğinden kadınlar 90,1 erkekler 91,7 puan; SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeğinden kadınlar ortalama 52,9 erkekler 88,7 puan; SF-36 Ruhsal Sağlık alt ölçeğinden kadınlar ortalama 60,4 erkekler 72,6 puan; SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite alt ölçeğinden kadınlar ortalama 70,6 erkekler 70,6 puan almıştır. Demiral ve ark.larının⁸⁰ Türkiye kentsel alanında yaptıkları çalışmada SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeğinden kadınlar ortalama 80,6 erkekler 87,2 puan; SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeğinden kadınlar ortalama 82,9 erkekler 89,8puan; SF-36 Ağrı alt ölçeğinden kadınlar ortalama 81,0 erkekler 85,1 puan; SF-36 Genel Sağlık Algısı alt ölçeğinden kadınlar ortalama 69,1 erkekler 73,6 puan; SF-36 Sosyal İşlevsellik alt ölçeğinden kadınlar 90,1 erkekler 91,7 puan; SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeğinden kadınlar ortalama 89,0 erkekler 92,8 puan; SF-36 Ruhsal Sağlık alt ölçeğinden kadınlar ortalama 70,1erkekler 71,0 puan; SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite alt ölçeğinden kadınlar ortalama 63,4 erkekler 65,7 puan almıştır.⁸⁰ Araştırmamızda hem kadınlarda hem de erkeklerde Fiziksel Fonksiyon , Fiziksel Rol Güçlüğü, Genel Sağlık Algısı, Sosyal İşlevsellik, Emosyonel Rol Güçlüğü

ve Ruhsal Sağlık Ölçek puanları Demiral ve ark.larının yaptığı çalışmadaki Türkiye kentsel alan ortalamalarından düşük bulunmuştur.

Araştırmamızda erkeklerin fiziksel (80,5) ve mental (79,0) sağlık skoru ortalamaları kadınların fiziksel (58,2) ve mental (59,9) sağlık skoru ortalamalarından yüksek olup erkeklerin fiziksel ve mental sağlıklarının kadınlardan daha iyi olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Göçgeldi ve ark.larının¹¹¹ 2008 yılında yaptıkları çalışmada kadınlar bütün alt ölçeklerde erkeklere göre daha düşük puanlar almış olup, aradaki farklılıklar Genel Sağlık Algısı hariç bütün alt ölçekler için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Genç ve ark.larının¹¹² 2011 yılında yaptıkları çalışmada erkeklerin fiziksel ve mental sağlık skorları kadınlardan yüksek bulunmuş ve bu durumun erkeklerin fiziksel aktivite süresinin fazla olması ile bağlantılı olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızda obezite sıklığının, eğitim seviyesi düşüklüğünün ve kronik hastalık sıklığının kadınlarda erkeklerden fazla olduğu ve bu üç durumda mental ve fiziksel sağlığı olumsuz etkilediği tespit edilmiştir.

Katılımcıların (15 yaş üstü) SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların medeni durumla ilişkisi incelendiğinde, bekar kişilerin evlilerden evlilerin de dul veya boşanmış kişilerden fiziksel sağlık skorları daha yüksek ve fiziksel sağlıkları daha iyi bulunmuştur ($p<0,05$). Benzer şekilde Mihaila ve ark.ları¹¹³ Romanyada, Sabbah ve ark.larının¹¹⁴ Lübnan'da, Bilir ve ark.larının¹¹⁵ Van'da yaptıkları çalışmalarda bekar olmanın yaşam kalitesini yükselttiği gösterilmiştir.

Katılımcıların (15 yaş üstü) SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların eğitim düzeyi ile ilişkisi incelendiğinde eğitim düzeyi arttıkça SF-36 alt ölçeklerinden alınan puan artmakta, fiziksel ve mental sağlıkları iyileşmektedir ($p<0,001$). Bilir ve ark.larının¹¹⁵ Van'da, Sullivan ve ark.larının¹¹⁶ İsveç'te, O'dea ve ark.larının¹¹⁷ Norveç'te yaptıkları çalışmalarda eğitim düzeyinin artması ile birlikte SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin tüm alt ölçek değerlerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir artış tespit edilmiştir. Bilir ve ark.ları¹¹⁵ çalışmalarında eğitim düzeyinin yükselmesinin, sağlık algısının iyileşmesine ve sağlıklı yaşamaya ilişkin davranışların yerleşmesine pozitif yönde bir etkisi olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcıların (15 yaş ve üstü) SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların obez olma durumu ile ilişkisi incelendiğinde obez kişilerin hem fiziksel hem de mental sağlıklarının obez olmayanlardan daha kötü olduğu bulunmuştur($p<0,05$).

Araştırmamızda obezite sıklığı 15 yaş ve üstü kişilerde %34,4 (E:%25,4 K:%43,1) olarak bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışmasında obezitenin hipertansiyon, diabet, kardiyovasküler hastalıklar ve metabolik sendrom sıklığını arttırarak sağlığı olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir.¹⁰² Deveci ve ark.larının 2005 yılında yaptıkları bir çalışmada obez hastaların %42'sinde en az bir psikiyatrik bozukluğun olduğu tespit edilmiştir.¹¹⁸ İsmailoğlu ve ark.larının 2008 yılında yaptıkları bir çalışmada obezitenin hipertansiyon, dislipidemi, Tip 2 diabetes mellitus, koroner kalp hastalığı, inme, prostat ve kolon kanseri gibi hastalıklarla birliktelik gösterdiği belirtilmiştir.¹¹⁹

Katılımcıların (15 yaş ve üstü) SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların kronik hastalık varlığı durumu ile ilişkisi incelendiğinde kronik hastalığı olan kişilerin hem fiziksel hem de mental sağlıklarının kronik hastalığı olmayan kişilerden daha kötü olduğu bulunmuştur(p<0,001). Taşçı ve ark.¹²⁰ 2013 yılında yaptıkları bir çalışmada kronik hastalığı olan hastalarda üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, bağımlı olma endişesi, beden imajı değişikliği ve yaşam tarzında bozulma, depresif görüntü ve sosyal izolasyon gibi psikososyal problemler ortaya çıkabildiğini belirtmiştir. Anderson¹²¹ ve ark.ları 2001 yılında yaptığı çalışmada sık görülen kronik bir hastalık olan diabet hastalarında depresyon sıklığını toplumun iki katı olduğunu tespit etmişlerdir. Şenocak ve ark.ları¹²² 2008 yılında yaptıkları bir çalışmada ilerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan kronik hastalıkların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmişlerdir. Çalıştır ve ark.larının¹²³ 2006 yılında yaptığı çalışmada yaşam kalitesi birçok değişkene bağlı, karmaşık bir kavram olduğu ve en önemli belirleyicilerden birisinin kişinin genel sağlık durumu olduğu belirtilmiştir. Altuğ ve ark.larının¹²⁴ 2009 yılında yaptığı çalışmada fonksiyonel bağımsızlık ve mobilite düzeylerinin düşük olması, depresif semptomların varlığı ve kronik hastalıkların varlığının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür.

5.3.3.Kadın katılımcıların sağlık durumu

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kadınların ilk gebelik yaş ortancası 20 olarak hesaplanmıştır. TNSA-2013⁵, raporuna göre 15-49 yaş grubu kadınlarda ortanca ilk doğum yaşı kırsal alanda 21,8 iken kentsel alanda 23,2; bu sayılar TNSA-2003³⁰ raporuna

göre sırasıyla 21,1 ve 22,1 'dir. Anne ve çocuk sağlığı açısından kadının ilk doğum yaşı önemlidir. DSÖ 19 yaş altındaki gebelikleri adölesan gebelik olarak tanımlamaktadır. DSÖ verisine göre gelişmekte olan bölgelerde her yıl 23 milyon adölesan gebelik meydana geldiği ve bu kızların 2 milyonunun 15 yaş altında olduğu tahmin edilmektedir.¹²⁵ Ganchimeg ve ark.larının DSÖ adına yaptıkları Afrika, Latin Amerika, Asya ve Orta Doğu'da 29 ülkeyi kapsayan çalışmada adölesan annelerin 20-24 yaş aralığında doğum yapmış kadınlara göre eklampsi, puerperal endometrit ve sistemik enfeksiyon riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada ek olarak adölesan annelerden doğan bebeklerde düşük doğum ağırlığı ve preterm doğumun daha sık olduğu belirtilmiştir.¹²⁶ Ayrıca erken yaşta çocuk sahibi olmak adölesan annelerin eğitimlerini tamamlamalarına engel oluşturmakta ve o annelerin iş imkanlarına erişememelerine neden olmaktadır.⁵ Bizim çalışmamızda en az bir kez gebe kalmış 110 kadının 25'inin (%22,7) ilk gebeliği 19 yaş altında meydana gelmiştir.

Çalışmamızda 15-49 yaş aralığında bulunan 35 kadının toplam 79 gebeliğinin 8'i (%10,1) istemeden düşük, 1'i (%1,3) ölü doğum ve 70'i (%88,6) canlı doğum şeklinde sonuçlanmıştır. TNSA-2013⁵ raporuna göre Türkiye'de 15-49 yaş kadınların her 100 gebeliğinin 19'u düşük ile sonuçlanmakta iken bizim çalışmamızda ise 15-49 yaş kadınların her 100 gebeliğinin 10,1'i düşükle sonuçlanmıştır. Araştırmamızda hiç isteyerek düşük tespit edilmemesine rağmen TNSA-2013⁵ raporuna göre isteyerek düşük oranı Türkiye'de kentsel alanda % 13 kırsal alanda %14'tür. Araştırma bölgemizdeki sosyo-kültürel durumdan dolayı kadınlar isteyerek düşüklerini bildirmemiş olabilirler. Kendiliğinden düşüklerin %50-60'ının kromozomal anomali sonucu meydana gelmekle birlikte yüksek doz radyasyon, kimyasallar, sitotoksik ilaçlar, alkol, sigara içme, orta ve aşırı düzeyde kafein tüketimi, yüksek ateş gibi teratojenik ajanlar, sistemik enfeksiyonlar ve ovulasyon sonrası yaşlanmış gamet düşüğe yol açmaktadır.¹²⁷ Sağlıksız koşullarda yapılan düşükler kadın sağlığının en önemli sorunlarından birisidir. DSÖ'nün 2011 yayınladığı rapora göre her gün 55.000 (%95'i gelişmekte olan ülkelerde) sağlıksız düşük yapılmaktadır ve tüm anne ölümlerinin en az %13'ü sağlıksız koşullarda yaptırılan düşük nedeni ile meydana gelmektedir.¹²⁸ TNSA-2013⁵ raporuna göre Türkiye'de 15-49 yaş kadınların her 100 gebeliğinden 1'i ölü doğumla sonuçlanmakta iken araştırmamızda 15-49 yaş kadınların her 100 gebeliğinin 1,3'ü ölü doğumla sonuçlanmıştır.⁵ Araştırmaya katılan 15-49 yaş kadınların (35 kadın) %20'si (7 kadın) en az bir kez düşük yapmıştır

(bütün düşüklerin istemeden kendiliğinden düşük şeklinde olduğu belirtilmiştir). TNSA-2013⁵ raporuna göre Türkiye'de 15-49 yaş aralığındaki kadınların %23'ü en az bir kez kendiliğinden, %14'ü ise en az bir kez isteyerek düşük yapmıştır . TNSA-2013 İleri Analiz Sonuçlarına göre kadının daha önce kendiliğinden düşük yapmış olması, üremeye yardımcı teknik kullanmış olması, 40 yaş ve üzeri olması, beş veya daha fazla canlı doğum yapmış olması kendiliğinden düşük yapma eğilimini arttırmaktadır.¹²⁹ Araştırmaya katılan 15-49 yaş kadınların (35 kadın) %2,9'u (1 kadın) en az bir kez ölü doğum yapmıştır; TNSA-2013⁵ raporuna göre 15-49 yaş grubu kadınların %3'ü en az bir kez ölü doğum yapmıştır.⁵

Araştırmaya katılan 15-49 yaş kadınların yapmış olduğu 71 doğumdan %9,9'u (7 doğum) evde, %84,5'i (60 doğum) devlet hastanesinde ve %5,6'sı (4 doğum) özel hastanede olmuştur. TNSA-2013 'e göre 15-49 yaş grubu kadınlarda evde doğum yapma yüzdesi kentsel alanda %1,0 iken kırsal alanda %7'dir.⁵ Çalışmamızda evde doğum sıklığı Türkiye kırsal alanından fazla bulunmuştur; araştırma grubumuzdaki 15-49 yaş kadın sayısının azlığı bu duruma neden olmuş olabilir. Yüksek maternal mortalite ve morbiditeyi azaltmak için, ilk 1987 yılında DSÖ öncülüğünde Nairobi'de düzenlenen konferansta başlatılan güvenli annelik yaklaşımı: anneye gebelik öncesi, anne ve bebeğe doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelik, doğum ve doğum sonu komplikasyonların tanımlanması, önlenmesi ve yönetimini kapsayan anne ve bebek ölümlerinin ve komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik bütüncül yaklaşımdır. Doğumun sağlıklı bir ortamda gerçekleşmesi için gerekli olan hastane ortamında doğum güvenli annelik yaklaşımının önemli basamaklarından birisidir.¹³⁰

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü evli kadınların aile planlaması yöntem kullanım durumlarına baktığımızda; 80'i menopozda, doğurganlık çağındaki 35 kadının 2'si gebe ve 5'i çocuk istediği için yöntem kullanmamakta, geriye kalan 28 kadın ise herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Çalışmamızda evli ve doğurganlık çağındaki 35 kadının 28'i (%80) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır, bu oran Türkiye genelinde %73,5 (kentte:%74,7 kırsalda: 68,5)'dir.⁵ Araştırmamıza katılan 15-49 yaş evli kadınların %51,4'ü (18 kadın) geri çekme yöntemi, %8,6'sı (3 kadın) kondom, ve %8,6'sı (3 kadın) RİA kullanmakta iken % 11,4'ü (4 kadın) tüplerini bağlatmıştır. TNSA-2013 raporuna göre ülkemizde evli kadınların %73,5'i herhangi bir ap yöntemi

kullanılmaktadır ve kullanılan ap yöntemlerinin % 47'si modern, % 26,5'i geleneksel yöntemdir. Ülkemizde en sık kullanılan modern yöntem RİA en sık kullanılan geleneksel yöntem ise geri çekmedir.⁵ Aile planlaması yöntem kullanımı Türkiye geneline göre yüksek gözükse de modern yöntem kullanımı düşüktür. Araştırmamıza katılan kadınların %51,4'ü geri çekme yöntemi kullanmakta olup TNSA-2013 raporunda bu oranı %26,5'dir. Ayrıca Çalışkan ve ark.larının Giresunun kırsal bir bölgesinde gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanan 18-49 yaş grubu kadınlarda yapılan çalışmada kadınların %58,8'i modern yöntem %41,2'sinin ise geriçekme ve diğer geleneksel yöntemleri kullandıkları bulunmuştur.¹³¹ Antic ve ark.larının 2013 yılında Sırbistan'da yaptıkları bir çalışmada geleneksel yöntem kullanım yüzdesini %74,8 bulmuşlardır.¹³² Geri çekme yönteminin başarısızlık oranı ve buna bağlı olarak da yöntemi kullananlarda isteyerek düşük oranı yüksektir. Geri çekme yönteminin kullanılması; kullanan ailelerin aile planlamasına motive oldukları halde etkili yöntemle ulaşamadıklarının bir göstergesidir. Bu gruba; etkili yöntemlere ilişkin hizmetler özel ve öncelikli olarak sunulmalıdır.⁶²

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Araştırmamız kırsal alanda yaşayanlarda sağlık durumu ve etkileyen faktörleri ele almak amacıyla yapılmıştır. Örneklem grubunda hedeflenen 95 hanede yaşayan 285 kişiye yüz yüze anket uygulaması şeklinde anketler uygulanmış ve her bir katılımcının boy/kilo ölçümü araştırmacı tarafından katılımcıların yaşadıkları hanelerde ölçülmüştür. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- Araştırmaya katılan evlerin %97,9 'unun (93 ev) mülkiyeti evde yaşayan birine ait, %1,1'i (1 ev) kira ve geri kalan %1,1'i de (1 ev) lojmandır. Evlerin %86,3'ü (82 ev) beton/tuğladan yapılmışken %13,7'si (13 ev) ahşaptan yapılmıştır.
- Hanelerin %68,5'i (65 ev) içme suyu olarak şebeke suyunu kullanmakta iken, %18,8'i (18 ev) dağdan gelen kaynak suyunu kullanmaktadır.
- Araştırmaya katılan evlerin 85'i (%89,5) kanalizasyona bağlı iken, 10 (%10,5) evde foseptik çukur bulunmaktadır. Ayrıca evlerin tamamının evsel atıkları belediye tarafından çöp konteynerları ile toplanmaktadır.
- Araştırmaya katılan hanelerin %91,6'sında (87 ev) ısınma kaynağı olarak odun kullanılmaktadır. Evlerin 65'inde (%68,4) ahır bulunmaktadır. Ahırların 15'i evle bitişik bulunmakta iken, 50 ahır evden uzak bir yerde bulunmaktadır.
- Araştırmaya katılan hanelerin % 65,3'ünde (62 ev) evin içinde sigara içilmektedir
- Araştırmaya katılan evlerin tamamında buzdolabı bulunurken; %65,3'ünde (62 evde) bulaşık makinesi, %97,9'unda (93 evde) çamaşır makinesi ve %92,4'ünde (88 evde) elektrik süpürgesi bulunmaktadır.
- Araştırmaya katılan evlerin %71,6'sında (68 evde) traktör , %94,7'sinde (90 evde) cep telefonu ve %57,9'unda (55 evde) özel araba bulunmaktadır.

- Araştırmaya 142 erkek ve 143 kadın olmak üzere toplam 285 kişi katılmıştır. Katılımcıların %15,4'ü (44 kişi) 0-14 yaş aralığında, %67,1'i (191 kişi) 15-64 yaş aralığında ve %17,5'i de (50 kişi) 65 yaş ve üstü grupta bulunmaktadır.
- Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü erkeklerde okur yazarlık sıklığı %92,4 iken kadınlarda %67,5'tir. Okur yazarlık oranıtısı erkeklerde kadınlardan fazladır. ($p<0,001$).
- Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü öğrenimini tamamlamış bireylerde ilkokula gidenlerin sayısı 180'dir. Bu 180 kişinin 103'ü erkek, 77' si kadındır. İlkokulu bitiren 103 erkekten %28,2'si ortaokul gidebilmişken, ilkokulu bitiren 77 kadından sadece %10,4'ü ortaokula gidebilmiştir. İlkokula başlayan erkeklerin ortaokula gitme oranıtısı ilkokula başlayan kızların ortaokula gitme oranıtısından fazladır ($p<0,05$).
- Araştırmaya katılan erkeklerin ilk evlenme yaş ortalamaları $21,7 \pm 4,1$ iken, kadınların ilk evlenme yaş ortalamaları $19,8 \pm 3,5$ 'tir. Araştırma bölgesinde kadınlar erkeklerden daha küçük yaşta evlenmektedir ($p<0,001$).
- Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kadınların %90,2'si ev hanımıdır. 15 yaş ve üstü erkeklerin %51,7'si kendi hesabına çalışmakta iken, %16,1'i ücretli/aylıklı çalışmaktadır. Erkeklerin % 23,7'si emekli iken, kadınların %1.6'sı emeklidir.
- Son 6 ay içinde araştırmaya katılan 0-59 ay çocuklarda ÜSYE (11 çocuk) ve ishal (5 çocuk) ; 5-14 yaş çocuklarda ise ÜSYE (17 çocuk) ile ağız ve diş sağlığı problemi (7 çocuk) sık görülmüştür.
- Son 6 ay içinde araştırmaya katılan 0-59 ay çocukların %92,9'u 5-14 yaş çocukların ise %70,0'ı bir sağlık problemi yaşamıştır. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Araştırmaya katılan çocukların bu zamana kadar geçirdikleri kazaların sayı ve yüzde dağılımına bakıldığında 0-59 ay yaş aralığındaki çocukların 10'u (%71,4) oyun oynarken düşmüş iken, 2'si (%14,3) ise trafik kazası geçirmiş; 5-14 yaş

aralığındaki çocukların, 6'sında (%20) yanık oluşmuş, 5'i (%16,7) ise kesici-delici aletle yaralanmıştır.

- Araştırmaya katılan 0-14 yaş aralığındaki çocukların bu zamana kadar herhangi bir kaza geçirme durumlarının yaşa göre dağılımı incelendiğinde : 0 - 59 ay yaş grubu çocuklarda kaza geçirme oranı %71,4 iken, 5-14 yaş grubu çocuklarda bu oran %86,7'dir. ($p>0,05$).
- 0-14 yaş aralığındaki erkeklerin %87,5'i, kızların ise %75,0'ı şimdiye kadar herhangi bir kaza geçirmişlerdir ($p>0,05$).
- Araştırmaya katılan 0-59 ay çocukların yaşa göre vücut ağırlığı z skorları değerlendirildiğinde: 0-59 ay yaş aralığındaki çocukların %7,1'i (1 çocuk) zayıf, %92,9'u (13 çocuk) yaşına göre normal kilodadır.
- Araştırmaya katılan 0-59 ay ve 5-18 yaş arası çocukların yaşa göre boy z skorlarının sayı ve yüzde dağılımı incelendiğinde: 0-59 ay çocukların %14,3 'ü (2 çocuk) bodur %85,7'si yaşına göre normal boyda iken, 5-18 yaş çocukların ise %8,6 'sı bodur %91,4'ü ise yaşına göre normal boydadır.
- Araştırmaya katılan 0-59 ay ve 5-18 yaş aralığındaki çocuklar beden kitle indeksi z skoruna göre değerlendirildiğinde: 0-59 ay çocukların %7,2'si (1 çocuk) çok zayıf, %21,4'ü (3 çocuk) zayıf ve %71,4'ü (10 çocuk) normal kilolu iken; 5-18 yaş çocukların %8,6'sı (3 çocuk) zayıf, %62,8'i (22 çocuk) normal kilolu, %22,8'i (8 çocuk) fazla kilolu ve %5,8'i (2 çocuk) obezdir.
- Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerde kronik hastalık sıklığı kadınlarda (%69,1) erkeklerden (%44,1) fazladır ($p<0,001$).
- Çalışmamızda kronik hastalık sıklığı 65 yaş ve üstü kişilerde (%88,0) 15-64 yaş arası kişilerden (% 48,7) fazladır ($p<0,001$).

- Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin beyanına göre son 6 ay içerisinde herhangi bir sağlık problemi nedeni ile günlük yaşam faaliyetlerinin ne ölçüde kısıtlandığı incelendiğinde: erkeklerin %71,2'si kısıtlanmamış,%22,0'ı kısıtlanmış ama ciddi ölçüde değil ve %6,8'i de ciddi ölçüde kısıtlanmış; kadınların ise %46,3'ü kısıtlanmamış,%35,0'ı kısıtlanmış ama ciddi ölçüde değil ve %18,7'si ciddi ölçüde kısıtlanmıştır. Çalışmamızda son 6 ay içerisinde bir sağlık problemi nedeni ile günlük yaşam faaliyetlerinde kısıtlanma oranı 15 yaş ve üstü kişilerde kadınlarda erkeklerden fazladır ($p<0,001$).
- Araştırmamıza katılan 15 yaş ve üstü kişilerde tiroid ile ilgili hastalıklar, hipertansiyon, kireçlenme, romatizmal hastalıklar, bel fıtığı, migren, kansızık, kronik depresyon ve diyabet hastalıklarının sıklığı kadınlarda erkeklerden fazladır ($p<0,05$).
- Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin daha önce sigara kullanıp kullanmama durumlarının cinsiyete göre sayı ve yüzde dağılımı incelendiğinde: erkeklerin %66,1 'i kadınların ise %10,6'sı daha önce sigara kullanmıştır. Daha önce sigara kullanmış olma oranı erkeklerde kadınlardan fazladır ($p<0,001$).
- Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü erkeklerin sigaraya başlama yaş ortalamaları $17,47 \pm 3,156$ iken kadınların ki ise $20,09 \pm 8,746$ 'dır. Erkek ve kadın arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü erkeklerin %36,4'ü kadınların ise %4,9'u düzenli sigara kullanmaktadır, kadın ve erkek arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,001$).
- Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü erkeklerin %13,6'sı daha önce alkol kullanmışken kadınlarda bu oran %0,8'dir. Erkeklerin daha önce alkol kullanmış olma oranı kadınlardan fazladır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,001$). Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerde düzenli alkol kullanan erkek sayısı 1'dir.

- Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerde son bir yıl içinde hem iş kazası geçirme durumu hem de ev kazası geçirme sıklığı kadınlarda erkeklerden fazladır ve bu farklar istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$).
- Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü kişilerin beden kitle endeksleri değerlendirildiğinde: erkeklerin %2,5'i kadınların %0,8'i zayıf, erkeklerin %27,1'i kadınların %30,9'u normal kilolu, erkeklerin %44,9'u kadınların %25,2'si fazla kilolu ve erkeklerin %25,4 kadınların %43,1'i obezdir. Kadınlarda obezite sıklığı erkeklerden daha fazladır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$).
- Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü obez kişilerde diabet ve hipertansiyon sıklığı obez olmayanlardan daha fazladır ($p<0,05$).
- Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Ağrı ve Genel Sağlık Algısı alt ölçeklerinin ortalamasından oluşan fiziksel sağlık skoru erkeklerde kadınlardan yüksek ve erkeklerin fiziksel sağlığı kadınlardan daha iyi bulunmuştur($p<0,001$).
- Sosyal İşlevsellik, Emosyonel Rol Güçlüğü, Ruhsal Sağlık ve Enerji/Canlılık/Vitalite alt ölçeklerinin ortalamasından oluşan mental sağlık skoru erkeklerde kadınlardan yüksek ve erkeklerin mental sağlığı kadınlardan daha iyi bulunmuştur($p<0,001$).
- Katılımcıların (15 yaş ve üstü) SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların medeni durumla ilişkisi incelendiğinde, bekar kişilerin evlilerden evlilerin de dul veya boşanmış kişilerden fiziksel sağlık skorları daha yüksek ve fiziksel sağlıkları daha iyi bulunmuştur($p<0,05$).
- Katılımcıların (15 yaş ve üstü) SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların eğitim düzeyi ile ilişkisi incelendiğinde eğitim düzeyi arttıkça SF-36 alt ölçeklerinden alınan puan artmakta, fiziksel ve mental sağlıkları iyileşmektedir ($p<0,001$).

- Katılımcıların (15 yaş ve üstü) SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların yaş ile ilişkisi incelendiğinde yaş arttıkça SF-36 alt ölçeklerinden alınan puan azalmakta, fiziksel ve mental sağlıkları kötüleşmektedir ($p<0,001$).
- Katılımcıların (15 yaş ve üstü) SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların obez olma durumu ile ilişkisi incelendiğinde obez kişilerin hem fiziksel hem de mental sağlıklarının obez olmayanlardan daha kötü olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
- Katılımcıların (15 yaş ve üstü) SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların kronik hastalık varlığı ile ilişkisi incelendiğinde kronik hastalığı olan kişilerin hem fiziksel hem de mental sağlıklarının kronik hastalığı olmayan kişilerden daha kötü olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).
- Araştırmaya katılan en az bir kez gebe kalmış 15 yaş ve üstü kadınların ilk gebelik yaş ortalaması $20,94 \pm 3,25$ 'dir.
- Çalışmamızda 15-49 yaş aralığında bulunan 35 kadının bu güne kadar olmuş olan toplam 79 gebeliğinin 8'i (%10,1) istemeden düşük, 1'i (%1,3) ölü doğum ve 70'i (%88,6) canlı doğum şeklinde sonuçlanmıştır.
- Araştırmamıza katılan 15-49 yaş kadınların (35 kadın) %20'si (7 kadın) en az bir kez düşük yapmıştır.
- Araştırmaya katılan 15-49 yaş kadınların yapmış olduğu doğumların %9,9'u (7 doğum) evde, %84,5'i (60 doğum) devlet hastanesinde ve %5,6'sı (4 doğum) özel hastanede olmuştur.
- Çalışmamızda 15-49 yaş kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanım sıklığı %80'dir.

- Araştırmamıza katılan 15-49 yaş evli kadınların %51,4'ü (18 kadın) geri çekme yöntemi, %8,6'sı (3 kadın) kondom, ve %8,6'sı (3 kadın) RİA kullanmakta iken % 11,4'ü (4 kadın) tüplerini bağlatmıştır. Buna göre; geleneksel yöntem kullanım sıklığı %51,4 iken modern yöntem kullanım sıklığı %17,2'dir.
- Araştırmaya katılan 15 yaş ve üstü en az bir kez evlenmiş kadınlara ideal çocuk sayısı kaçtır sorusuna verdikleri cevapların ortalaması $2,71 \pm 0,8$ 'dir.

6.2 Öneriler

Çalışmamızda eğitim düzeyi düştükçe mental ve fizik sağlığın kötüleştiği tespit edilmiştir. Eğitimin ilk adımı olan okur yazarlık oranıtısı araştırma bölgemizde kadınlarda %67,5 erkeklerde %92,4'tür. Bölgede okur-yazar oranının arttırmak için öncelikle bölge halkının tamamını kapsayan bir okuryazarlık taraması yapılmalı ve okur-yazar olmayanların katılımını sağlayacak şekilde halk eğitim kursları planlanıp, uygulanmalıdır.

Araştırmamızda düzenli sigara içme sıklığı kadınlarda % 4,9, erkelerde %36,4; hanelerin %65,3'ünde ev içinde sigara içildiği tespit edilmiştir. Araştırma bölgemizdeki hanehalkınının %65,3'ü ev içinde sigara dumanına maruz kalmaktadır. DSÖ'nün 2008 yılında başlattığı ve ülkemizin de uygulamakta olduğu tütünle mücadele politikası olan "MPOWER" politika paketinin içinde bulunan: toplumları pasif sigara dumanı etkileniminden korumak, herkesi tütün ürünlerinin tehlikeleri konusunda uyarmak, sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek ve tütütünle mücadele uygulamalarını titizlikle incelemek olan basamaklar bölgede yeniden ele alınmalı ve sektörler arası işbirliği yapılarak planlamalıdır. Özellikle pasif sigara içiciliği başta olmak üzere sigara ve sağlık etkileri hakkında bölge halkı bilgilendirilmelidir.

Çalışmamızda 15-49 yaş kadınlarda geleneksel aile planlaması yöntemi kullanımı %51,4, modern aile planlaması yöntemi kullanımı %17,2 olarak bulunmakla birlikte; %51,4 ile geri çekme yöntemi en sık kullanılan aile planlaması yöntemi olarak bulunmuştur. Geri çekme yönteminin başarısızlık oranı ve buna bağlı olarak da yöntemi kullananlarda isteyerek düşük oranı yüksektir. Geri çekme yönteminin kullanılması; kullanan ailelerin aile planlamasına motive oldukları halde etkili yöneme

ulaşamadıklarının bir göstergesidir. Bu gruba; etkili aile planlaması yöntemleri olan modern yöntemlere ilişkin hizmetler özel ve öncelikli olarak bölge aile hekiminin liderliğinde sunulmalıdır.

Araştırmamızda 15 yaş ve üstü kişilerde kronik hastalık sıklığı erkeklerde %44,1 kadınlarda ise % 69,1 bulunmuştur; en sık görülen hastalıklar hipertansiyon, obezite, diyabet, bel fıtığı, migren, kronik depresyon, kireçlenme ve romatizmal hastalıklardır. Çalışmamızda kronik hastalık varlığının kişilerin günlük yaşamsal faaliyetlerini, fiziksel ve mental sağlıklarını olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Sonuç olarak hem morbidite, hem mortalite hem de sakatlık bakımından kronik hastalıkların koşullar bu şekilde sürdüğü takdirde gelecekte bugün olduğundan daha fazla önem kazanacağı öngörülmektedir. Bu yüzden sağlık hizmetlerinin planlanmasında bu noktanın dikkate alınması, kronik hastalıkların kontrolü çalışmalarının yanı sıra yaşlıların ve kronik hastalığı nedeniyle fonksiyonel kayıpları olan bireylerin bakımının sağlanmasını amaçlayan düzenlemeler yapılmalıdır.

İshakçılar Bölgesi'nde, koruyucu sağlık hizmetleri olan: aile planlaması, yaşlı ve kronik hastalıkların izlenmesi gibi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumuna ağırlık verilmelidir.

7.ÖZET

Derince İlçesi Kırsalında Yaşayanlarda Sağlık Durumu ve Etkileyen Faktörler

Hande CİHAN MUTLU

Amaç: Araştırmamızın amacı, Kocaeli İli Derince İlçesi kırsal alanı İshakçılar bölgesinde yaşayan kişilerin sağlık durumunu ve etkileyen faktörleri saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte araştırma tekniği kullanılan bu çalışmada; İshakçılar bölgesinde sürekli ikamet eden tüm hanehalkından (N= 2553) ağırlıklı sistematik örnek seçim tekniği kullanılarak örnek seçilmiştir. Örnek büyüklüğü; %95 GA, olayın gerçekleşme olasılığı %50, alfa hata %10 olarak hesaplandığında 95 hanehalkı olarak saptanmıştır. Araştırmaya örnek seçilen 95 hanehalkında yaşayan 307 kişinin 22'si (7 'sinin zihinsel yetersizliği, 7'sine ulaşamaması ve 8'inin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi nedeni ile) araştırma dışı bırakılmış; analizler araştırmaya katılan 285 kişi üzerinden yapılmıştır. Soru formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği yüz yüze anket uygulaması şeklinde araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Bulgular: İshakçılar Bölgesinde 15 yaş ve üstü kişilerde kronik hastalık sıklığı erkeklerde %44,1 kadınlarda ise % 69,1 bulunmuştur; en sık görülen hastalıklar hipertansiyon, obezite, diabet, bel fıtığı, migren, kronik depresyon, kireçlenme ve romatizmal hastalıklardır. Çalışmamızda 15-49 yaş kadınlarda geleneksel aile planlaması yöntemi kullanımı %51,4, modern aile planlaması yöntemi kullanımı %17,2 olarak bulunmakla birlikte; %51,4 ile geri çekme yöntemi en sık kullanılan aile planlaması yöntemi olarak bulunmuştur. Çalışma bölgemizde 15 yaş üstü kadınların %67,5'i erkeklerin ise %92,4'ü okuma yazma bilmektedir. Okur-yazar olmama, obezite ve kronik hastalık varlığının kişilerin mental ve fiziksel sağlığını olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Konut özellikleri ile SF-36 mental ve fiziksel sağlık bileşenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Sonuç: İshakçılar Bölgesi'nde, koruyucu sağlık hizmetleri olan: aile planlaması, yaşlı ve kronik hastalıkların izlenmesi gibi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumuna ağırlık verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Kronik hastalık, Kırsal Alan Sağlık Durumu

8.ABSTRACT

Health status and influencing factors of the people who lives in the rural area of Derince

Hande CİHAN MUTLU

Objective: The aim of this study to determine the health status and influencing factors of the people who lives in the İshakçılar region of the rural area of Derince, district of Kocaeli.

Material and Method: In this study cross-sectional research technique was used. The sample was selected by using weighted systematic sample selection technique from people who lives always in İshakçılar.(N=2553) Sample size is calculated as 95 household with, 95% GA, probability of occurrence 50%, and alpha error 10% .There were 307 people who lives in selected 95 households for the survey and 22 were excluded from the study (7 of them were mentally disabled, 7 were not reached and 8 did not agree to participate in the survey).So the analyzes were based on 285 participants. The questionnaire and the SF-36 Quality of Life Scale were completed by the researcher as a face-to-face questionnaire.

Results: The incidence of chronic illness for people 15 years and older in Ishakcilar region, was 44.1% for males and 69.1% for females. The most common diseases are hypertension, obesity, diabetes, back pain, migraine, chronic depression, arthritis and rheumatic diseases.The use of traditional family planning method in women aged 15-49 is 51.4% and the use of modern family planning method is 17.2%; 51.4% of waive were found to be the most commonly used family planning method. In our study region 67.5% of women and 92.4% of men which are over age 15 are able to read and write. It was determined that the presence of illiteracy, obesity and chronic illness adversely affect the mental and physical health of the persons. The relationship between residential properties and SF-36 mental and physical health components was not found statistically significant.

Conclusion: In the Ishakcilar region, emphasis should be placed on the presentation of personel preventive health care services such as family planning, elderly and chronic illness monitoring.

Keywords: SF-36 Quality of Life Scale, Chronic Illness, Rural Health Status

9.EKLER

EK-1 : Derince İlçesi Kırsalında Yaşayanlarda Sağlık Durumu Ve Etkileyen Faktörler Onay Sayfası

DERİNCE İLÇESİ KIRSALINDA YAŞAYANLARDA SAĞLIK DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ONAY SAYFASI

İyi günler! İsmim Hande Cihan. Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisiyim. İshakçılar bölgesinde yaşayan kişilerin sağlık profilini ve Haneniz bu çalışma için tesadüfi olarak seçilmiştir ve vereceğiniz tüm cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır. Katılımınız tamamıyla gönüllü olmanıza bağlıdır ancak sizin bu çalışmaya katılmanız ve deneyimlerinizi bizimle paylaşmanız bölgenizin sağlık profili ve etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması konularında önem arz edecektir. Görüşme yapmayı kabul ediyor musunuz? etkileyen faktörleri ortaya çıkarmayı hedefleyen bir araştırmayı yürütmekteyim. Sizinle konuşmak, yaşam alanınız ve koşullarınız ile ilgili konularda bazı sorular sormak istiyorum.

A-Ediyorum

B-Etmiyorum

Görüşmecî İmzası:.....

EK-2: Hane Halkı Bilgi Formu

HANEHALKI SORU FORMU-1: HANE HALKI BİLGİ FORMU

Hane No(Kapı numarası):.....
Bilgilerin Alındığı Kişinin Adı Soyadı:.....

Adres(Mahalle)
Tel

KİŞİ NO	SOYADI	ADI	CİNSİYET	MEDENİ HALİ	AİLE RESİNE YAKINLIĞI	DOĞUM TARİHİ (Gün/ay/yıl)	DOĞUM YERİ	ÖĞRENİM DURUMU	BURADA YAŞADIĞI SÜRE	SOSYAL GÜVENCE	ÇALIŞMA DURUMU
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

Öğrenim Durumu: 1. Okul çağında değil 2. Okur Yazar Değil 3. Okur-Yazar 4. İlkokul 5. Ortaokul 6. Lise 7. Yüksekokul / Üniversite
Medeni Hali: B: Bekar E: Evli D: Dul BO: Boşanmış AY: Ayrı yaşıyor
Cinsiyeti: E : Erkek K: Kadın
Burada yaşadığı süre: Kocaeli ilinde bulunduğu yıl
Sosyal Güvence: 4A(SSK)-4B(aktif memur)-4C(BağKur)
Çalışma Durumu: A: Ücretli/Ayıklıkla Çalışan B: Emekli C: Kendi hesabına çalışan D: İşsiz E: Öğrenci F: Ev Hanımı G: Diğer

EK-3: Hanehalkı Yaşam Koşulları Formu

DERİNCE İLÇESİ KIRSALINDA YAŞAYANLARDA SAĞLIK DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

HANEHALKI SORU FORMU-2:
Hanehalkı Yaşam Koşulları

Hane No:

ONAY SAYFASI

İyi günler! İsmim Hande Cihan. Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisiyim. İshakçılar bölgesinde yaşayan kişilerin sağlık profilini ve etkileyen faktörleri ortaya çıkarmayı hedefleyen bir araştırmayı yürütmekteyim. Sizinle konuşmak, yaşam alanınız ve koşullarınız ile ilgili konularda bazı sorular sormak istiyorum.

Haneniz bu çalışma için tesadüfi olarak seçilmiştir ve vereceğiniz tüm cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır. Katılımınız tamamıyla gönüllü olmanıza bağlıdır ancak sizin bu çalışmaya katılmanız ve deneyimlerinizi bizimle paylaşmanız bölgenizin sağlık profili ve etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması konularında önem arz edecektir.

Görüşme yapmayı kabul ediyor musunuz?

A-Ediyorum B-Etmiyorum Görüşmeci İmzası:.....

1. Bu ev:

A Evde yaşayan birine ait

B Kira

C Lojman

D Ücret ödemedi oturuluyor

E Diğer

2. Konutun yapısı:

A Beton / briket / tuğla

B Ahşap

C Kerpiç

3. Konutun tipi

A Müstakil

B Çok katlı (kat sayısı ve bulunduğu katı belirtiniz

4. Bu evde kullandığınız içme suyu kaynağınız nedir? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- A Şebeke
- B Damacana
- C Kuyu
- D Şişe
- E Diğer.....

5. Kullandığınız içme suyu evin içinde mi yoksa dışında mı?

- A Evin içinde
- B Bahçe sınırları içinde
- C Evin dışında

6. Tuvaletinizin yeri nerededir?

- A Evin içinde
- B Evin dışarıda
- C Evin içinde ve dışında
- D Diğer.....

7. Evinizdeki tuvaletin gideri...

- A Kanalizasyona bağlı
- B Foseptik çukura bağlı
- C Diğer

8. Çöpleri ne yapıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- A Çöp kutusu /konteyner /belediye topluyor
- B Dereye/ boş alanlara boşaltma
- C Gömme
- D Yakma
- E Diğer.....

9.Eviniz kışın ne ile ısıtılıyor? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- A Soba (Kömür, odun, gaz, doğalgaz, elektrik, vb.)
- B Kalorifer (Müşterek veya merkezi ısıtma)
- C Kalorifer (Kat kaloriferi/kombi)
- D Diğer.....

10. Evinizde kaç oda mevcut? Buna yatak odaları, oturma odalarını, misafir odalarını, çalışma odalarını dahil ederek söyler misiniz?(Mutfak,banyo ve tuvalet hariç.)

.....

11. Gece yatmak için kullanılan oda sayısı nedir?

12. Evinizin mutfağında, salonunda veya odalarında sigara içiliyor mu?

- A Evet
- B Hayır

13. Evinizin zemini ne ile kaplıdır?

A Laminat/parke

B Tahta

C Fayans/ Karo

D Diğer.....

14. Evinizde şimdi sayacaklarımdan var mıdır?

	Var	Yok
Buzdolabı		
Bulaşık Makinası		
Çamaşır makinası		
Ütü		
Elektrik süpürgesi		
LCD/Plazma Televizyon		
Televizyon		
Gazlı / Elektrikli fırın		
Mikrodalga Fırın		
Taksi/Minibüs/otobüs/Diğer ticari		
Özel araba		
İnternet bağlantısı		
Klima		
Masaüstü Bilgisayar		
Dizüstü/Tablet		
Çamaşır kurutma makinası		
Ev sinema sistemi		
Cep telefonu		
Traktör		
Motosiklet		
Uydu yayını		

15. Evde kullanılan diller nelerdir?

A Türkçe

B Kürtçe

C Arapça

D Diğer.....

16. Bu haneye giren aylık gelir ne kadardır?

17. Her ay zorunlu ödemelerinizin miktarı nedir?

18. Ahırınız var mı?

A Var, yaşadığımız evle bitişik

B Var, yaşadığımız evden uzak

C Yok

EK-4: 0-59 Ay Çocuk Soru Formu

DERİNCE İLÇESİ KIRSALINDA YAŞAYANLARDA SAĞLIK DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

0-59 Ay Çocuk Soru Formu

Hane No:	
Kişi No:	

ONAY SAYFASI

İyi günler! İsmim Hande Cihan. Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisiyim. İshakçılar bölgesinde yaşayan kişilerin sağlık profilini ve etkileyen faktörleri ortaya çıkarmayı hedefleyen bir araştırmayı yürütmekteyim. Sizinle konuşmak ve size çocuğunuzun sağlığı ile ilgili konularda bazı sorular sormak, boy/ kilo ölçümü yapmak istiyorum.

Hanemiz bu çalışma için tesadüfi olarak seçilmiştir ve vereceğiniz tüm cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır. Katılımınız tamamıyla gönüllü olmanıza bağlıdır ancak sizin bu çalışmaya katılmanız ve deneyimlerinizi bizimle paylaşmanız bölgenizin sağlık profili ve etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması konularında önem arz edecektir.

Görüşme yapmayı kabul ediyor musunuz?

A-Ediyorum

B-Etmiyorum

Görüşmeci İmzası:.....

1. Kişisel bilgiler

Çocuğunuzun Adı

Soyadı

2. Çocuğunuz son 6 ayiçinde aşağıdaki hastalıklardan/sağlıksorunlarından birini geçirdi mi?

SORUNLAR	EVET		HAYIR
	Var	Yok	
Bulaşıcı hastalıklar (Suçiçeği, kabakulak vb.).....			
Üst solunum yolu enfeksiyonu (Tonsilit, orta kulak iltihabı, farenjit vb.)			
Alt solunum yolu enfeksiyonu (Zatürre vb.)			
İshal			
Kalp hastalığı (Kalp romatizması, konjental kalp hastalığı vb.)			
Kanser			
İdrar yolu enfeksiyonu			
Diyabet (Şeker hastalığı)			
Ağız ve diş sağlığı sorunları			
Cilt hastalıkları			
Kansızlık (Demir eksikliği anemisi vb.)			
D vitamini eksikliğine bağlı kemik bozuklukları (raşitizm)			
Diğer		

3. Çocuğunuz aşağıdaki kazalardan birini geçirdi mi?

KAZALAR	EVET	HAYIR
Boğulma		
Solunum yoluna yabancı cisim kaçması		
Kayma-düşme		
Yanık		
Yemek borusu yanığı (çamaşır suyu, tuzruhu, deterjan gibi bir şey içerek yemek borusu yanığı)		
Zehirlenmeler (ilaç, zirai ilaç vb.)		
Karbon monoksit zehirlenmesi		
Kesici / delici eşyalarla ya da aletlerle yaralanma		
Elektrik çarpması		
Trafik kazası		

Okulda herhangi bir yaralanma		
Böcek sokması, arı sokması vb.		
Spor yaparken yaralanma		
Oyun oynarken yaralanma		
Diğer (Belirtiniz)	

4.Son iki hafta içinde ASYE geçiren çocuklar ile ilgili sorular:

Hastalanma tarihi :

- a. Öksürük kaç gündür sürüyor/ kaç gün sürdü? gün
- b. Öksürüğün niteliği nasıl/ nasıldı? (1) kuru (2) balgamlı (produktif) (3) bilmiyor
- c. Normale göre daha kısa aralıklarla daha hızlı bir şekilde nefes alıyormuydu? (1) evet (2) hayır (3)bilmiyor
- d. Öksürüğün tedavisi için herhangi bir şey verdiniz mi? (1) evet (2) hayır (3) bilmiyor
- e. Ne verdiniz? (ilacın kutusunu görerek veya adını biliyorsa yazınız) (1) iğne (2) antibiyotik şurup (3) öksürük şurubu (4) diğer şuruplardan (5) evde hazırlanan geleneksel içecekler/ ilaçlar
- f. Öksürüğün tedavisinde bir sağlık kuruluşuna başvurduunuz mu veya birisine danıştınız mı? (1) evet (2) hayır
- g. Kime danıştınız veya başvurduunuz? (1) devlet/kurum hastanesi (2) aile sağlığı merkezi (3) özel hastane veya özel doktor (4) eczane (5) diğer
- h. Öksürüğün kaçınıcı günü başvurduunuz?

5. Son iki hafta içinde ishal geçiren çocuklar ile ilgili sorular:

Hastalanma tarihi:

- a. İshal kaç gün sürdü/ sürüyor? gün
- b. Dışkının niteliği nasıl/ nasıldı?
kıvamı: (1) su gibi (2) cıvık (3) bilmiyor
mukus içeriği : (1) mukuslu (2) mukuslu değil (3) bilmiyor
kan içeriği : (1) kanlı (2) kanlı değil (3) bilmiyor

rengi : (1) normal renginde (2) yeşil (3) koyu renk / kahverengi / siyah (4) bilmiyor

c. Günde kaç kez dışkılıyor (du) ?

d. İshalin tedavisi için bir kuruma veya bir kişiye başvurduunuz mu? (1) evet (0) hayır

e. Nereye / kime başvurduunuz? (1) devlet/kurum hastanesi (2) aile sağlık merkezi (3) özel hastane veya özel doktor (4) eczane (5) diğer

6. Antropometrik ölçümler (Araştırmacı tarafından ölçülecek)

Boy (cm) :

Ağırlık (kg) (100 grama kadar ayrıntılı not edilmeli):



EK-5 : 5-14 Yaş Soru Formu

DERİNCE İLÇESİ KIRSALINDA YAŞAYANLARDA SAĞLIK DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

5-14 Yaş Soru Formu

Hane No:	
Kişi No:	

ONAY SAYFASI

İyi günler! İsmim Hande Cihan. Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisiyim. İshakçılar bölgesinde yaşayan kişilerin sağlık profilini ve etkileyen faktörleri ortaya çıkarmayı hedefleyen bir araştırmayı yürütmekteyim. Sizinle konuşmak ve size çocuğunuzun sağlığı ile ilgili konularda bazı sorular sormak, boy/ kilo ölçümü yapmak istiyorum.

Haneniz bu çalışma için tesadüfi olarak seçilmiştir ve vereceğiniz tüm cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır. Katılımınız tamamıyla gönüllü olmanıza bağlıdır ancak sizin bu çalışmaya katılmanız ve deneyimlerinizi bizimle paylaşmanız bölgenizin sağlık profili ve etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması konularında önem arz edecektir.

Görüşme yapmayı kabul ediyormusunuz?

A-Ediyorum

B-Etmiyorum

Görüşmecinin İmzası:.....

1.Kişisel bilgiler

Çocuğunuzun Adı.....

Soyadı.....

2. Çocuğunuz son 6 ayıçinde aşağıdaki hastalıklardan/sağıksorunlarından birini geçirdi mi?

SORUNLAR	EVET		HAYIR
	Doktor Tanısı Var	Yok	
Göz ile ilgili sorunlar			
İşitme ile ilgili sorunlar			
Ağız ve diş sağığı sorunları			
Beslenme ile ilişkili hastalıklar			
Ruh sağığı sorunları			
Enfeksiyöz hastalıklar			
Cilt hastalıkları			
Kas iskelet sistemi hastalıkları			
Sigara kullanımına bağı sağık sorunları			
Alkol kullanımına bağı sağık sorunları			
İstismar veya şiddet vakalarına bağı sağık sorunları			
Uyuşturucu madde kullanımına bağı sağık sorunları			
Diğer		

3. Çocuğunuz aşağıdaki kazalardan birini geçirdi mi?

KAZALAR	EVET	HAYIR
Boğulma		
Solunum yoluna yabancı cisim kaçması		
Kayma-düşme		
Yanık		
Yemek borusu yanığı (çamaşır suyu, tuzruhu, deterjan gibi bir şey içerek yemek borusu yanığı)		
Zehirlenmeler (ilaç, zirai ilaç vb.)		
Karbon monoksit zehirlenmesi		
Kesici / delici eşyalarla ya da aletlerle yarananma		
Elektrik çarpması		
Trafik kazası		
Okulda herhangi bir yarananma		
Böcek sokması, arı sokması vb.		
Spor yaparken yarananma		
Oyun oynarken yarananma		
Diğer (Belirtiniz)	

4. Antropometrik ölçümler (Araştırmacı tarafından ölçülecek)

Boy (cm) :

Ağırlık (kg) (100 grama kadar ayrıntılı not edilmeli):



EK6-: Yetişkin (15 Yaş üstü) Soru Formu

DERİNCE İLÇESİ KIRSALINDA YAŞAYANLARDA SAĞLIK DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Yetişkin (15 Yaş üstü) Soru Formu

Hane No:	
Kişi No:	

ONAY SAYFASI

İyi günler! İsmim Hande Cihan. Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisiyim. İshakçılar bölgesinde yaşayan kişilerin sağlık profilini ve etkileyen faktörleri ortaya çıkarmayı hedefleyen bir araştırmayı yürütmekteyim. Sizinle konuşmak ve sağlığınızla ilgili konularda bazı sorular sormak, boy/ kilo ölçümü yapmak istiyorum.

Hanemiz bu çalışma için tesadüfi olarak seçilmiştir ve vereceğiniz tüm cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır. Katılımınız tamamıyla gönüllü olmanıza bağlıdır ancak sizin bu çalışmaya katılmanız ve deneyimlerinizi bizimle paylaşmanız bölgenizin sağlık profili ve etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması konularında önem arz edecektir.

Görüşme yapmayı kabul ediyor musunuz?

A-Ediyorum

B-Etmiyorum

Görüşmecî İmzası:.....

Kişisel bilgiler

1.Ad: Soyadı:

2. İlk evlenme yaşıınız kaçtır?.....

3. Eşinizle kan bağıınız var mıdır?

A.Evet

B.Hayır

4. Okur yazar mısınız?

A.Evet

B.Hayır

5. Son gittiğiniz okul nedir?

- A. İlkokul
- B. Ortaokul
- C. Lise
- D. Üniversite

Kronik Hastalıklar Bölümü

6.Uzun süreli, tam iyileşmeyen ya da ilerleyen bir hastalığınız var mı?

Bu hastalık nedir?

Ne zamandan beri sürüyor?

7 . Uzun süredir kullanmakta olduğunuz bir ilaç veya tedavi yöntemi var mı?

İlaç / yöntem Ne zamandan beri:

.....

İlaç / yöntem Ne zamandan beri:

.....

8. Son 6 ay içerisinde herhangi bir sağlık problemi nedeni ile günlük yaşam faaliyetleriniz ne ölçüde kısıtlandı?

- A.Ciddi ölçüde kısıtlandı
- B.Kısıtlandı fakat ciddi ölçüde değil
- C.Kısıtlanmadı

9. Son 12 ay içinde aşağıdaki hastalıklardan hangisini geçirdiniz? Bu hastalık için bir doktor tanısı var mı?

	Geçirdim	Doktor Tanısı Var
Astım (alerjik astım dahil)		
Tiroid hastalığı		
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı(Kronik bronşit, amfizem)		
Hepatit		
Enfarktüs (kalp krizi)		
Koroner kalp hastalığı (anjina, göğüs ağrısı, spazm)		
Kronik kalp yetmezliği		
Hipertansiyon		
İnme-felç (beyin kanaması, serebra İtromboz)		
Kireçlenme (osteoartrit, artroz,dejenefatif eklem hastalığı)		
Romatizmal eklem hastalığı (romatoid artrit)		
Bel bölgesi kas iskelet sistem problemleri (bel ağrısı, bel fıtığı ve diğerbeldefektleri)		
Boyun bölgesi kas iskelet sistem problemleri (boyun ağrısı, boyun fıtığı, diğer boyun defektleri)		
Şeker hastalığı (diyabet)		
Alerji (alerjik rinit, dermatit, yiyecek vbalerjisi) (alerjik astım hariç)		
Mide ülseri (gastrik ülser)		
Bağırsak ülseri (duodenal ülser)		
Karaciğer sirozu, karaciğer yetmezliği		
Kanser (malign, kötü huylu, lösemi velenfoma dahil)		
Migren ve benzeri şiddetli baş ağrısı		
İdrar kaçırma, idrarı tutamama		
Kronik kaygı		
Kronik depresyon		
Diğer ruhsal sağlık problemleri		
Kansızlık (demir eksikliği anemisi vb)		
Kaza sonucu sürekli yaralanma ya da sakatlık durumu		
Sinüzit (sinüs yollarının iltihabı)		

10.Aşağıdaki şikayet ve belirtilerle ilgili olarak;

A. Son bir ay içinde rahatsız oldunuz mu?

1- sürekli 2- çok sık 3-sık 4-bazen 5-hiç

B. Bu rahatsızlıklara ilişkin ne yaptınız? (not edilecek)

	A	B. Ne yaptınız?
Baş ağrısı*		
Baş dönmesi†		
Uykusuzluk *		
Bel ağrısı		
Eklem-kas ağrısı*		
Soğuk algınlığı – nezle		
Ateş		
Boğaz ağrısı		
Öksürük / balgam		
Bitkinlik ve halsizlik*		
Bunalma – iç sıkıntısı*		
Sinirlilik / huzursuzluk*		
Deri şikâyetleri – kaşıntı – döküntü		
Mide rahatsızlıkları†		
Hazımsızlık * †		
Karın ağrısı – sancı		
Bulantı †		
İshal – sulu dışkılama		
İştahta artış ya da azalma†		
Göz şikâyetleri – görme sorunu		
Kadın hastalıkları şikayetleri (ayrıntılı sor)		
Adet düzensizliği		
Sıcak, soğuk basması †		
Çarpıntı		
Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar†		
Nefes darlığı, nefessiz kalma †		
Yaralanma – incinme		
İdrar problemi – idrarda yanma vb		
Baygınlık†		
Evham – korku – endişe *		
Ağız-diş problemi		
Kulak şikâyeti – işitme problemi		
Ellerde ya da ayaklarda uyuşmalar, karıncalanmalar †		

† Kısa Semptom Envanteri'ne göre somatizasyon belirtileri.

* Diğer somatizasyon belirtileri

11. Son 12 ay içerisinde yaralanma ile sonuçlanan kaza türlerinden herhangi birini geçirdiniz mi?

	Evet	Hayır
İş kazası		
Okulda geçirilen kaza		
Ev kazası / gündelik kaza		
Trafik kazası		

12. Son 12 ay içerisinde kendi yaşadığınız herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle işe ara verdiniz mi?

(İşten uzaklaşma ile sonuçlanan tüm hastalık, yaralanma ve diğer sağlık problemlerini göz önünde bulundurunuz)

A Evet Evet ise kaç gün?.....

B Hayır

Tütün Mamulü ve Alkol

13. Hiç tütün mamulü kullandınız mı?

A Evet İlk kez kaç yaşında denediniz?.....

B Hayır

14. Düzenli olarak tütün mamulü kullanıyormusunuz?

A Evet Kaç yıldır.....

B Hayır

15. Hiç alkollü içecek kullandınız mı?

A Evet İlk kez kaç yaşında denediniz?.....

B Hayır

16. Düzenli olarak alkollü içecek kullanıyormusunuz?

A Evet Kaç yıldır.....

B Hayır

17. Antropometrik ölçümler (Araştırmacı tarafından ölçülecek)

Boy (cm)

Ağırlık (kg)

Doğurganlık (Bekar kadınlar hariç tüm kadınlara sorulacaktır)

18. Gebelikler ile ilgili ayrıntılı bilgi:

Gebelikler	Gebelik yaşı	Gebelik sonucu A. İsteyerek düşük B. İstemeden düşük C. Ölü doğum D. Canlı doğum	Ölü ya da canlı doğum ise, cinsiyeti E: Erkek K: Kız	Doğum ise doğum şekli A Normal B Sezaryen	Doğumun yapıldığı yer? A Devlet hast. B Özel hastane C Ev E Diğer	Halen yaşıyor mu? A Canlı B Ölü	Yaşamı orsa kaç aylıkken vefat etti?	Canlı doğum ise Doğum kilosu
1. gebelik								
2. gebelik								
3. gebelik								
4. gebelik								
5. gebelik								
6. gebelik								
7. gebelik								
8. gebelik								
9. gebelik								
10. gebelik								

Aile Planlaması (Bekar kadınlar hariç tüm kadınlara sorulacaktır) (Menapozda olan kadınlar için menapoz yaz 23. soruya geç)

19. Gebelikten korunmak için kullandığınız bir yöntem var mı?

A Evet ise **20.** Hangisi?

- A Kondom/Kılıf/Kaput/Prezervatif*
- B Erkeğin Kanallarının bağlanması
- C Doğum kontrol hapi*
- D Spiral/RİA (Rahim içi araç)
Kadınların aylık iğne/enjeksiyon ile korunması*
- E Kadın tüplerinin bağlanması
- F Kadın kondomu*
Diyafram,köpük,zel,Fital,Vajinal halka*
- H halka*
- I Tehlikesiz günler/Takvim yöntemi
- J Geri çekme/Dışarı boşalma
- K Acil Korunma hapi(Ertesi gün hapi)

B Hayır ise **21.** Neden?

- A Doktor önermiyor
- B Pahalı
- C Bulunmuyor/Ulaşma güçlüğü
- D Çocuk istiyor
- E Gebe
Nasıl temin edileceğini bilmiyor
- F Nasıl kullanacağını bilmiyor
- H Kocasını istemiyor
- I Dini nedenler
- J Sağlık kaygısı
- K Yan etki
- L Diğer.....

(*)lı yöntemlerden birini kullanıyorsa:

22. Bu/Bunları nerden temin ediyorsunuz?

- A Aile sağlığı merkezi
- B Hastane
- C Eczane
- D Market / supermarket
- E Diğer
- F Bilmiyorum

23. Size göre ideal ocuk sayısı kaç olmalıdır?.....

24. Gelecekte istemeden gebe kalsanız ne yaparsınız?

- A çocuğu doğururum
- B çocuğu aldırırım
- C Bilmiyorum

YAŞAM KALİTESİ (SF-36) FORMU

Aşğıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacındadır. Size en uygun yanıtı veriniz.

1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mkemmел	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa ne kadar?

AKTİVİTELER	Evet Çok Kısıtlıyor	Evet, Çok Az Kısıtlıyor	Hayır,Hiç Kısıtlamıyor
a.Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşmak,ağır eşyaları kaldırmak,zor sporlar gibi ağır etkinlikler			
b. Bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
c. Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak			
d. Birkaç kat merdiven çıkmak			
e.Tek kat merdiven çıkmak			
f.Çömelmek, diz çökmek, eğilmek			
g. Bir kilometreden fazla yürümek			
h.Birkaç yüz metre yürümek			
i. Yüz metre yürümek			
j.Kendi kendine yıkanmak,giyinmek			

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız,

komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Hiç 1
Çok az 2
Orta derecede 3
Biraz 4
Oldukça 5

7. Son 4 hafta içerisinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Hiç 1
Çok az 2
Orta 3
Çok 4
İleri derecede 5
Çok şiddetli 6

8. Son 4 hafta içerisinde ağrı normal işinize(hem ev içi hem de ev dışı işlerinizi düşünün) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Hiç 1
Çok az 2
Orta 3
Çok 4
İleri derecede 5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a.Kendinizi capcanlı hissettiniz mi?						
b.Çok sınırlı bir kişi oldunuz mu?						
c.Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar kötü hissettiniz mi?						
d.Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?						
e.Çok enerjinik hissettiniz mi?						
f.Kendinizi çökmüşve karamsar hissettiniz mi?						
g. Yıpranmış hissettiniz mi?						
h.Mutlu ve sevinçli bir insan oldunuz mu?						
i.Yorulmuş hissettiniz mi?						

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Her zaman 1
Çoğu zaman 2
Bazı zamanlarda 3
Çok az zaman 4
Hiçbir zaman 5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlıştır? Her ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyorum					
b. Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım					
c. Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum					
d. Sağlığım mükemmeldir					

Ek-7 : Araştımaya Katılmayanlar Bilgi Formu

ARAŐTİMAYA KATILMAYANLAR BİLGİ FORMU					
Sıra	Mahalle	Hane numarası	Ad	Soyad	Katılmama sebebi
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

EK-8: Kocaeli Halk Sağlığı Müdürlüğü Onayı

TRTÜB KOCATELİ HALK SAğLIğI MÜDÜRLÜğÜ - KOCATELİ
TÜBİTAK BİLİMSEL VE TEKNİK UZMANLIK KURULU
KOCATELİ HALK SAğLIğI MÜDÜRLÜğÜ - KOCATELİ


T.C.
KOCATELİ VALİLİğİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 15096744/806.01.03
Konu : Dr.Hande ÇİHAN'ın Tez Çalışması

KOCATELİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı

İlg: 16.08.2016 tarih ve 48398777-602.04.01 sayılı yazınız.

İlg: sayılı yazınızda bahsi geçen; Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı araştırma görevlilerinden Dr.Hande ÇİHAN'ın "Derince Kırsalında Yaşayanlarda Sağlık Durumu ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tez çalışması yapma talebi komisyonumuzca değerlendirilerek uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

Dr.Sabri MEDİŐOęLU
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı


Mehmet KÖKAY
Fakülte Sekreteri

Kilifçe Mah.Emel Ankara Katıyolu Cad.No 129 İZMİR
Faks No:0 262 324 36 30
e-Posta emine.ozen@sağlık.gov.tr İnt. Adresi: Ekin E. ÖZEN 0 262 300 64 62
kocaeli.ankarsağlık.gov.tr
Eviniz elektronik olarak kurulum: http://www.sağlık.gov.tr adresinden 32709026-c1ba-4a16-b00e-c22e5c7d5f68 kodu ile yapılabilmektedir.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu göre güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Bilgi için Emine ÖZEN
Uzun-EBE
Telefon No:

EK-9: KOÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı

T.C. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ		GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		EUA Etik Kurulunun Kuruluş Yılı		BSERVATORY		
Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu						
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ						
	Telefon	0262 303 74 50						
	Faks	0262 303 74 63						
	E-Posta	gokartikkurul@kocaeli.edu.tr						
Başvuru Bilgileri	Araştırmanın Adı	Derince İlçesi kırsalında yaşayanlarda sağlık durumu ve etkileyen faktörler						
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2016/284						
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Doç. Dr. Çiğdem Çağlayan						
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Halk Sağlığı						
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD						
	Destekleyici							
	Araştırmanın Türü	Uzmanlık Tezi						
	Araştırmaya Katılan Merkezlere	Tek Merkezli	<input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli	<input type="checkbox"/>	Ulusal	<input checked="" type="checkbox"/>	Uluslararası
Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama				
	Başvuru Dilekçesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Başvuru Formu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Araştırmanın Türü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anket, antropometrik ölçümler, yasa dışu sıklık vb.				
	Araştırma Protokolü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Araştırma Bütçesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Literatür Örneği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	İzin Belgeleri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Başhekimlik Onayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Özgeçmişler	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu

Etik Kurul Başkanı: Dr. Öğr. Üyesi Prof. Dr. Mustafa Kemal Çiğdem
Ünvanı: Doç. Dr.
E-Posta: gokartikkurul@kocaeli.edu.tr

Karar No: 2016/2716 Proje No: KÜ GOKAEK 2016/284 Tarih: 19/10/2016

Doç. Dr. Çiğdem Çağlayan sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan,

- Uygun bulunmuştur.
 Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.*
 Uygun bulunmamıştır.*

Dayanakları

Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Toplantıda Bulunma		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyoistatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ashkan Akınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceyla Erzaldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

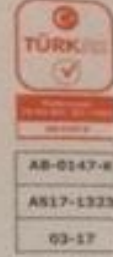
* Gerekeçe ve öneriler:

Ek-10: Araştırma Ölçüm Aletleri Kalibrasyon Belgeleri

	HTC Medikal Kalibrasyon Danışmanlık Eğitim İns. Turz. Taah. San. Ve Tic. Ltd. Sti. Yavuz Sultan Mah. Emniyetçiler Sok. No: 12/21 Derince / KOCAELİ Tel: 0 (262) 229 40 04 Fax: 0 (262) 229 40 05 www.htckalibrasyon.com info@htckalibrasyon.com	<table border="1"><tr><td>HTC</td></tr><tr><td>IS-1111</td></tr><tr><td>03-17</td></tr></table>	HTC	IS-1111	03-17
HTC					
IS-1111					
03-17					
KALİBRASYON SERTİFİKASI Calibration Certificate					
Talep Eden Issued for	1 KOCAELİ ÜNİV. TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI KOCAELİ				
İstek Numarası Order Number	1 -				
Cihaz / Ekipman Device / Equipment	1 ÇENGEL TERAZİ 25 kg				
Üretici Manufacturer	1 SALTER				
Model / Tip Model / Type	1 235.65				
Seri Numarası Serial Number	1 -				
Envanter Numarası Device ID	1 -				
Bulunduğu Yer Location	1 -				
Kalibrasyon Tarihi Date of Calibration	1 20.03.2017				
Sertifika Sayfa Sayısı Number of Pages of the Certificate	1 2				
<p>Bu kalibrasyon sertifikası, Uluslararası Birimler Sisteminde (SI) tanımlanmış birimleri gerçekleştiren ulusal ölçüm standartlarına izlenebilirliği belgeler. This calibration certificate documents the traceability to national standards which realize the units of measurement according to the International System of Units.</p> <p>Ölçüm sonuçları, genişletilmiş ölçüm belirsizlikleri ve kalibrasyon metodları bu sertifikanın tamamlayıcı kısmı olan takip eden sayfalarda verimmiştir. Measurement results, expanded uncertainties and calibration methods are given on the following pages, which are part of this certificate.</p> <p>Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK) kalibrasyon sertifikalarının tanınması konusunda Avrupa Akreditasyon Birliği (EA) ve Uluslararası Laboratuvar Akreditasyon Birliği (ILAC) ile karşılıklı tanıma anlaşmasını imzalamıştır. The Turkish Accreditation Agency (TÜRKAK) is signatory to the multilateral agreements of the European co-operation for the Accreditation (EA) and of the International Laboratory Accreditation (ILAC) for the Mutual recognition of calibration certificates.</p> <p>Bu sertifika, laboratuvarın laboratuvarın yazılı izni olmadan kısmen kopyalanıp çoğaltılamaz. İmzasız ve mührsüz sertifika geçersizdir. This certificate shall not be reproduced other than in full except with the permission of the laboratory. Calibration certificates without signature and seal are not valid.</p>					
Mühür Seal	Onay Tarihi Date	Kalibrasyonu Yapan Calibrated by	Laboratuvar Müdürü Head of the Calibration Laboratory		
	20.03.2017	Betül ÇELİK	Betül ÇELİK		
FR-78.01.04.2015 Rev:01		Sayfa 1 / 2			



TÜRKAK
TÜRK AKREDİTASYON KURUMU TARAFINDAN
TURKISH ACCREDITATION AGENCY
akredite edilmiştir
HTC MEDİKAL KALİBRASYON DANIŞMANLIK EĞİTİM
İNŞ. TURİZ. TAAH. SAN. TİC. LTD. ŞTİ.
Yavuz Sultan Mh. Emniyetçiler Sk. No: 12/21 Derince/KOCAELİ
Tel: 0 (262) 229 40 04 Fax: 0 (262) 229 40 05
www.htckalibrasyon.com info@htckalibrasyon.com



KALİBRASYON SERTİFİKASI
Calibration Certificate

Cihazın Sahibi / Adresi : KOCAELİ ÜNİV. TIP FAKÜLTESİ
Customer / Address : HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI
KOCAELİ

İstek Numarası : -
Order No

Makina / Cihaz : TERAZİ 100 kg
Instrument / Device

İmalatçı : SINBO
Manufacturer

Tip : SBS 4432
Type

Seri Numarası : -
Serial Number

Envanter Numarası : -
Inventory

Bulunduğu Yer : -
Location

Kalibrasyon Tarihi : 18.03.2017
Date Of Calibration

Sertifika Sayfa Sayısı : 2
Total Number Of Pages

Bu kalibrasyon sertifikası, Uluslararası Birimler Sisteminde (SI) tanımlanmış birimleri gerçekleştiren ulusal ölçüm standartlarına izlenebilirliği belgeler.

This calibration certificate documents the traceability to national standards, which realize the units of measurement according to the International System of Units (SI).

Ölçüm sonuçları, genişletilmiş ölçüm belirsizlikleri ve kalibrasyon metodları bu sertifikanın tamamlayıcı kısmı olan takip eden sayfalarda verilmiştir.

The measurement results, expanded uncertainties and calibration methods are given on the following pages, which are part of this certificate.

Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK) kalibrasyon sertifikalarının tanınması konusunda Avrupa Akreditasyon Birliği (EA) ve Uluslararası Laboratuvar Akreditasyon Birliği (ILAC) ile karşılıklı tanıma antlaşmasına imzalamıştır.

The Turkish Accreditation Agency (TÜRKAK) is signatory to the multilateral agreements of the European co-operation for the Accreditation (EA) and of the International Laboratory Accreditation (ILAC) for the Mutual Recognition of calibration certificates.

Mühür ve Tarih
Stamp and Date



Kalibrasyonu Yapan
Calibrated by

AS İNAN

Laboratuvar Müdürü
Head of the Calibration Laboratory

Metin ÇELİK

Bu sertifika, laboratuvarın resmi dışı olmadıkça hiçbir kopyasına geçerliliği yoktur. İmzasız mühürlü sertifikalar geçersizdir.

This certificate is not valid for any other than in full aspect with the permission of the laboratory. Calibration certificate without signature and seal are not valid.

KPM-001_01.08.2015_REV:01

Sayfa 1 / 2

KAYNAKÇA

- 1- Özensel E. Köy sosyolojisi. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, Sosyoloji Lisans Programı. 2010:7-14.
- 2-Korkmaz M. Kırsal Sosyoloji ve Sosyal Ormancılık. Süleyman Demirel Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi. 2000;1:133-140.
- 3- OECD. Defining and Describing Regions in OECD Regions at a Glance 2011. OECD Publishing.Paris. Erişim Tarihi: 01.12.2016. Erişim Adresi:
<http://www.oecdilibrary.org/docserver/download/0411071ec004.pdf?expires=1482573156&id=id&accname=guest&checksum=2EB569873B502686D5E6757CDB935C74>.
- 4- OECD Regional Typology. Directorate for Public Governance and Territorial Development. June 2011. Erişim Tarihi:15.11.2016. Erişim Adresi:
https://www.oecd.org/gov/regional-policy/OECD_regional_typology_Nov2012.pdf.
- 5- Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA). 2013.
- 6- TÜİK. Yaşam Memnuniyeti Araştırması Mikro Veri Seti, Tanımlar ve Kavramlar. Erişim Tarihi:10.10.2016. Erişim Adresi:
http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/YMA_2012/metaveri/tanim/index.html.
- 7- T.C. Tarım Ve Köyişleri Bakanlığı. Kırsal Kalkınma Planı 2010-2013. Ankara.
- 8- Büyükşehir Belediyesi Kanunu, Kanun Numarası: 5216 Kabul Tarihi: 10/7/2004Yayımlandığı R.Gazete: Tarih: 23/7/2004 Sayı: 25531 Yayımlandığı Düstur : Tertip: 5 Cilt: 43.
- 9- On Dört İlde Büyükşehir Belediyesi Ve Yirmi Yedi İlçe Kurulması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Kanun Numarası: 6360 Kabul Tarihi: 12/11/2012 Yayımlandığı R.Gazete: Tarih: 6/12/2012 Sayı : 28489 Yayımlandığı Düstur: Tertip: 5 Cilt: 53.
- 10- Martine G, Eustaquio J, Cavenaghi A. Urbanization and fertility decline: Cashing in on structural change Working Paper December 2013. Erişim Adresi:
<http://pubs.iied.org/pdfs/10653IIED.pdf>.
- 11-World Bank. World Development Indicators: Rural Population report. Erişim Adresi:<http://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZS> Erişim Tarihi: 8.02.2017.
- 12- United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division

World Urbanization Prospects: The 2009 Revision File 2: Percentage of Population Residing in Urban Areas by Major Area, Region and Country 1950-2050.

Erişim Adresi: <http://esa.un.org/unpd/wup/index.htm> Erişim Tarihi: 12.02.2017.

13-TUİK. Nüfus ve Demografi. Nüfus İstatistikleri. Yıllara ve cinsiyete göre il/ilçe merkezleri ve belde/köyler nüfusu, Genel Nüfus Sayımları-ADNKS. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> Erişim Tarihi: 25.11.2016.

14- World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva. Erişim Adresi:

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html.

15- European Union. Rural Development in the EU Statistical and Economic Information Report 2012.Erişim Adresi:

http://ec.europa.eu/agriculture/sites/agriculture/files/statistics/rural-development/2012/full-text_en.pdf.

16- TUİK. Hanehalkı İşgücü Araştırması Bölgesel Sonuçları 2004-2013.

17- Alkire S, Chatterjee M, Conconi N ve ark. Poverty in Rural and Urban Areas.Direct comparisons using the global MPI 2014,University Of Oxford. June 2014. Erişim Adresi: <http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/Poverty-in-Rural-and-Urban-Areas-Direct-Comparisons-using-the-Global-MPI-2014.pdf>.

18- IFAD. Rural Poverty Report 2011. November 2010:59-61.

19- TUİK. Yoksulluk Çalışması. 2013;16204.

20- Moy E, Macarena C, Lauren M ve ark. Leading Causes of Death in Nonmetropolitan and Metropolitan Areas -United States Surveillance Summaries 1999–2014. CDC Morbidity and Mortality Weekly Report. January 13,17;66(1):1–8.

21- World Health Organization. WHO Regional Office for Europe. Rural poverty and health systems in the WHO European Region. Copenhagen. 2010.

22-Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye'de Aile Hekimliği.

Erişim Adresi: <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>.

23- 25.05.2010 Tarih ve 27591 Sayılı Resmi Gazete. Aile Hekimliği Uygulma Yönetmeliği. Erişim Adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100525-10.htm>.

- 24- Köy Kanunu, Kanun Numarası : 442 Kabul Tarihi : 18/3/1924 Yayımlandığı R. Gazete : Tarih : 7/4/1924 Sayı : 68 Yayımlandığı Düstur : Tertip : 3 Cilt : 5 Sayfa : 336.
- 25- İl İdaresi Kanunu, Kanun Numarası:5442 Kabul Tarihi: 10.06.1949 Yayımlandığı R. Gazete : Tarih: 18.06.1949 Tarih Sayı: 7236 Yayımlandığı Düstur: Tertip: 3 Cilt: 30 Sayfa: 1477.
- 26-Ali A. Bir Köy Sosyolojisi Çalışması: Kavaközü Köyü'nün Sosyo-Ekonomik Yapısı Ve Sorunları. Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2003;4(1):3-10.
- 27- European Union. Rural Development in the EU Statistical and Economic Information Report 2012. Erişim Adresi:
http://ec.europa.eu/agriculture/sites/agriculture/files/statistics/rural-development/2012/full-text_en.pdf Erişim Tarihi:14.02.2017.
- 28- Koç İ, Eryurt M, Adalı T ve ark. Türkiye'nin Demografik Dönüşümü. Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaşaltı Ölümlerdeki Değişimler:1968-2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2008.
- 29-Tunalı İ. İstihdam Durum Raporu. Türkiye'de İşgücü Piyasası ve İstihdam Araştırması. Erişim Adresi:
http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/view/12671/%C4%B0%C5%9EKUR_T%C3%BCrkiye_%C4%B0stihdam_Durum_Raporu.pdf Erişim Tarihi: 12.01.2017.
- 30- Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA). 2003.
- 31- Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA). 2008.
- 32- Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA). 1998.
- 33- Unesco. Education For All Global Monitoring Report 2015. Erişim Adresi :
<http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002322/232205e.pdf>.
- 34- Unicef. All In School Middle East And North Africa Out-Of-School Children Initiativeregional Report On Out-Of-School Children October 2014. Erişim Adresi:
<http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002326/232689e.pdf>.
- 35- World Bank Group. Taking on Inequality. October 2016:69-101.
Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16204> Erişim Tarihi:02.12.2014.

- 36- Unicef and World Bank Group. Ending Extreme Poverty: a Focus on Children. October 2016:1-6.
- 37- Alam A, Murthi M, Yemtsov M ve ark. Growth, poverty and inequality: Eastern Europe and the former Soviet Union.
Erişim Adresi: <http://siteresources.worldbank.org/INTBELARUS/Resources/front.pdf>.
- 38- World Health Organization. UNİCEF. Joint Monitoring Programme on Water Supply and Sanitation (JMP) Report of the third meeting of the Advisory Group, 5–7 October 2004, Geneva.
- 39- World Health Organization, Global Health Observatory (GHO) data, Use of improved sanitation facilities. Erişim Adresi:
http://www.who.int/gho/mdg/environmental_sustainability/sanitation_text/en/.
- 40- Unicef. Sanitation Factsheet for World Toilet Day 2013. Erişim Adresi:
https://www.unicef.org/toilets4all/WTD_Sanitation_Factsheet_November_2013.pdf.
- 41- World Health Organization. 2015 Residential heating with wood and coal: health impacts and policy options in Europe and North America . Erişim Adresi:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/271836/ResidentialHeatingWoodCoalHealthImpacts.pdf.
- 42- Unicef. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. Unicef Türkiye 2004. Erişim Adresi:
http://www.unicefturk.org/public/uploads/files/UNICEF_CocukHaklarinaDairSozlesme.pdf.
- 43- Çağlayan G, Akın L, editör. Çocuk Sağlığı.Hacettepe Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı 1, Bölüm 7. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2015.
- 44- Beyazova U, Çağlayan Ç, Dünder P ve ark. Türkiye’de Çocuk Sağlığının Durumu. Türkiye Sağlık Raporu. Hasuder. 2012.
- 45- Meit M, Knudson A, Gilbert T ve ark.The Rural Health Reform Policy Research Center,The 2014 Update of the Rural-Urban Chartbook, Walsh Center for Rural Health Analysis October 2014. Erişim Adresi: <https://ruralhealth.und.edu/projects/health-reform-policy-research-center/pdf/2014-rural-urban-chartbook-update.pdf>.
- 46- Duran S, Kavuncuoğlu S, Sarı F ve ark. Farklı iki dönemde perinatal mortalitenin değerlendirilmesi: tek merkez sonuçları. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği. Türkiye Turk Pediatri Ars.İstanbul. 2016;51:128-34.

- 47- World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health Maternal and perinatal health. Erişim Adresi:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/.
- 48- Macarena C, Garcia, Faul M ve ark. CDC,MMRW, Reducing Potentially Excess Deaths from the Five Leading Causes of Death in the Rural United States Surveillance Summaries. January 13,17;66(2):1-7.
- 49- TUİK. Sağlık Araştırması. 2012.
- 50- Ergin I, Hassoy H. Bebek ölümlülüğünde eşitsizlikler: Dünya ve Türkiye'deki duruma dair bir değerlendirme. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi. 2011;1(3):98-104.
- 51- Köksal G. Tamamlayıcı Besinler ve Bebek Beslenmesindeki Önemi. Türkiye Klinikleri JPediatr Sci. 2007;3(6):6-11.
- 52- Sağlık Bakanlığı. Türkiye Çocukluk Çağı(7-8) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR) 2013. Ankara. 2014.
- 53- World Health Organization. Children: reducing mortality. Erişim Adresi:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/> Erişim Tarihi: 21.09.2017.
- 54- CDC News Room. Rural Americans at higher risk of death from five leading causes.January 12, 2017. Erişim Adresi:
<https://www.cdc.gov/media/releases/2017/p0112-rural-death-risk.html>.
- 55- Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N, editör.Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004, Yıllara ve Cinsiyete Göre İl / İlçe Merkezleri ve Belde / Köy Nüfusu, Genel Nüfus Sayımları - ADNKS Yıllara ve Cinsiyete Göre İl / İlçe Merkezleri ve Belde / Köy Nüfusu, Genel Nüfus Sayımları - ADNKS Ankara, Aralık 2006.
- 56- TUİK Haber Bülteni. Ölüm Nedeni İstatistikleri. 2016;24572.
- 57- Knudson A, Meit M, Popat S. Rural-Urban Disparities in Heart Disease. Policy Brief, Rural Health Reform Policy Research Center. October 2014:1-6.
- 58- Kevin A, Janet B. Liu Y ve ark. CDS. Health-Related Behaviors by Urban-Rural County Classification United States, 2013 Surveillance Summaries. 2017 February 3;66(5):1-8. Erişim Adresi:
https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/ss/ss6605a1.htm?s_cid=ss6605a1_w.

- 59- Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara 2014.
- 60- Karabalutlu Ö. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi Araştırma Yazısı. 2012;20(3): 210-218.
- 61- Hayran O, Coşkun A, Özdemir E ve ark. Conseil Sante, SOFRECO, EDUSER, Sağlık Arama Davranışı Araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara. 2007.
- 62- Çağlayan G, Akın L, editör. Kadın Sağlığı Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması. Hacettepe Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı 1, Bölüm 6. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2015.
- 63- Filiz E, Hilmiye A. Doğum Öncesi Ve Sonrası Bakım Hizmetlerinin Nicelik Ve Niteliği. Hüseyin DEMİRÖZ Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010;13(4):1-9.
- 64-Akıncı G, Kılıç Z, Kolaylı C ve ark. Halk Sağlığı Etkinlikleri, 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Türkiye’de Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı Ve Etkileyen Faktörler. 2017.
- 65-WHO. Sexual and reproductive health. How human rights help ensure high-quality contraceptive services. World Contraception Day. 2017. Erişim Adresi: http://who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/world-contraception-day-2017/en/.
- 66-25.01.2013 Tarih ve 28539 Sayılı Resmi Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Erişim Adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=aile%20he>.
- 67-Hatipoğlu N, Büyükkayhan D, Kurtoğlu P. Pediatrik Yenidoğan Dönemi Tiroid Hastalıkları Türkiye Klinikleri. J Pediatr Sci. 2006;2(10):63-82.

- 68-Doğruel H, Atalar H, Yavuz O ve ark. Türkiye’de Gelişimsel Kalça Displazisi Sıklığının ve Tarama Programlarının Değerlendirilmesi. *Turkiye Klinikleri J Med Sci.* 2008;28:357-360.
- 69-TUİK. Sağlık Araştırması. 2010.
- 70- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Ulusal Kanser Taramaları. Erişim Adresi: <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-taramalari/209-ulusal-kanser-taramalari.html> Erişim Tarihi: 17.10.2017.
- 71- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Meme Kanseri ve Mamaografî, Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim Adresi: <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/meme.pdf> Erişim Tarihi: 17.10.2017.
- 72- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Serviks Kanseri Tarama Programı. Erişim Adresi: <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-taramalari/886-serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1.html> Erişim Tarihi: 17.10.2017.
- 73- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Prostat Kanseri. Erişim Adresi: <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/52-prostat-kanseri.html> Erişim Tarihi: 17.10.2017.
- 74-Google Maps.Erişim Adresi: <https://www.google.lu/maps/place/Derince,+41900+Derince%2FKocaeli,+T%C3%BCrkiye/@40.7634181,29.8109935,14z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x14cb47ae91250443:0x85f5a9986bc889d2!8m2!3d40.756189!4d29.830918?hl=tr>
- 75- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin Türk popülasyonunda geçerlik ve güvenilirliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi.* 1999;12(2):102-106.
- 76- Güzel S, Kurtcebe Z, Şencan S, Turhan N. Doğurganlık Çağındaki Kadınlarda Hormonal Değişikliklerin Huzursuz Bacak Sendromu Şiddeti, Uyku ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg.* 2013;59:45-51.
- 77- Hisar K, Erdoğan H. Evde sağlık hizmeti alanlarda yaşam kalitesi durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Genel Tıp Derg.* 2014;24:138-142.
- 78- Selvi Y, Özdemir P, Özdemir O, Aydın A, Beşiroğlu L. Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.*Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi.* 2010;23:238-243.

- 79- Aksungur A. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin İş Doyumu Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi. (Danışman: Doç. Dr. Dilek Aslan) Sağlık Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 2009.
- 80-Demiral Y, Ergol G, Unal B ve ark. Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. BMC Public Health. 2006;6(24):1-8.
- 81- WHO. Growth reference 5-19 years. BMI-for-age (5-19 years). Erişim Adresi: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/.
- 82- WHO. Obesity and overweight. Erişim Adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- 83- T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Zoonotik Hastalıklar Daire Başkanlığı , Zoonotik Hastalıklar Hizmet İçi Eğitim Modülü. Ankara. 2011.
- 84- Soysal A, Demiral Y. Kapalı Ortam Hava Kirliliği. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(3):221-226.
- 85- Bilir N. Türkiye Tütün Kontrolünde Dünyanın Neresinde?. Tur Toraks Der. 2009;10:31-4
- 86- Keskinoglu P, Aksakoğlu G. Pasif sigara içiciliğinin çocuklarda solunum sistemi üzerindeki etkileri, Türk Ped Arş. 2007;42:136-41.
- 87- Children's exposure to passive smoking in England since the 1980s: cotinine evidence from population surveys Martin J Jarvis,Eileen Goddard,Vanessa Higgins,Colin Feyerabend,Andrew Bryant,Derek G Cook, BMJ VOLUME 321 5 AUGUST 2000
- 88-Ersu R, Arman AR, Save D, et al. Prevalence of snoring and symptoms of sleep-disordered breathing in primary school children in Istanbul. Chest 2004;126:19-24.
- 89- Guneser S, Atici A, Alparslan N, Cinaz P. Effects of indoor environmental factors on respiratory systems of children. J Trop Pediatr 1994;40:114-6.
- 90- Karakoç F, Dağlı E, Kut A, Pamukçu A. Çocuklarda pasif sigaraya maruziyetin serum kotinin düzeyi ile belirlenmesi. Türkiye Klinikleri Dergisi 1998;7:77-82.
- 91- Invited Commentary: Attendance and Absence as Markers of Health Status—The Example of Active and Passive Cigarette Smoking, Anthony J. Alberg, Gregory B. Diette, and Jean G. Ford, Am J Epidemiol 2003;157:870–873.

- 92- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Ankara. 2014;948.
- 93- TÜİK, Cinsiyet ve okuryazarlık durumuna göre nüfus, 2008-2016 Erişim Adresi: <https://cse.google.com/cse?q=OKURYAZARLIK&cx=015200851248949254112%3Aqauug18judny&ie=ISO-8859-9&lang=tr#gsc.tab=0&gsc.q=OKURYAZARLIK&gsc.page=1>
- 94- <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=130&locale=tr>
- 95- TÜİK. Haber Bülteni, Evlenme ve Boşanma İstatistikleri. 2016;24642. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24642> Erişim Tarihi: 02.03.2017.
- 96-TÜİK, Aile Yapısı Araştırması, 2016, Sayı: 21869, 18 Ocak 2017, Saat: 10:00 Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21869>
- 97- Güler Ç, Eltas A, Güneş D, Görgen V, Ersöz M. Malatya İlindeki 7-14 Yaş Arası Çocukların Ağız-Diş Sağlığının Değerlendirilmesi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;2:19-24.
- 98- Altun C, Güven G, Başak F, Akbulut E. Altı-onbir yaş grubu çocukların ağız-diş sağlığı yönünden değerlendirilmesi, Gülhane Tıp Dergisi 2005;47:114-118.
- 99- Balibey M, Polat S, Ertem İ, Beyazova U, Şahin F. Çocukluk Çağında Ev Kazalarına Yol Açan Etmenler, STED 2011;20:3.
- 100- Aşirdizer M, Yavuz M, Albek E, Cantürk G. Infant and adolescent deaths in Istanbul due to home accidents, The Turkish Journal of Pediatrics 2005;47:141-149
- 101- Özmen D, Ergin D, Şençetinkaya N. 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Tanılanması, Aile ve Toplum Yıl: 9 Cilt: 3 Sayı: 12 Nisan-Mayıs-Haziran 2007 ISSN: 1303-0256.
- 102- Ünal B, Ergör G, editör. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No:909 ve Yayın Tarihi:2013. Ankara.2013.
- 103- Satman I, Turdep Grup. Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey. Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP-I). Diabetes Care. 2002;25:1551-1556.
- 104-Altun B. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT 1 Study). Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Journal of Hypertension. 2005;23(10):1817-1823.

- 105- Satman I, Turdep Grup. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) Sonuçları. Erişim Adresi: http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf.
- 106- Oguz A, Altuntaş Y, Karşıdağ K ve ark. Türkiye’de diabetes mellitus ve prediyabet prevalansı (PURE çalışması). 32. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi. Bildiri Özetleri Kitabı. Antalya. 2010;73.
- 107- Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki , Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003;4:208-219.
- 108- Ulusal Hastalık Yükü Ve Maliyet-Etkililik Projesi. Hastalık Yükü Final Rapor. T.C. Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi. Ankara. 2004.
- 109- WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic 2011: Warning about the dangers of tobacco. World Health Organization 2011.
- 110- World Health Organization. Global status report on alcohol and health. 2011.
- 111- Göçgeldi E, Babayiğit M, Hassoy H, Açikel C, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi, ,Gülhane Tıp Dergisi 2008;50:172-179.
- 112- Genc A, Şener Ü, Karabacak H, Üçok K. Kadın ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarının Araştırılması, Kocatepe Tıp Dergisi, Cilt 12 No:3, Eylül 2011.
- 113- Mihaila V, Enachescu D, Davila C, Badulescu M. General populations norms for Romania using the Short Form 36 Health Survey (SF-36). QoL Newsletter 2001;26:17-8.
- 114- Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N, Mercier M. Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 Health Survey. Health Qual Life Outcomes 2003;1:30.
- 115- Bilir N, Özcebe H, Vaizoğlu S, Aslan D, Subaşı B, Telatar T. Van İlinde 15 Yaş Üzeri Erkeklerde SF-36 ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005;25:663-668.
- 116- Sullivan M, Karlsson J. The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of criterion-based validity: Results from normative population. J Clin Epidemiol 1998;51:1105-13.

- 117- O'Dea I, Hunter MS, Anjos S. Life satisfaction and healthrelated quality of life (SF-36) of middle-aged men and women. *Climacteric* 1999;2:131-40.
- 118- Deveci A, Demet M, Özmen B. Özmen E, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005;6:84-91.
- 119- İslamoğlu Y, Koplay M, Sunay S, Açikel M. Obezite ve metabolik sendrom. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2008;6(3):168-174.
- 120- Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar Ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013;1(1):58-68.
- 121- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE ve ark. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a metaanalysis. *Diabetes Care*, 2001;24(6):1069-1078.
- 122- Şenocak Ö, Söylev GÖ, Avcılar S, Peker Ö. İnme sonrasında yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)*. 2008; 25(3):169-175.
- 123- Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk, A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 2006;9(1):30-33.
- 124- Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Cavlak U. Yaşlı Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sorunları Araştırma Dergisi*. 2009;(1):48-60.
- 125- WHO, Adolescent pregnancy Erişim Adresi:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>
- 126- Ganchimeg T, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *Bjog*. 2014;121(S Suppl 1):40-8.
- 127- WHO, Abortion in the Developing World, editors Axel I. Mundigo Cynthia Indriso, 1999.
- 128- Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. WHO publication, 2008.
- 129- 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması Sonuçları Toplantısı, İsteyerek ve kendiliğinden düşüklerin yaygınlığı ve düşükleri etkileyen faktörler, 10 Eylül 2015.
- 130- WHO, Mother - Baby Package: Implementing safe motherhood in countries, 1994.
- 131- Çalışkan B, Doğan B, Güngör G. Ölçüm Kırsal bölgede yaşayan kadınların aile planlaması yöntemi tercihlerine yaş ve eğitimin etkisi, *Türk Aile Hek Derg* 2014;18(4): 189-194.

132- Antić L, Djikanović B, Vuković D. Family Planning among Women in Urban and Rural Areas in Serbia Dergi:Srp Arh Celok Lek. 2013 Nov-Dec;141(11-12):794-799.

