



**T.C  
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DÜZCE İLİ ÇİFTLİK KÖYÜ ERİŞKİN NÜFUSTA KALP VE  
DAMAR HASTALIKLARI İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ SIKLIĞI  
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ  
Dr. İLYAS PEKTAŞ**

**DÜZCE-2017**





**T.C  
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DÜZCE İLİ ÇİFTLİK KÖYÜ ERİŞKİN NÜFUSTA KALP VE  
DAMAR HASTALIKLARI İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ SIKLIĞI  
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ  
Dr. İLYAS PEKTAŞ**

**TEZ DANIŞMANI:  
Prof. Dr. ATILLA SENİH MAYDA**

**DÜZCE-2017**

## ÖNSÖZ

Bulaşıcı olmayan hastalıklar bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de görülme sıklığı ve ölüm nedenleri içindeki payı giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölümlerin çoğunluğu kalp ve damar hastalıkları, kanser, kronik hava yolu hastalıklarına bağlı olup görülme sıklığı yönünden toplumun büyük bir kesimini etkilemektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar içerisinde, kalp ve damar hastalıkları tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almakta, özellikle iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar ilk iki ölüm nedenini oluşturmaktadır. Morbidite açısından da kalp ve damar hastalıkları ilk sıralarda yer almaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresinin artması da özellikle yaşlılarda kronik hastalıkların önemini ortaya çıkarmaktadır. Ülkemizde kronik hastalıklar ile ilgili yurtdışı ve yurtiçinde bazı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmada Düzce merkeze bağlı bir köyde kronik hastalıkların büyük bir kısmını oluşturan kalp damar hastalıkları, risk faktörleri sıklığı ve ilişkili faktörler belirlenmeye ve okuyucuya aktarılmaya çalışıldı.

Uzmanlık eğitimi sırasında birlikte çalışma olanağı bulduğum değerli asistan arkadaşlarım; Sn.Dr. Muammer Yılmaz, Sn.Dr. Filiz Bolu, Sn.Dr. Havva Yıldırım, Sn.Dr. Zehra Özyamaç, Sn.Dr. Hatice Delibaş, Sn.Dr. Sabri Sefa Erdem, Sn.Dr. Semiha İskender, Sn.Dr. Gülsüm Zoroğlu, Sn.Dr. Ayşe Pesen, Sn.Dr. Merve Kurnaz' a teşekkür ederim.

Bu araştırmanın veri toplama aşamasında büyük emeği olan intern doktor arkadaşlarıma,

Çalışmaya katılan evlerini bize açan Çiftlik Köyü halkına,

Bugünlere gelmemdeki katkıları, duaları ve sağladıkları eğitim için sevgili anneme ve babama;

Varlığı, desteği ve sevgisi için eşim Fatma'ya ve oğlum Furkan'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Dr. İlyas PEKTAŞ**  
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı A.D

## ÖZET

### Düzce İli Çiftlik Köyü Erişkin Nüfusta Kalp ve Damar Hastalıkları için Risk Faktörleri Sıklığı ve İlişkili Faktörler

**Amaç:** Bu araştırmada Düzce ili Çiftlik Köyü'nde yaşayan yetişkinlerde kalp ve damar hastalıkları için risk faktörleri sıklıkları ve yaş, cinsiyet, eğitim gibi sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımlarının gösterilmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çiftlik köyünde ikamet eden 583 yetişkin araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırma örneklem seçilmeden evrenin tamamında yürütülmüştür. Araştırma süresince 390 kişiye ulaşılmış, araştırma 373 kişi ile tamamlanmıştır. Veriler araştırmacı ve intern doktorlar tarafından yüz yüze anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Katılımcıların fiziksel ölçümleri yapılmıştır. Araştırmadaki veriler bir istatistik paket programı ile değerlendirildi. Yapılan analizlerde  $p < 0.05$  anlamlı olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Araştırma grubunun %47.7'si erkek, %52.3'ü kadındır. Yaş ortalaması  $46.50 \pm 15.58$  olup, en küçük yaş 18, en büyük yaş 84 ve ortanca yaş 48'dir. Eğitim düzeyine göre %49.9'u ilkokul mezunudur. Medeni duruma göre %79.4'ü halen evlidir. Araştırma grubunun %43.7'si ev hanımıdır. %68.1'i gelir getirir bir işte çalışmamaktadır. Sağlık güvencesine göre %71.6'sı SSK üzerinden sağlık sigortasına sahiptir. Aile tipine göre %64.9'u çekirdek ailede yaşamaktadır. %62.2'si kendine göre gelir düzeyini orta olarak ifade etmiştir. Araştırma grubunun %24.4'ü tütün ürünlerinden en az bir tanesini kullandığını belirtmiştir. Lojistik regresyon analizi sonucunda tütün ürünü kullanımı açısından cinsiyete göre erkek olmak 4.204 kat riskli bulunmuştur. Yaşa göre 50 yaş altındakiler, 50 yaş ve üzerinelere göre 3.643 kat riskli bulunmuştur. Gelir getirir bir işte çalışanlar, çalışmayanlara göre 2.717 kat riskli bulunmuştur. Araştırma grubunun alkollü içecek kullanımına göre %3.0'ı alkollü içecek kullanıyor. Araştırma grubunda günlük ortalama  $1.15 \pm 0.99$  porsiyon meyve, ortalama  $1.40 \pm 1.05$  porsiyon sebze tüketilmektedir. Araştırma grubunun fizik aktivite yapma durumuna göre %57.4'ü fizik aktivite yapmamaktadır. Lojistik regresyon analizi sonucunda fiziksel inaktivite açısından öğrenim düzeyi lise altında olanlar, lise ve üzeri öğrenim görenlerden 1.702 kat riskli bulunmuştur. Araştırma grubunun obezite sıklığına göre

%33.0'ı BKİ'ye göre obezdir. Araştırma grubunda hipertansiyon sıklığı %46.4 dır. Lojistik regresyon analizi sonucunda hipertansiyon olma durumu açısından kadınlar, erkeklerden 1.860 kat riskli bulunmuştur. 50 yaş ve üzeri kişiler, 50 yaş altı kişilerden 5.100 kat riskli bulunmuştur. Geniş aileler, çekirdek-tek ebeveyni olanlardan 1.829 kat riskli bulunmuştur. Araştırma grubunda hipertansiyon tanısı olanlardan %23.6'sının tansiyonu kontrol altında bulunmuştur. Hipertansiyon tanısı olmayanlardan %33.6'sı hipertansif olarak saptanmıştır.

**Sonuç ve Öneriler:** Araştırma sonuçlarına göre tütün ve alkol kullanımı erkekler ve yaşı küçük olanlarda fazla görülmekte, obezite ve hipertansiyon kadınlarda ve yaşlılarda daha fazla görülmektedir. Kalp ve damar hastalıkları, risk faktörleri konusunda topluma yönelik bilgilendirici kampanyalar sürdürülmeli. Toplumda kalp ve damar hastalıkları ve risk faktörleri farkındalığının artırılmasını sağlayarak kalp ve damar hastalıkları gelişimi riskinin azaltılması sağlanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Kalp, hastalık, risk faktörleri, sigara, obezite, hipertansiyon, prevalans

## ABSTRACT

### Frequency of Risk Factors and Related Factors for Cardiovascular Diseases in Adult Population of Çiftlik Village, in Düzce

**Objective:** In this study, it was aimed to show the frequencies of risk factors for cardiovascular diseases in Düzce Çiftlik Village and their distribution according to socio-demographic variables such as age, sex, education.

**Materials and methods:** This research is a descriptive study. 583 adults who reside in the Çiftlik village form the universe of the research. The study was carried out entirely in the universe without selecting sample. During the research, 390 people were reached and the research was completed with 373 people. The data were collected by the researcher and intern doctors using the face-to-face survey method. Physical measurements of participants were made. The data in the study were evaluated using a statistical package program. In the analyzes performed,  $p < 0.05$  was considered significant.

**Results:** 47.7% of the study group were male, 52.3% were females. The mean age is  $46.50 \pm 15.58$  and the youngest age is 18 years, the greatest age is 84 years and the median age is 48 years. According to education level, 49.9% is primary school graduate. According to marital status, 79.4% are still married. 43.7% of the study group is housewife. 68.1% of them do not have a job to earn income. According to health insurance, 71.6% have health insurance through SSK. According to the family type, 64.9% live in the seed family. 62.2% stated moderate income level. 24.4% of the research group stated that they use at least one of the tobacco products. As a result of logistic regression analysis, being male by sex in terms of tobacco product use was found to be 4.204 times more risky. According to age, those under 50 years old were 3.643 times more risky than those aged 50 years and over. Those who work in a revenue-generating business are 2.717 times more risky than those who do not. According to the use of alcoholic beverages, 3.0% use alcoholic beverages. In the study group, average  $1.15 \pm 0.99$  servings of fruits and  $1.40 \pm 1.05$  servings of vegetables per day are consumed. According to physical activity status, 57.4% do not have any physical activity. As a result of the logistic regression analysis, the level of education in terms of physical inactivity was found to be 1.702 times higher than those in high school and those in high school and above. According to the obesity frequency of the study group, 33.0% were obese according to BMI. The frequency of

hypertension in the study group was 46.4%. As a result of logistic regression analysis, women were 1.860 times more risky than men in terms of hypertension. 50 years of age and over were found to be 5.100 times more risky than those under 50 years of age. Large families were found to be 1,829 times risky from the core-single parent. In the study group, 23.6% of those with hypertension were under control. 33.6% of the people without hypertension were hypertensive.

**Conclusion and Recommendations:** According to the results of the research, tobacco and alcohol use is more common in men and younger people, obesity and hypertension are more common in women and elderly people. Informative campaigns aimed at collecting cardiovascular diseases and risk factors should be pursued. Reducing the risk of cardiovascular disease development should be ensured by increasing awareness of cardiovascular disease and risk factors in the community.

**KeyWords:** Heart, disease, risk factors, smoke, obesity, hypertension, prevalence

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa No:</b>
<b>ÖNSÖZ</b>	i
<b>ÖZET</b>	ii
<b>ABSTRACT</b>	iv
<b>İÇİNDEKİLER</b>	vi
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b>	vii
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	ix
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b>	1
1.1.Giriş	1
1.2.Amaç	3
<b>2.GENEL BİLGİLER</b>	4
2.1.Kalp ve Damar Hastalıkları Kavramı	4
2.2.Kalp ve Damar Hastalıkları için Risk Faktörleri	5
2.2.1.Tütün Kullanımı	6
2.2.2.Alkol kullanımı	11
2.2.3.Beslenme	16
2.2.4.Fizik Aktivite	21
2.2.5.Obezite	24
2.2.6.Hipertansiyon	28
2.3. Kalp ve Damar Hastalıklarının Önlenmesi ve Kontrolü	31
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM</b>	33
3.1.Araştırmanın yeri ve zamanı	33
3.2.Araştırma Tipi	33
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem	33
3.4.Araştırmanın Değişkenleri	34
3.5.Araştırmanın Hipotezleri	34
3.6 Veri Toplama Araçları	34
3.7.Araştırma Etiği ve İzinler	35
3.8.Araştırmanın Kısıtlılıkları	35
3.9.Verilerin Analizi	35
<b>4.BULGULAR</b>	37
4.1.Tanımlayıcı Bulgular	37
4.2.Analitik Bulgular	55
<b>5.TARTIŞMA</b>	74
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER</b>	85
6.1.Sonuçlar	85
6.2.Öneriler	87
<b>7.KAYNAKLAR</b>	89
<b>8.EKLER</b>	98
Ek 1: Anket Formu	98
Ek 2: Etik Kurul Onayı	105
Ek 3: Halk Sağlığı Müdürlüğü İzni	107

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACC	American College of Cardiology, Amerikan Kardiyoloji Koleji
AHA	American Heart Association, Amerikan Kalp Derneği
ASH	Amerikan Society of Hypertension, Amerikan Hipertansiyon Cemiyeti
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BKO	Bel/Kalça Oranı
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
CDC	Centers for Disease Control and Prevention, Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi
cm	Santimetre
DALY	Disability Adjusted Life Year, Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı
dk	Dakika
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESC	European Society of Cardiology Avrupa Kalp Cemiyeti
ESH	European Society of Hypertension, Avrupa Hipertansiyon Cemiyeti
gr	Gram
HDL	High Density Lipoprotein, Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
ICD-10	International Classification of Diseases, Uluslararası Hastalık Sınıflaması
INTERHEART	A Global Case-Control Study of Risk Factors for Acute Myocardial Infarction, Akut Miyokard İnfarktüsü Risk Faktörleri için Küresel Vaka- Kontrol Çalışması
ISH	International Society of Hypertension, Uluslararası Hipertansiyon Derneği
JNC 8	Joint National Committee 8, Birleşik Ulusal Komite 8
KAH	Koroner Arter Hastalığı
kg	Kilogram
KKH	Koroner kalp Hastalığı
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
KYTA	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
LDL	Low Density Lipoprotein, Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
m	Metre
M.Ö.	Milattan önce
MI	Myokard İnfarktüsü
mmHg	Milimetre Cıva
MPOWER	Monitor Protect Offer Warn Enforce Raise, İzle Koru Öner Uyar Yasakla Artır
NHANES	American National Health and Nutrition Examination Survey, Amerikan Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması
NHS	Nurses Health Study, Hemşirelerde Sağlık Çalışması

STEPS	STEPwise approach to Surveillance, Kronik Hastalık Risk Faktörleri Sürveyansında Basamaklı Yaklaşım
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TEKHARF	Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TKÇS	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
TKrHRF	Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UHY-MEP	Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkiliik Projesi
YLL	Years of Life Lost, Erken Ölümlere Bağlı Kaybedilen Yaşam Yılı



## TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa No:
Tablo 2.1. ESC/ESH 2013 Sınıflamasına Göre Kan Basıncı Dağılımı	29
Tablo 2.2 JNC 8 2013 Sınıflamasına Göre Kan Basıncı Dağılımı	29
Tablo 4.1. Araştırma Grubunun Cinsiyet, Yaş, Eğitim Düzeyi, Medeni Durumuna Göre Dağılımı	38
Tablo 4.2. Araştırma Grubunun Yaş Değerleri	39
Tablo 4.3. Araştırma Grubunun Mesleğine, Gelir Getirir Bir İşte Çalışma Durumuna, Sağlık Güvencesine Göre Dağılımı	40
Tablo 4.4. Araştırma grubunun Aile Tipine Göre Dağılımı	41
Tablo 4.5. Araştırma grubunun Evde Kullandığı Isınma/Yakıt Türü	41
Tablo 4.6. Araştırma Grubunun Kendilerine Göre Gelir Düzeyi Dağılımı	42
Tablo 4.7. Araştırma Grubunun Sigara Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	42
Tablo 4.8. Araştırma grubunun Nargile ve Sarma Sigara Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	42
Tablo 4.9. Araştırma grubunun Tütün Ürünü Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	43
Tablo 4.10. Araştırma grubunun Evde ve İş Yerinde Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı	43
Tablo 4.11. Araştırma grubunun Anne ve Babalarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	44
Tablo 4.12. Araştırma Grubunun Alkollü İçecek Kullanımına Göre Dağılımı	44
Tablo 4.13. Alkol Kullananlarda Bir Oturuşta 5 Standart İçki veya Daha Fazla İçme Durumuna Göre Dağılımı	45
Tablo 4.14. Araştırma Grubunun Tükettiği Ekmek Türüne Göre Dağılımı	45
Tablo 4.15. Araştırma Grubunun Kullandığı İçme Suyuna Göre Dağılımı	46
Tablo 4.16. Araştırma Grubunun Kullandığı Yağ Türüne Göre Dağılımı	46
Tablo 4.17. Araştırma Grubunun Bir Günde Tükettiği Meyve ve Sebze Miktarı	47
Tablo 4.18. Araştırma Grubunun Yemeklerin Tadına Bakmadan Tuz Atma Durumuna Göre Dağılımı	47
Tablo 4.19. Araştırma Grubunun Kilo Verme Amaçlı Diyet Yapma Durumuna Göre Dağılımı	48
Tablo 4.20. Araştırma Grubunun Fizik Aktivite Yapma Durumuna Göre Dağılımı	48
Tablo 4.21. Araştırma Grubunda Çıkılan Merdiven Katı Sayısı	48
Tablo 4.22. Araştırma Grubunda Çalışanların İş yerine Gidiş Şekline Göre Dağılımı	49
Tablo 4.23. Araştırma Grubunun Spor Alanları Oluşturulması Halinde Fizik Aktiviteyi Artırma Durumuna Göre Dağılımı	49
Tablo 4.24. Araştırma Grubunun Sedanter Yaşama İlişkin Değerleri	50
Tablo 4.25. Araştırma Grubunun Evde ve Uykuda Geçen Süre Değerleri	50
Tablo 4.26. Araştırma Grubunun Boy, Kilo ve BKİ Değerleri	50

**Sayfa No:**

Tablo 4.27. Araştırma Grubunun BKİ Değerlerine Göre Dağılımı	51
Tablo 4.28. Araştırma Grubunun Obezite Sıklığına Göre Dağılımı	51
Tablo 4.29. Araştırma Grubunun Bel Çevresi, Kalça Çevresi ve Bel Kalça Oranı Değerleri	51
Tablo 4.30. Araştırma Grubunun Bel Çevresi ve Bel Kalça Oranına Göre Dağılımı	52
Tablo 4.31. Araştırma Grubunun Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı Değerleri	52
Tablo 4.32. Araştırma Grubunun Kan Basıncı Düzeylerine Göre Dağılımı	53
Tablo 4.33. Araştırma Grubunun Hipertansiyon Sıklığına Göre Dağılımı	53
Tablo 4.34. Hipertansiyon Tanısına Göre Tansiyon Yüksekliği Dağılımı	54
Tablo 4.35. Araştırma Grubunun Nabız Değerleri	54
Tablo 4.36. Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerinin tütün ürünü kullanımına etkisi	56
Tablo 4.37. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Alkol Kullanımına Etkisi	58
Tablo 4.38. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Fizik Aktivite Üzerine Etkisi	60
Tablo 4.39. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Obezite Üzerine Etkisi	62
Tablo 4.40. Araştırma Grubunda Tütün Ürünü, Alkol Kullanımı ve Fizik Aktivitenin Obezite Üzerine Etkisi	63
Tablo 4.41. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerin Hipertansiyon Sıklığı Üzerine Etkisi	65
Tablo 4.42. Araştırma Grubunda Tütün Ürünü, Alkol Kullanımı ve Fizik Aktivitenin Hipertansiyon Sıklığı Üzerine Etkisi	66
Tablo 4.43. Araştırma Grubunda Tuz Kullanımı ve Obezitenin Hipertansiyon Sıklığı Üzerine Etkisi	67
Tablo 4.44. Tütün kullanımı ile ilişkili faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmesi	68
Tablo 4.45. Alkol kullanımı ile ilişkili faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmesi	69
Tablo 4.46. Fizik aktivite ile ilişkili faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmesi	70
Tablo 4.47. Obezite ile ilişkili faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmesi	71
Tablo 4.48. Hipertansiyon ile ilişkili faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmesi	73

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

### 1.1. Giriş

Kalp ve damar hastalıkları; koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, hipertansiyon, periferik arter hastalığı, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve kardiyomiyopatileri kapsar. Kalp ve damar hastalıklarının gelişiminde; tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, obeziteye yol açabilen sağlıksız beslenme gibi olumsuz davranış tarzları yanında diyabet, hipertansiyon, dislipidemi gibi hastalıklar yer almaktadır (1).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ölüm nedenleri incelendiğinde; 2015 yılındaki ilk dört hastalık grubuna ilişkin sıralamanın 2016 yılında da değişmediği görüldü. Ölüm vakalarının 2015 yılında %40.1'ini oluşturan dolaşım sistemi hastalıkları 2016 yılında %39.8'ini oluşturarak ilk sırada yer aldı. İkinci sırada, 2015 yılında %19.9 oranında gerçekleşen iyi ve kötü huylu tümörlerden ölümler, 2016 yılında %19.7 olarak gerçekleşti. Üçüncü sırada yer alan solunum sistemi hastalıkları ise 2015 ve 2016 yıllarında %11.0 ve %11.9 olarak hesaplandı. Dördüncü sırada yer alan endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları 2015 ve 2016 yıllarında aynı kalarak % 5.0 olarak görüldü. Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin 2015 yılında %40.5'i iskemik kalp hastalığından, %23,6'sı ise serebrovasküler hastalıktan kaynaklandı (2).

DSÖ tarafından geliştirilen STEPS yaklaşımı bulaşıcı olmayan hastalık risk faktörü sürveyansını güçlendirmeye yönelik kademeli yaklaşımdır. Bu yaklaşım risk faktörlerini değerlendirmeye yönelik 3 farklı seviyeden oluşmaktadır. Birinci adım sosyo-demografik özellikler, sigara, alkol, beslenme, fizik aktivite durumlarını sorgulayan anket formundan oluşmaktadır. İkinci adım kan basıncı, boy, vücut ağırlığı, bel ve kalça çevresi ölçümlerini içermektedir. Üçüncü adım ise kan şekeri, kan lipitleri ölçümlerini içermektedir (3). Bu çalışmada birinci ve ikinci adım için önerilen risk faktörleri ele alınmıştır.

Her yıl 17 milyon bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölüm 70 yaş öncesinde görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2017 verilerine göre bulaşıcı olmayan hastalıklardan her yıl 40 milyon insan ölmektedir. Bu sayı tüm ölümlerin %70'ine

eşittir. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölüm en çok kardiyovasküler hastalıklardan olmaktadır (yılda 17,7 milyon), kanserler ikinci sırada (8.8 milyon), solunum sistemi hastalıkları 3. sırada (3.9 milyon) ve diyabet 4. sırada (1.6 milyon) yer almaktadır. Bu 4 grup hastalık bulaşıcı olmayan hastalıkların %81 'ini oluşturmaktadır. Sigara kullanımı, fiziksel inaktivite, alkol kötüye kullanımı ve sağlıksız beslenme bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölümü arttırmaktadır. Her yıl pasif sigara içiciliği de dahil olmak üzere sigara nedeniyle 7.2 milyon ölüm gerçekleşmektedir. Fazla tuz alımı nedeniyle yılda 4.1 milyon ölüm gerçekleşmiştir. Yıllık 3.3 milyon ölüm alkol kullanımı nedeniyle meydana gelmektedir. Yılda 1,6 milyon ölüm, yetersiz fiziksel aktiviteye atfedilmektedir (4).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2015 yılında 17.7 milyon kişinin kardiyovasküler hastalıklar (KVH) nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Bu rakam tüm ölümlerin %31'ini oluşturmaktadır. Bu ölümlerin 7.4 milyonu koroner arter hastalığı ve 6.7 milyonu inme nedeniyle gerçekleşmiştir. KVH nedeniyle meydana gelen ölümleri  $\frac{3}{4}$ 'ü düşük ve orta gelir grubu ülkelerde görülmektedir (5). DSÖ Dünya Sağlık İstatistikleri 2017 verilerine göre küresel olarak kalp damar hastalıkları, kanser, diyabet, solunum yolu hastalıkları nedeniyle 30 ile 70 yaş arasında ölüm oranı % 18.8 iken, Türkiye'de % 16.8 olarak tespit edilmiştir (6).

DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ülke Profilleri 2014 yılı sonucuna göre Türkiye'de tüm ölümlerin %86'sı bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle olduğu tahmin edilmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar ve serebrovasküler hastalıklar tüm ölümlerin %47'sini oluşturmuştur. Kanserler %22'sini, solunum yolu hastalıkları %8'ini oluşturmuştur. Yaralanmalar %7 oranla, diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar %7 oranla, diyabet %2 oranla ölüm nedenidir (7).

2015 yılında dünya genelindeki 56.4 milyon ölümün yarısından fazlası (%54) en çok 10 nedenden kaynaklanıyordu. Bunlar iskemik kalp hastalığı, inme, alt solunum yolu enfeksiyonu, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), akciğer kanseri, diyabet, alzheimer, diyare, tüberküloz ve trafik kazalarıdır. İskemik kalp hastalığı ve inme, dünyanın en büyük katilleridir ve 2015 yılında 15 milyon kişinin ölümüne neden olmuştur. Bu hastalıklar, son 15 yılda dünya çapında önde gelen ölüm nedenleri olmayı sürdürmektedir. Akciğer kanseri (trakea ve bronş

kanserleriyle birlikte) 1.7 milyon ölümlerle sonuçlanırken, 2015 yılında kronik obstrüktif akciğer hastalığı 3.2 milyon insanı hayattan aldı. Diyabet nedeniyle 2015 yılında 1.6 milyon kişi öldü (8).

## 1.2. Amaç

### **Bu çalışma ile:**

- Düzce ili Çiftlik Köyü'nde kalp ve damar hastalıkları için risk faktörleri olan sağlıksız beslenme, yetersiz fizik aktivite, tütün ve alkol kullanımı sıklığı ve yaş, cinsiyet, eğitim gibi sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımlarının gösterilmesi,
- Obezite sıklığı ve yaş, cinsiyet, eğitim gibi sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımlarının gösterilmesi,
- Obezite sıklığının tütün kullanımı, alkol kullanımı, fizik inaktivite gibi risk faktörlerine göre dağılımının gösterilmesi,
- Hipertansiyon sıklığı ve sosyo-demografik özelliklere göre dağılımının gösterilmesi,
- Tütün kullanımı, alkol kullanımı, fizik inaktivite, tuz kullanımı ve obezitenin hipertansiyon sıklığı üzerine etkisinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kalp ve Damar Hastalıkları Kavramı

Kalp damar hastalıklarının bir halk sağlığı sorunu olarak tanınmaya başlanması, 1920'li yıllara rastlar. Kalp damar hastalıkları morbidite ve mortalitesi tüm endüstrileşmiş ülkelerde 1970'li yıllara kadar artmış, daha sonra bir yavaşlama ve düşüş izlenmeye başlamıştır. Finlandiya, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) gibi endüstrileşmiş ülkelerin çoğunda 1970'li yıllarda oldukça yüksek olan kalp damar hastalıkları ölüm hızlarının günümüzde yarı yarıya azalmış olduğu dikkat çekmektedir. Ancak 1980'li yıllardan başlayarak Doğu ve Orta Avrupa ülkelerinde kalp damar hastalıklarına bağlı ölümlerde hızlı bir artış gözlenmiştir (9).

Küresel olarak kalp ve damar hastalıkları bir numaralı ölüm nedenidir. Yıllık Kalp ve damar hastalıkları nedeniyle ölenler diğer nedenlerden ölenlerin sayısından daha fazladır (5). Kalp ve damar hastalıkları ateroskleroz nedeniyle olan ve diğer kalp damar hastalıkları olarak gruplandırılır. Ateroskleroz nedeniyle olan kalp ve damar hastalıkları, iskemik kalp hastalıkları (koroner kalp hastalıkları), serebrovasküler hastalıklar (inme vs.), aort ve arterlerin hastalıkları (hipertansiyon ve periferik kan damarı hastalıkları) dır. Diğer kalp ve damar hastalıkları konjenital kalp hastalığı, romatizmal kalp hastalığı, kardiyomyopatiler, kardiyak aritmilerden oluşmaktadır (10).

Kalp ve damar hastalıkları kalp, beyin ve kan damarı kaynaklı hastalıkları kapsar. Kalp ve damar hastalıklarının büyük bir kısmı koroner arter hastalığı kökenlidir. Koroner arter hastalığına aynı zamanda koroner kalp hastalığı, iskemik kalp hastalığı ve aterosklerotik kalp hastalığı isimleri de verilmektedir. Koroner kalp hastalığı ateroskleroz nedeniyle olur. Ateroskleroz yıllar içinde damar duvarlarında gelişen kompleks patolojik süreçtir. Aterosklerozda kolesterol ve yağ materyalleri orta ve geniş büyüklükteki damarların lümeninde birikir. Biriken bu materyaller damar lümenini iç yüzünü düzensizleştirir, damar lümenini daraltır ve damardan kan akışını zorlaştırır. Ayrıca bunların sonucu olarak kan damarlarının daha az esnek hale gelmesine neden olur. Sonunda oluşan bu plak yırtılabilir, kan pıhtısı oluşumunu tetikleyebilir. Eğer kan pıhtısı koroner arterde oluşursa kalp krizine neden olur, eğer

kan pıhtısı beyinde oluşursa inmeye neden olur. İnme aynı zamanda beyine veya damarlara kanama yoluyla olmaktadır. Ateroskleroz oluşum sürecine katkıda bulunan nedenler risk faktörleri olarak bilinir (10).

## 2.2. Kalp ve Damar Hastalıkları için Risk Faktörleri

Kalp ve damar hastalıkları için risk faktörleri 3 grupta toplanır. Bunlar davranışsal risk faktörleri, metabolik risk faktörleri ve diğer risk faktörleridir (10).

Davranışsal risk faktörleri:

- 1.Sigara kullanımı,
- 2.Fiziksel inaktivite,
- 3.Sağlıksız beslenme (tuz, yağ, kalori yönünden zengin),
- 4.Alkol kötüye kullanımı.

Metabolik risk faktörleri:

- 5.Yüksek kan basıncı (hipertansiyon),
- 6.Yüksek kan şekeri (diyabet),
- 7.Yüksek kan lipitleri (kolesterol gibi),
- 8.Şişmanlık ve obezite.

Diğer risk faktörleri:

- 9.Yoksulluk ve düşük eğitim düzeyi,
- 10.İleri yaş,
- 11.Cinsiyet,
- 12.Genetik yatkınlık,
- 13.Psikolojik faktörler (stres ve depresyon gibi),
- 14.Diğer risk faktörleri (aşırı homosistein gibi).

Kalp ve damar hastalıklarından korunmada yaklaşım tarzı, tek bir risk faktörüne değil, genel riskin düşürülmesine yönelik, çoğul risk faktörleri gözetilerek multidisipliner olmalıdır. Kalp ve damar hastalıklarından korumanın amacı, ölümcül olan ve olmayan aterosklerotik kalp ve damar olaylarının, komplikasyonların ve perkütan ya da cerrahi revaskülarizasyon ihtiyacının azaltılması, yaşam kalitesinin artırılması ve süresinin uzatılmasıdır. Bu hedefe erişmek için toplam kalp ve damar risk değerlendirmesi ve buna yönelik bir tedavi stratejisinin oluşturulması esastır (1).

### 2.2.1. Tütün Kullanımı:

Tütün patlıcangiller (solanaceae) familyasından genellikle bir yıllık, bazı türler itibariyle çok yıllık bitkidir. Bitki sistematğinde solanaceae familyasının “nicotiana” cinsi içerisinde yer alır. Tütünde esas olan yaprağın kimyasal ve fiziki özellikleridir. Yaprığın kimyasal yapısında bulunan nikotin, total azot ve indirgen maddeler tütün mamullerinin üretiminde önem taşımaktadır. Tütünü diğer bitkilerden ayıran en önemli özelliği, yapraklarında bulunan organik azotlu bir madde olan nikotindir. Kökte sentezlenen nikotin yapraklarda birikir. Nikotin, keyif verici ve alışkanlık yapıcı güçlü bir alkaloiddir. Tütün ürünü ise; genetik olarak değiştirilsin ya da değiştirilmesin tütün yaprağının tamamen veya kısmen hammadde olarak kullanılması ile yapılan içme, buruna çekme, emme ya da çiğneme amaçlı tüm ürünlerdir (11).

DSÖ Dünya Sağlık İstatistikleri 2017 verilerine göre 15 yaş ve üzerinde yetişkin nüfusta herhangi bir tütün ürünü kullanma prevalansı erkeklerde % 39.5, kadınlarda % 12.4 olarak hesaplanmıştır (6). Dünya Sağlık Örgütü Dünya Sağlık İstatistikleri 2016 ya göre 2015 yılında 1.1 milyardan fazla kişi sigara içmiştir. Bu sayının 945 milyondan fazlası erkek, 180 milyondan fazlası kadındır. Sigarayı erkekler kadınlardan daha fazla içmektedir. Tütün ürünlerinin kullanım oranları ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. Türkiye'nin de içinde bulunduğu Avrupa bölgesinde sigara kullanımı hala yaygın ve azaltmak için yoğun çabalar gerekmektedir (12).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2008, KYTA 2012, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması (TKrHRF) sonuçlarına göre Türkiye'de yetişkinlerde tütün ürünü kullanma sıklığı sırasıyla %31.2, %27.1, %30.2'dir. Yine KYTA 2008, KYTA 2012 ve TKrHRF çalışması sonuçlarına göre tütün kullanım sıklığı erkeklerde sırasıyla %47.9, %41.5 ve %43 iken; kadınlarda sırasıyla %15.2, %13.1 ve %17' dir (13,14,15).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması(KYTA) 2008 sonuçlarına göre kadınlarda öğrenim düzeyi yükseldikçe tütün kullanım yüzdesi de yükselmektedir; fakat erkeklerde aynı durum gözlenmemektedir. Yerleşim yerlerine göre tütün kullanım hızlarında çok az bir fark gözlenmektedir (kentsel kesimde %29 ve kırsal

kesimde % 23.9). Kentsel ve kırsal kesimde yaşayan kadınlar arasında tütün kullanım sıklığında fark daha belirgin (kentsel kesimde %14.5 ve kırsal kesimde %5.0) iken erkeklerde fark gözlenmemektedir (kentsel kesimde %44.0 ve kırsal kesimde %43.6) (13).

KYTA 2012'ye göre araştırma grubundaki yetişkinlerin işyerinde sigara dumanından pasif etkilenim oranı %15.6'dır (14). TKrHRF 2011'de sigara dumanından pasif etkilenim oranı evlerde %37, işyerlerinde %23 oranında bulunmuştur. (15).

Ulusal hastalık yükü ve maliyet etkililik projesi (UHY-MEP) araştırmasına göre tütün kullanımının sonucunda ortaya çıkan kardiyovasküler hastalıklara atfedilen ölüm sayısı 21317 olup tüm ölümlerin %5'idir (16).

Birçok prospektif çalışma hem kadın hem erkek sigara içicilerinde miyokard enfarktüsü, tekrarlayıcı kalp atakları, koroner arter hastalığına (KAH) bağlı ani ölüm risklerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Sigara içenlerde KAH insidansı 2-4 kat fazladır. KAH'dan ölüm riski günde içilen sigara, inhalasyon derinliği, sigaraya başlama yaşı ve içilen yıl sayısı ile ilişkilidir. Ayrıca sigara, KAH'ın hiperkolesterolemi ve diyabet gibi diğer risk faktörlerini de büyük oranda etkilemektedir. Sigara akut ve kronik miyokard değişikliklerine yol açar. Akut olarak sigara oksijen ihtiyacını arttırarak veya kan arzını azaltma yolu ile oksijen sunumunu azaltarak miyokard iskemisine yol açar. Bu değişiklikler koroner arter spazmı ve/veya platelet agregasyonu ve adhezyonu ile sonuçlanabilir. Ayrıca sigara özellikle ventriküler fibrilasyon olmak üzere disritmilerin eşliğini azaltarak ani ölüme yol açabilir. Kronik olarak, sigara içimi muhtemelen tekrarlayan endotel hasarına yol açarak koroner ateroskleroza yol açar; düz kas proliferasyonunu stimule ederek platelet adherensini arttırır; LDL-kolesterolü arttırır ve/veya HDL-kolesterolü azaltır (17).

Sigara kullanımı dünyada önde gelen önlenebilen ölüm sebeplerindedir. Sağlık üzerine risk etkileri yalnız sigara içmekle değil aynı zamanda pasif içicilikle olmaktadır. Sigara kullanımı kardiyovasküler hastalık, kanser, kronik solunum hastalıkları, diyabet ve erken ölüm riskini arttırmaktadır. Sigara kullanımı küresel olarak tüm kadın ölümlerinin %7'si, erkek ölümlerinin %12'sinden sorumludur (10). Her yıl 7 milyondan fazla insan sigara kullanımı nedeniyle ölüyor. Bu ölümlerin 6

milyondan fazlası direkt sigara içiciliğinden, 890 binden fazlası pasif içicilikten kaynaklanmaktadır (18).

Sigara içmenin vasküler endotele zarar verdiği ve endotelial hasarın da aterosklerozun gelişmesinde birinci sebep olduğu gösterilmiştir. Sigara içimi diğer taraftan koroner vazooklusif faktörlerden, platelet agregasyonunu, vazomotor reaktiviteyi, protrombotik durumu aktive ederken karbonmonoksit üretimini, plazma viskozitesini ve fibrinojen seviyesini artırır. Sigara koroner spazmında majör bir risk faktörüdür. Angina veya koroner kalp hastalığı olanlarda tek sigara içimi bile bölgesel kan akımında hafif bozukluklara neden olur. Bir çalışmada Holter monitorizasyonu ile koroner kalp hastalarında sigara içimi sırasında %33 daha fazla iskemi epizodu olduğu gösterilmiştir. Koroner arter hastalığı tanısı konmuş kişilerde sigaranın miyokardın ventrikül fibrilasyonu ve kardiyak arreste eğilimini artırdığı gösterilmiştir. İçilen sigara miktarına bağlı etki net bir biçimde ortaya konmuştur. Pek çok çalışma sigaranın günde içilen sayısı ile ilişkili olarak total kolesterol seviyesini artırmakta, yüksek dansiteli lipoprotein konsantrasyonunu azaltmakta olduğunu bildirmiştir. Miyokard infarktüsü geçirdikten sonra sigara kullanmaya devam edenlerde, bırakanlara göre tekrarlayan miyokard infarktüsünden ölüm riski iki misli bulundu. Sigaranın özellikle hipertansiyon, diyabet gibi diğer risk faktörü olanlarda hastalığın ilerlemesinde en güçlü faktör olduğuna inanılmaktadır (19).

1999 yılında 52. Dünya Sağlık Asamblesinde alınan bir kararla, Dünya Sağlık Örgütü üyesi ülkeler, tütün kullanımı ve tütün dumanına maruz kalmanın yaygınlığını sürekli ve özlü bir şekilde azaltmak ve mevcut ve gelecek nesilleri, tütün tüketimi ve tütün dumanına maruz kalmanın yıkıcı sağlık, sosyal, çevresel ve ekonomik sonuçlarından korumak amacıyla, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) taslağını hazırlamaya başlamışlardır. Dünyada tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşma olan “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi”, 21 Mayıs 2003 tarihinde, Cenevre’de Dünya Sağlık Örgütü’nün 56. Dünya Sağlık Asamblesi toplantısında kabul edilmiş ve 2004 yılında ülkelerin imzasına açılmıştır (20)

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi aşağıdaki başlıkları içermektedir:

A. Tütüne Talebi Azaltmaya Yönelik Önlemler

1. Tütüne talebin azaltılması için fiyat ve vergi önlemleri
2. Tütüne talebi azaltmada fiyat dışı önlemler
  - Tütün dumanından korunma
  - Tütün ürünlerinin içerikleri ile ilgili düzenleme
  - Tütün ürünlerinin ifşası ile ilgili düzenleme
  - Tütün ürünlerinin paketlenmesi ve etiketlenmesi
  - Öğretim, iletişim, eğitim ve toplumsal bilinç
  - Tütün reklamı, promosyonu ve sponsorluğu
  - Tütün bağımlılığı ve tütünün bırakılması ile ilgili talep azaltıcı önlemler

B. Tütün Arzının Azaltılmasına Yönelik Önlemler

1. Tütün ürünlerinin yasa dışı ticareti
2. Çocuklara ve çocuklar aracılığıyla satış yapılması
3. Ekonomik açıdan uygun alternatif faaliyetler için destek sağlanması

C. Çevrenin Korunması

1. Çevrenin ve insan sağlığının korunması
2. Araştırma, izleme ve bilgi alışverişi
3. Bilgi verme ve bilgi alışverişi
4. Bilimsel, teknik ve yasal alanlarda iş birliği ve uzman desteği sağlanması

2008 yılında tütün salgını ile mücadeleyi yaygınlaştırmak için DSÖ etkisi kanıtlanmış altı politikayı içeren MPOWER paketini geliştirdi. Bütün ülkelere tütün kontrolü konusunda yol haritası olanağı sağlayan bu rapor tütün kontrolü konusunda etkili olduğu kanıtlanmış olan 6 stratejiyi içermektedir.

- Tütün kullanımını ve koruyucu çalışmalarını takip et (Monitor)
- Pasif sigara dumanı etkileniminden koro (Protect)
- Sigarayı bırakmak için uygun yardım öner (Offer)
- Tütünün zararları konusunda eğit (Warn)
- Tütün ürünlerinin reklam, tanıtım ve sponsorluğunu kısıtlama konusunda var olan mevzuatı güçlendir (Enforce)
- Tütün üzerindeki vergiyi artır (Raise) (21).

Ülkemizde tütünle mücadelede ilk yasal düzenleme 1996 yılında yapılmıştır. 2004 yılında, DSÖ tarafından kabul edilen Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi, TBMM’de kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. 2006 yılında, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi kapsamında yapılacak tüm çalışmaların planlanması ve tütün tüketiminin kontrol altına alınması için hazırlanmış olan program Başbakanlık Genelgesi ekinde yayımlanmış, 2007 yılında, Ulusal Tütün Kontrol Programı’nın bir bütün olarak uygulanması ve takibi ile ilgili faaliyetlerin illerde yürütülebilmesi için İl Tütün Kontrol Kurulları 81 ilimizde kurulmuştur (22).

2007 yılında, Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı kamuoyuna tanıtılmıştır. 2008 yılında, 4207 sayılı Kanunda değişiklik yapan 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” kabul edilmiş ve yürürlüğe girmiştir. Pasif içicileri korumaya yönelik, dumansız bir Türkiye oluşturmak adına tüm kapalı alanlarda (restoran, bar ve kafeler hariç) sigara tüketiminin yasaklanması amaçlanmış ve “Dumansız Hava Sahası” kampanyası başlatılmıştır. 19 Temmuz 2009 tarihinde, tüm kapalı alanların yasaya dâhil olmasıyla (lokanta, kahvehane, bar ve kafeler), Türkiye’de tüm kapalı alanların dumansız hale getirilmesi sağlanmıştır (23,24).

Sigara paketleri üzerinde resimli sağlık uyarıları 01 Mayıs 2010 tarihinden beri kullanılmaktadır. ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı 27 Ekim 2010 tarihinden itibaren 7 gün 24 saat hizmet vermeye başlamıştır. “Tütün Mamulleri ve Alkollü İçeceklerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” 07 Ocak 2011 tarihinde yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. On iki Temmuz 2012 tarihinde çıkarılan 6354 sayılı Kanunla marka paylaşımı yasaklanmış, tütün paketleri ve nargile şişeleri üzerine tütün ürünlerinin zararlarını belirten resimli Türkçe uyarı veya mesajların konulması sağlanmıştır. 27 Ocak 2015’de Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2015-2018 resmî gazetede yayımlanmıştır (25).

### 2.2.2.Alkol Kullanımı

Tarihte alkolün ilk kullanımı muhtemelen fermente edilmiş bal veya meyvelerin tüketilmesi yoluyla olmuştur. Bilinçli bir şekilde üzüm fermantasyonu ve buradan alkol elde edilmesine yönelik ilk veriler M.Ö. 6000’lerde bugünkü Ermenistan bölgesinde gerçekleşmiştir. Eski Mezopotamya’ya ait reçete tabletlerinde şarabın ilaç olarak kullanıldığına işaret eden veriler bulunmaktadır. M.Ö. 4000 yıllarında Mısır’da arpadan bira yapılması biliniyordu. M.Ö. 2200’lere ait belgelerde Hammurrabi Kanunları’nda şarabın yapılışı ve kullanımı ile ilgili kurallar bulunmaktaydı. Eski Roma ve Yunan döneminde de üzüm ve şarap kutsal sayılmış, Roma’da Baküs, Atina’da Dionisos içki ve şarap tanrısı olarak kabul edilmiştir. Musevilikte sarhoş olmamak koşulu ile içki içilmesine izin verilmiştir. Ayrıca Musevilğin ilk yıllarında bazı ritüellik törenlerde uyarıcı maddelere de yer verilmiştir (26).

Alkol doymuş karbon atomlarına bağlı hidroksil gruplarından oluşan organik bir bileşiktir. Etil alkol, etanol olarak da anılır ve alkolün doğada en sık şeklidir. Alkollü içeceklerde bulunan etil alkoldür. Etanolün kimyasal formülü  $CH_3-CH_2OH$ ’dir. Meyve ve tahıllardaki karbonhidratların fermantasyonu sonucu ortaya çıkar. Kalori değeri yüksektir (27).

Bir standart içki 17.05 ml ya da 13.45 gr saf alkol eşdeğeri olarak kabul edilmektedir. Bu da içki olarak yaklaşık bir küçük bira, bir tek sert içki, bir kadeh şarap eşdeğeridir. Erkek için 60-70 gr, kadın için 40-60 gr etil alkol alınması riskli alkol tüketimi olarak tanımlanmıştır. Farklı ülkelerde farklı ölçü birimlerinin kullanılması nedeniyle standart içki kavramları ve önerilen tüketim ölçütleri karışıklık yaratmaktadır. Dünya sağlık örgütünün ağır epizodik içicilik tanımı son bir ayda 60 gr ya da fazlası saf alkol eşdeğeri alkollü içeceğin bir oturumda içilmesidir (birçok ülke için 6’dan fazla standart içki) (27).

Dünya Sağlık Örgütü alkol bağımlısını “tekrarlayan alkol kullanımı sonucunda gelişen ve güçlü bir şekilde alkol tüketme arzusunu içeren davranışsal, bilişsel ve psikolojik bir grup fenomeni olan hastadır” diye tanımlar (27).

Amerikan Psikiyatri Birliği alkol ile ilişkili bozuklukları aşağıdaki şekilde sınıflandırmaktadır.

1. Alkol kötüye kullanımı: 12 ayda aşağıdakilerden bir veya daha fazlasının önemli ölçüde var olması bu tanıyı koydurur:

- a. Alkol kullanımı nedeniyle iş, okul ve ev içindeki görevlerin aksaması,
- b. Alkol etkisi altında araba veya makine kullanma,
- c. Alkol kullanımı ile ilişkili yasal problemler yaşama,
- d. Tekrarlayan ve artan sosyal, kişiler arası sorunlara rağmen alkol kullanmaya devam etme.

2. Alkol bağımlılığı: 12 ayda aşağıdaki belirtilerden 3 veya daha fazlasının var olması bu tanıyı koydurur:

- a. İçilen alkol miktarının öncesine göre belirgin ölçüde artış göstermesi veya içilen miktarla istenilen ölçüde etki sağlayamama: Bu durum alkol toleransının artması anlamına gelmektedir.
- b. Alkol alınmadığı ilk zamanlarda yoksunluk belirtileri yaşama: Genellikle alkol alınmayan ilk günlerde; terleme, titreme, sıkıntı, bulantı, uykusuzluk, çarpıntı, tansiyon yükselmesi gibi bazı fiziksel belirtiler yaşanır. Bu belirtiler ilk zamanlarda 2-3 gün içinde ortadan kaybolur veya azalarak 1-2 hafta devam edebilir. Zaman ilerledikçe, yani bağımlılık şiddeti arttıkça bu belirtiler yaşamı tehdit eden, lme giden hastalıklarla sonuçlanabilir.
- c. Alkolün niyetlenildiğinden fazla miktar ve srelerde kullanılması.
- d. Alkol içmeyi kontrol etme veya kesmede başarısızlık.
- e. Alkol elde etmek için aşırı zaman harcama.
- f. Alkol kullanımı nedeniyle sosyal ilişkilerde, iş yaşantısında, üretici faaliyetlerde azalma veya bu alanlardan tamamen kopma.
- g. Alkol kullanımı nedeniyle artan veya tekrarlayan fiziksel ve psikolojik sorunların varlığının bilinmesine karşın alkol kullanmaya devam etme (26).

DSÖ'nün 2017 yılında yayınladığı dünya sağlık istatistiklerine göre, 15 yaş üzeri nüfusta dünyada ortalama alkol kullanımı yılda 6.4 litredir. Alkol kullanımı DSÖ bölgelerinden en çok Avrupa'da yaygındır. Avrupa'da kişi başı 10.3 litre alkol tüketilmektedir. Dünya Sağlık İstatistikleri Raporu 2015'e göre Türkiye'de kişi başı tüketim 1.9 litredir. Alkol kullanımının özellikle gelişmiş ülkelerde ciddi sağlık sorunlarının temelinde rol oynadığı bilinmektedir (6,81).

2014 Bulaşıcı olmayan hastalıklar küresel durum raporunda alkol kullanımı ile Kalp damar hastalıkları, kanserler ve karaciğer hastalıkları ile ilişkili morbidite ve mortalite arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. 2012 tahminlerine göre alkolün zararlı kullanımına bağlı 3.3 milyon ölüm gerçekleşmiş olup dünyadaki toplam ölümlerin %5.9'udur. Alkolün zararlı kullanımının küresel hastalık yükü olarak DALY'nin %5.1'ine sebep olduğu bilinmektedir. Kalp damar hastalıkları, kanserler ve gastrointestinal hastalıklar bu hastalık yükünün %37.7'sinden sorumlu tutulmaktadır (10).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması sonuçlarına göre hiç alkol kullanmayan yetişkinlerin oranı %87 iken, alkol kullananların oranı %13'tür. TKrHRF sonuçlarına göre erkeklerin %23'ü, kadınların %4'ü alkol kullanmaktadır. Alkol kullanma sıklığı kadın ve erkeklerde en yüksek 35-44 yaş grubundadır. Bir günde 5 ve üzeri standart alkol tüketimi %7'dir (erkeklerde %8, kadınlarda %1). Kırdaki alkol kullanımı %11, kentte %14'dür. En yüksek alkol kullanımı %20 ile Batı Marmara bölgesinde, en düşük kullanım Güneydoğu Anadolu bölgesindedir (15).

Alkol kullanımı ile iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalık ilişkisi komplekstir. Bu ilişki alkol kullanım miktarı ve tipine bağlıdır. Yüksek düzeyde alkol kullanımı (günlük 60 gram veya daha fazla saf alkol) ile kalp damar hastalıkları arasında risk vardır. Diğer taraftan düşük düzey ve belirli miktarlarda alındığında alkol kullanımı iskemik kalp hastalığı, iskemik stroke ve ilişkili ölümleri azaltabilir. Ancak düşük alkol alımının kalp damar hastalıkları üzerine yararlı etkileri üzerine tartışmalar devam etmektedir (10).

Spesifik alkol tiplerinin kullanımı ile koroner kalp hastalığı arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak için yapılan çalışmaların özetlendiği bir çalışmada orta düzeyde alkol kullanımı ile koroner kalp hastalığında azalma ilişkili bulunmuş ama spesifik bir tip alkol kullanımının böyle bir etkisinin olup olmadığı belirlenememiştir. Ekolojik çalışmaların çoğunda mortalite riskini azaltmak için bira ve içkinin yerine şarabı önerirken, 3 vaka kontrol çalışma spesifik bir tipin daha fazla kardiyoprotektif olduğunu belirtmiyor. Kanıtlar, tüm alkollü içeceklerin düşük risk ile bağlantılı olduğunu ve bu nedenle de fayda oranının çoğunun her içki tipinin diğer bileşenleri yerine alkolden kaynaklandığını önermektedir (29).

Fransa'da iskemik kalp hastalıkları nedeniyle meydana gelen ölümler İngiltere'deki ölümlerin ¼'ü kadardır. Fransa'da majör risk faktörleri ile İngiltere'deki majör risk faktörlerinin arasında belirgin fark olmamasına rağmen Fransa'da iskemik kalp hastalıklarının daha az görülmesinin sebebi henüz tatmin edici olarak açıklanamamış bu nedenle bu duruma "Fransız paradoksu" olarak adlandırılmıştır. Fransız paradoksunun nedeninin kırmızı şarap tüketiminin yaygınlığından kaynaklanabileceği öne sürülmüştür (30).

Her bir içkinin ne oranda alkol (etanol) içerdiğini tanımlamak oldukça zordur. Genellikle bir kadeh bira (350 ml) ortalama 13.2 gr, bir kadeh şarap (150 ml) 10.8gr, bir kadeh 80 derecelik içki (50ml) 15.1 gr etanol içermektedir. Ancak tüketilen alkol miktarının daha kolay anlaşılması için "gram" değeri yerine genellikle "kadeh" tanımı kullanılmaktadır. Çoğu kez herhangi bir içkinin bir kadehinden bahsederken 10-15 gr etanol içerdiği kabul edilmektedir. Prospektif çalışmalara göre erkekler için günde iki kadeh (20-30gr), kadınlar için günde bir kadeh (10-15gr) alkol tüketiminin kalp ve damar hastalıkları riskini %30-40 oranında azalttığı gösterilmiştir. Orta derecede alkol tüketiminin koroner arter hastalığında olumlu etkisi yüksek oranda HDL-K ve insülin duyarlılığını artırmasına, fibrinojeni azaltmasına bağlanmıştır (31). Kırmızı şarap, kırmızı şarabın alkol içermeyen bileşenleri ve plasebonun kalp damar hastalıkları ve risk faktörleri üzerine etkilerini araştırmak için yapılan bir çalışmada şarap tüketiminin HDL kolesterol değerinin %11-16 arasında arttırarak,

fibrinojen düzeyini ise %8-15 arasında azaltarak kardiyovasküler süreçleri azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (32).

Yapılan çalışmalarla birçok karıştırıcı faktörden bağımsız olarak, düzenli alkol kullanımı ile yüksek kan basıncı arasında doğrudan pozitif bir ilişki olduğu doğrulanmıştır (33). Alkol tüketiminin olumsuz etkileri fetal alkol sendromu, kardiyomiyopati, hipertansiyon, hemorajik inme, kardiyak artimi ve ani ölümdür. Bu yan etkiler kronik olarak günde 3 kadehten fazla alkol tüketimiyle ilişkilidir. Akut alkol alımının kalp damar sistemine primer olarak negatif inotropik etkisi ve proaritmik etkisi vardır. Alkol tüketimi genç yetişkinlerde ve adölesanlarda koruyucu bir önlem olarak düşünülmemelidir. Çünkü otomobil kazaları, travma ve intiharlar bu yaş grubunda en fazla ölüm sebebidir ve alkol kullanım bunların insidansını arttırabilir (34).

Kalp yetmezliği, etanolla uzun bir süre beslenen bir hayvan modelinde üretilmediğinden, alkollü hastalarda gözlenen kardiyomiyopatinin sadece etanol alımı ile ilişkilendirilip ilişkilendirilemeyeceği sorusu gündeme gelmiştir. İnsanlarda klinik hastalığın gelişimi için uzun yıllar bir sindirim dönemi gerekiyor gibi görünüyor (35).

DSÖ 2008 yılından beri, alkol kullanımını azaltmak için küresel bir strateji hazırlama aşamasına girmiştir. 21 Mayıs 2010 Cuma günü, Dünya Sağlık Asamblesi'nin altmış üçüncü oturumunda “Alkolün Zararlı Etkilerinin Azaltılmasına İlişkin Küresel Strateji” konulu karar kabul edilmiştir.

Küresel strateji, politika seçeneklerinin on önemli alanına ve ulusal düzeyde müdahalelere ve küresel eylem için dört öncelik alanına odaklanmaktadır.

Ulusal eylem için on alan şunlardır:

- Liderlik, farkındalık ve taahhüt;
- Sağlık hizmetlerinin cevabı;
- Topluluk eylemi;
- İçkili araç kullanma politikaları ve önlemler;
- Alkol bulunabilirliği;
- Alkollü içeceklerin pazarlanması;

- Fiyatlandırma politikaları;
  - İçme ve alkol zehirlenmesinin olumsuz sonuçlarını azaltmak;
  - Yasadışı alkol ve gayri resmi olarak üretilen alkolün kamu sağlığına etkisini azaltmak;
  - İzleme ve gözetim.
- Küresel eylem için dört öncelikli alan:
- Halk sağlığı savunuculuğu ve ortaklık;
  - Teknik destek ve kapasite geliştirme;
  - Bilginin üretilmesi ve yaygınlaştırılması;
  - Kaynak seferberliği.(36)

Ülkemizde bu kapsamda 2013 yılında 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile alkol tüketimi ile ilgili yeni düzenlemeler getirilmiştir (37).

### **2.2.3.Beslenme**

Sağlıksız beslenme ve fiziksel inaktivite kronik hastalıklar için majör risk faktörleridir.

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlıklı bir diyet şunları içermelidir;

- Dengeli enerji sağlanmalı ve sağlıklı ağırlık korunmalı
- Yağlardan enerji alımı sınırlandırılmalı ve doymuş yağlardan doymamış yağların tüketimi tercih edilmeli, trans yağ tüketilmemeli
- Sebze ve meyve tüketimi arttırılmalı
- Serbest şeker alımı sınırlandırılmalı
- Tuz alımı kısıtlanmalı, iyotlu tuz kullanılmalı (39)

Sağlıklı beslenme ve yeterli fiziksel aktivitenin bulaşıcı olmayan hastalıkları ve bunların risklerini önlemede kilit unsurlar olduğunu destekleyen güçlü bilimsel kanıtlar vardır (40).

Beslenme, insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerini yeterli miktarlarda alıp vücudunda kullanmasıdır. Bu öğelerin herhangi biri alınmadığında veya gereğinden az ya da çok

alındığında, büyüme ve gelişmenin engellendiği ve sağlığın bozulduğu bilimsel olarak ortaya konmuştur. Ancak beslenmenin fizyolojik olduğu kadar sosyolojik ve psikolojik bir olay olduğu da unutulmamalıdır (42).

Vücudun büyümesi, dokularının yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan bu besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu “yeterli ve dengeli beslenme” deyimini ile açıklanır. Besin öğeleri vücudun gereksinmesi düzeyinde alınamazsa, yeterli enerji oluşmadığı ve vücut dokuları yapılamadığından “yetersiz beslenme” durumu oluşur. İnsan gereğinden çok besin alırsa, bu öğeler vücutta yağ olarak biriktiğinden sağlık için zararlıdır. Bu durum “dengesiz beslenmedir”. İnsan yeterince yemesine karşın, uygun seçim yapamadığı ya da yanlış pişirme yöntemi uyguladığı için bu besin öğelerinin bazılarını alamayabilir. Bu durumda, o besin öğesinin vücut çalışmasındaki işlevi yerine getirilemediğinden yine sağlık bozukluğu oluşur. Bu durum da “dengesiz beslenmedir” (42).

Besinler proteinler, karbonhidratlar, yağlar, vitaminler gibi organik yapıda veya mineraller gibi inorganik yapıda olabilirler. İnsanın gereksinmesi olan ve besinlerin bileşiminde yer alan 40’ı aşkın besin öğesi kimyasal yapılarına ve vücut çalışmasındaki etkinliklerine göre 6 grupta toplanır. Bunlar; proteinler, yağlar, karbonhidratlar, mineraller, vitaminler ve sudur (42).

**Proteinler:** Vücudun yaklaşık %16’sı proteinlerden meydana gelir. Proteinler vücudun ana yapısını oluşturur. Vücutta aminoasitlerden sentezlenirken genetik koda göre şekillenirler. Böylece vücudun büyümesi ve gelişmesi için elzem besin gruplarıdır. Ayrıca immün sistem, enzimler ve hormonların bazıları protein yapıdadır. Protein aynı zamanda vücutta enerji kaynağı olarak da kullanılır. Günlük enerjinin yaklaşık %12- 15’i proteinden gelmeli ve daha çok kaliteli protein kaynaklarından yararlanılmalıdır (42,43).

**Yağlar:** Vücudun yaklaşık %18’i yağlardan oluşur. Vücuttaki yağın miktarı ve dağılımı cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Kadınlarda yağ miktarı erkeklerden daha fazladır. Erkeklerde abdominal bölgede yağ birikimi kadınlardan daha çok görülmekteyken, kadınlarda gluteal bölgede yağ birikimi fazladır. Aynı miktar yağ ve karbonhidratın yakılması sonucu yağlardan daha fazla enerji elde

edilmektedir. Ancak yağların yakılması sırasında karbonhidratlardan daha fazla su ihtiyacı olduğu için zaruri durumlar dışında enerji verici olarak tercih edilmezler. Günlük enerjinin yaklaşık %25- 30'u yağlardan sağlanmalıdır. Yağ miktarının yanı sıra kullanılacak yağ türü de önemlidir. Enerjinin doymuş yağ asidinden gelen oranı %10'un altında olmalı, çoklu doymamış yağ asidi %7-8, tekli doymamış yağ asidi %10-15 olacak şekilde belirlenmelidir. Vitaminlerin bir bölümü vücuda yağla alınır. Yağ mideyi yavaş terk ettiğinden doygunluk verir. Derialtı yağı vücut ısısının hızlı kaybını önler. Yağın yapıtaşlarının bazıları, vücudun düzenli çalışması için gerekli bazı hormonların yapımı için gereklidir (42,43).

**Karbonhidratlar:** Vücutta karbonhidratlar %1 gibi çok az bir oranda bulunurlar. Karbonhidratlar karaciğerde ve kaslarda glikojen şeklinde depo edilebilmekle beraber daha çok glukoz şeklinde tüm vücudun enerjisini sağlamak üzere kan yoluyla taşınırlar. Günlük enerjinin yaklaşık %55-60'ı karbonhidratlardan sağlanmalıdır (42,43).

**Mineraller:** Vücudun yaklaşık %6'sı mineraldir. Kalsiyum, fosfor, sodyum, potasyum, klor gibi belirli minerallerin yanında iz element dediğimiz çok düşük oranlarda bulunan minerallerde vardır. (42,43).

**Vitaminler:** Miktarları düşük olmasına rağmen vücutta aldıkları görev bakımından önemli olan besin grubudur. Meyve ve sebzelerde bol miktarlarda bulunur. A, D, E; K vitaminleri yağda çözünür ve vücutta depolanabilir. B grubu vitaminler ve C vitamini suda çözüldüğü için depolanmazlar ve düzenli olarak alınmaları gereklidir (42,43).

**Su:** Sindirim, dolaşım, boşaltım sistemlerinde ve termoregülasyonda gerekli olan bir besin grubudur. Hayatsal faaliyetlerin sürdürülmesi için su alımı zorunludur. Vücutta en fazla paya sahip besin grubudur. Yetişkinlerde vücutta yaklaşık %59 su vardır. (42,43).

Besin piramidi günlük almamız gereken besin gruplarını ifade eden bir terimdir. Ülkemizde besin piramidi dört yapraklı yonca olarak özelleştirilmiş besinler dört grup altında toplanmıştır (42).

Grup 1: Süt ve süttten yapılan yiyecekler: Süt, yoğurt, peynir, çökelek ve süt ile yapılan tatlılar bu gruba girer. Bu gruptaki yiyeceklerin herhangi birinden veya birkaçından günde 2 porsiyon yenilmelidir. Kalsiyumca zengindirler.

Grup 2: Et, tavuk, balık, yumurta, kuru baklagiller ve bu besinlerden yapılan ürünler: Bu gruptaki besinler protein, B vitaminleri ve demirden zengindir. Enerji de verirler. Herhangi birinden ya da birkaçından her gün iki porsiyon yenilmelidir.

Grup 3: Taze sebze ve meyveler: Günde 5 porsiyon sebze ve meyve tüketimi önerilir. Alınan sebze ve meyvenin bir porsiyonu yeşil yapraklı sebzelerden veya portakal, limon gibi turunçgillerden veya domates olmalıdır. Vitaminlerden zengin besinlerden oluşan gruptur.

Grup 4: Tahıllar ve tahıllardan yapılan ürünler: Ana enerji kaynağı olarak kullanılan gruptur (42).

Dünya Sağlık Örgütü, yetişkinlerde kalp damar hastalıklarının azalması için, sodyum alımı günde 2 gramdan az olmalı ya da en fazla 5 gram tuz alınmalı ve en az 3.5 gram potasyum alımını önermektedir. Kişi başına günlük tuz tüketimi küresel ortalama 9-12 gramdır. Eğer önerilen tuz tüketimi seviyesine ulaşılabilirse her yıl küresel olarak 2.5 milyon ölümün önlenileceği tahmin ediliyor (44,45).

TKrHRF sonuçlarına göre erkeklerde %11.5, kadınlarda %15.8 oranında kepekli, çavdarlı veya yulafly ekmek tüketildiği bulunmuştur. Yemeklerde en sık %62.1 oranında sıvı yağlar tüketilmektedir. Kişilerin yaklaşık beşte biri yemeğe tadına bakmadan tuz atmaktadır. Çalışmaya göre kişilerin yüzde 4'ü meyve veya sebze yemediklerini belirtirken, yüzde 13,0'ü beş ya da daha fazla porsiyon tükettiklerini belirtmişlerdir. Günlük toplam tüketilen meyve veya sebze porsiyon sayısı ortalaması 2,8'dir. Ulusal Hane Halkı Araştırması 2003 sonuçlarına göre ülkemizde yetişkinlerde günlük ortalama 1.64 porsiyon meyve ve 1.57 porsiyon sebze tüketildiği ve bu değerin bölgelere ve kırsal/kentsel yerleşim yerlerine göre farklı olduğu bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü günde 400 gram, Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi ise günde en az 5 porsiyon meyve ve sebze tüketilmesini tavsiye etmektedir (15,46).

UHY-MEP verilerine göre yetersiz sebze ve meyve tüketimi nedeniyle 38.734 ölüm meydana gelip tüm ölümlerin % 9.0'ını oluşturmaktadır, hastalık yükü açısından ise 416.876 DALY olup toplam hastalık yükünün % 3.9'dur. Koroner kalp hastalıklarının ve serebrovasküler hastalıklarının toplam hastalık yükü içindeki yüzdeleri sırası ile % 2.7 ve % 0.8'dir (16).

Klasik diyet-kalp hipotezine göre doymuş yağların ve kolesterolün yüksek oranda alımı ve çoklu doymamış yağların düşük alımı serum kolesterolünü artırması sonucu aterom plaklarının oluşumuna neden olur. Bu plakların birleşmesi sonucu koroner arterler daralır, kalp kasına kan akışı azalır ve kalp krizine neden olur (47).

Batılı ülkelerde yapılan prospektif kohort çalışmalarında bitki kaynaklı besinlerin kalp damar hastalıklarına karşı koruyucu olduğu önerilmektedir. Meyve ve sebze tüketimi kalp damar hastalıkları ve inme riskini azaltmasıyla ilişkilidir (48).

İnsanlar genetik olarak günde 0.25 gramdan daha az tuz almaya programlanmıştır. Yüksek tuz tüketiminin artmasının önemi; kan basıncını yükseltmesi dolayısı ile de kardiyovasküler hastalıklar ve renal hastalıkların riskini arttırmaktadır. Bundan başka yüksek tuz alımının; inme, sol ventriküler hipertrofi, renal hastalıklarda ilerleme ve proteinüri oluşumunda direk etkileri vardır. DSÖ'nün 2010 yılında yayınladığı raporda aşırı tuz tüketiminin sağlığa etkileri birkaç maddede aşağıdaki gibi özetlenmiştir.

- Tuzla hipertansiyon arasında doza bağlı dolaysız bir ilişki mevcuttur ve diyetteki tuzun azaltılması sağlık için faydalıdır.
- Tuz alımının azaltılması uzun dönem kardiyovasküler hastalık ve inme riskini azaltır. Diyetle alınan tuzun 10 gramdan 5 grama düşürülmesi ile inme riskinin %23 ve kardiyovasküler hastalıkların riskini %17 azaltabilir.
- Kan basıncı yükseldiğinde inme riski, sistolik kan basıncının normal olarak belirtildiği 120-140mmHg değerinde olduğundan üç kat daha fazla riske sahiptir.
- Orta ve ileri yaş yetişkinlerde inme ve iskemik kalp hastalıklarından ölüm arasında bir ilişki mevcuttur. Kan basıncının 20 mmHg artması inme ve iskemik kalp hastalıklarından ölümleri iki kat artırır.
- Sistolik kan basıncının 10 mmHg düşürülmesi ile koroner kalp hastalıklarında %22 ve inmelerde %41'lik bir düşüş olur. Bu her yıl 2.5 milyon önlenebilir ölüm

anlamına gelmektedir. Toplumda tuz tüketiminin azaltılması maliyet etkin sonuçlara sahip halk sağlığı uygulamalarının başında gelir.

• Tuz tüketiminin günde 6 grama düşürülmesi her yıl yaklaşık 2.5 milyon önlenebilir ölüm anlamına gelmekte, gıda endüstrisinin gönüllü olarak yaptığı işlenmiş gıdalardaki tuzun azaltılması çalışması sağlık harcamalarında milyonlarca doların korunması anlamına gelmektedir (49).

DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Eylem Planı 2013-2020 çerçevesinde belirlediği ana hedeflerden biri de risk faktörlerinin azaltılmasıdır. Bu plan kapsamında sağlıklı beslenme için;

- Sebze meyve tüketimini arttırmak,
- Bebek ve küçük çocukların beslenmesinde küresel stratejileri uygulamak
- Tuz alımını azaltmak
- Trans yağları kullanmamak, doymamış yağları tercih etmek
- Beslenmeye yönelik toplumsal farkındalığı artırmak
- Okullar ve tüm kurumlarda sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek
- Okullarda beslenme eğitimi programlarını yürütmek
- Beslenme konusunda ulusal rehberler hazırlama ve benimseme başlıca stratejilerdir (51).

Türkiye’de bu bağlamda Halk Sağlığı Kurumu tarafından Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2013-2017 hayata geçirilmiştir (52).

#### **2.2.4.Fizik Aktivite**

Fiziksel aktivite: Hayatımızda iskelet kaslarını kullanarak ve enerji harcayarak yaptığımız bütün faaliyetlerdir.

Egzersiz: Fiziki olarak uyumu korumak ya da geliştirmek için düzenli, planlı ve tekrarlanarak yapılan fizik aktivitedir.

Spor: Kurallar çerçevesinde, bir ya da birden fazla kişinin katılımıyla gerçekleştirilen, çoğunlukla yarışma amacı taşıyan, amatör veya profesyonel sporcularla yapılan aktivitedir (53).

Fiziksel Aktivite Şiddeti: Fiziksel aktiviteler yoğunluklarına göre üç ayrı şekilde gruplandırılır:

Düşük: Dakikada alınan nefesin ve kalp atımının sayısının dinlenirken ki değerinin biraz üstünde olan ve yapmak için çok az enerji harcanılan gün içerisindeki aktivitedir. Yavaş yürüme, ev işleri yapma gibi aktiviteler örnek verilebilir.

Orta: Dakikada alınan nefesin ve kalp atımının sayısının dinlenirken ki değerinin üstünde olan ve orta derecede çabayla yapılan aktivitelerdir. Hızlı yürüme, düşük tempoda koşma, dans etme, ip atlama, yüzme, yavaş tempolu bisiklet sürme gibi.

Yüksek: Dakikada alınan nefesin ve kalp atımının sayısının dinlenirken ki değerinin çok fazla üstünde olan ve yüksek derecede çabayla yapılan aktivitelerdir. Tempoda koşma, basketbol, futbol oynama, tempolu dans etme gibi (53).

DSÖ bulaşıcı olmayan hastalık riskini azaltmak için şunları önerir.

- 18-64 yaş yetişkinlerde haftada en az 150 dakika orta şiddette fizik aktivite veya 75 dakika ağır şiddette fizik aktivite yapılmalıdır.
- Aerobik aktivite en az 10 dakikalık nöbetler şeklinde olmalıdır.
- Majör kas gruplarını içeren kas güçlendirici aktiviteler haftada 2 veya daha fazla gün yapılmalıdır.
- Ek sağlık yararları için, yetişkinler ılımlı yoğunluktaki aerobik fiziksel aktivitelerini haftada 300 dakikaya kadar arttırmalıdır veya haftada 150 dakika şiddetli aerobik fiziksel aktiviteyle meşgul olmalıdır veya eşdeğer bir ılımlı ve şiddetli yoğunluk aktivitesi olan bir kombinasyonu içermelidir (54).

Yetersiz fizik aktivite dünyada ölümlerin önde gelen risk faktörlerinden biridir. Yetersiz fizik aktivite kalp damar hastalıkları, kanserler ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların anahtar risk faktörlerindedir. Küresel olarak 4 yetişkinden biri (%23) hala hayatında yeterli fizik aktiviteye yer vermemektedir. Yüksek gelirli ülkelerde yetersiz fiziksel aktivite sıklığı erkeklerde %26, kadınlarda %35 olup düşük gelirli ülkelere göre yüksektir (erkeklerde %12, kadınlarda %24) (55).

TKrHRF sonuçlarına göre fizik aktivite yönünden erkeklerin yüzde 55'i düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahip iken; bu oran kadınlarda yüzde 69'dur. Erkek ve kadınlarda yetersiz fizik aktivite yapan kişilerin oranı yaş arttıkça artmaktadır. Erkekler kadınlardan bilgisayar başında daha fazla zaman geçirirken, kadınlar erkeklerden daha fazla televizyon izlemektedir. Gelir getiri bir işte çalışanlar arasında çok az bir kısım (erkeklerde yüzde 6, kadınlarda yüzde 9) işyerlerine en az 30 dk yürüyerek gitmektedir. Çalışma ortamında erkekler kadınlara göre daha fazla fiziksel aktivite yapmaktadır (15).

UHY-MEP sonuçları fiziksel aktivitenin yeterli olması halinde kardiyovasküler hastalıklara bağlı 31519 ölümün, serebrovasküler hastalıklara bağlı 10269 ölümün önlenebileceği bulunmuştur. Önlenebilen hastalık yükü açısından ise fizik aktivitenin olması durumunda koroner kalp hastalığına bağlı 300850 DALY önlenilebilmekteyken; inme ve diyabet de eklendiğinde toplamda ise 464627 DALY önlenilebilmektedir. Bu sayı tüm hastalık yükünün %4.3'üne denk gelmektedir. Kadınlarda fiziksel aktivite yetersizliği nedeniyle hastalık yükü en fazla 60-69 yaş grubunda, erkeklerde ise 45-59 yaş grubunda görülmektedir (16).

Kardiyovasküler hastalıklar dünya genelinde morbidite ve mortaliteye önemli katkıda bulunur ve sanayileşmiş ülkelerde önde gelen ölüm nedenidir. Epidemiyolojik kanıtlardan oluşan geniş bir kısım, fiziksel aktivitenin kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir değiştirilebilir risk faktörü olduğunu ve genel kardiyovasküler hastalıklar ve koroner kalp hastalığından morbidite ve mortaliteyi azalttığını göstermektedir (56).

Büyük epidemiyolojik çalışmalarda fiziksel aktivitenin kalp damar hastalıklarından koruyucu etkisi açık olarak gösterilmiştir. Kalp damar hastalıklarındaki azalma, fiziksel aktivitenin bu hastalıkların oluşmasında önemli risk faktörleri olarak kabul edilen hipertansiyon, diabetes mellitus, dislipidemi ve obeziteyi önleme ve tedavisindeki etkisine bağlanmaktadır (57).

Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Ofisi tarafından Fizik Aktivite Stratejisi 2015-2025 taslak dokümanı hazırlanmıştır. Bu dokümana göre fizik inaktivite ile mücadelede 5 öncelik alanı belirlenmiştir (58).

Türkiye’de ise fizik inaktivite ile mücadele kapsamında Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2014-2017’yi hayata geçirilmiştir. Fizik aktivite, sağlıklı beslenme ve obeziteye yönelik geniş tabanlı çok sektörlü bir yaklaşım benimsetilmeye çalışılmıştır (52).

### **2.2.5.Obezite**

DSÖ obeziteyi “sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlamaktadır. Obezite ve aşırı kilolu olmanın temel nedeni tüketilen kalori ile harcanan kalori arasında bir enerji dengesizliği oluşmasındandır. Küresel olarak yağdan yüksek enerji yoğun gıdaların alımının artması ve sedanter iş biçimleri, ulaşım şekillerinin değişmesi ve kentleşmenin artması nedeniyle fiziksel hareketsizlikteki artış nedeniyle obezite sıklığı artmaktadır. Günümüzde önlenebilir ölümlerin sigaradan sonra gelen ikinci önemli nedeni obezitedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1998 Deklarasyonu’nda modernizasyon ve ekonomik büyümenin, standartlarda artışa yol açarak obeziteyi küresel bir epidemiy haline getirdiğini, 2002 yılında ise 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak kalacağını bildirmiştir (59,62).

Obeziteyi belirlemek için DSÖ’nün Beden Kitle İndeksi (BKİ) üzerinden yaptığı sınıflandırma kullanılmaktadır. BKİ hesaplanması kişilerin kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine ( $BKİ=kg/m^2$ ) bölünmesi yoluyla bulunur. DSÖ’ye göre BKİ 30  $kg/m^2$  ve üzeri olması obez olarak kabul edilir. BKİ 18.5’in altı zayıf, 18.5-24.9 arası normal, 25.0-29.9 arası fazla kilolu, 30.0-39.9 obez, 40 ve üzeri ise morbid obez olarak sınıflandırılır (60).

BKİ’nin vücudun yağ dağılımı hakkında verdiği bilgi yetersizdir. Vücut yağ dağılımı hakkında yeterli bilgi vermesi için bel çevresi ve bel kalça oranı kullanılır. Erkeklerde bel çevresi 102 cm, kadınlarda 88 cm’yi geçerse kalp ve damar hastalıkları açısından yüksek riskli kabul edilir. BKO’nun erkeklerde 0,95’i kadınlarda 0,88’i geçmesi abdominal obezite lehinedir (61,62).

DSÖ'ye göre obezite sıklığı 1980 yılından beri ikiye katlanmıştır. 2014 yılında 1.9 milyardan fazla 18 yaş ve üzeri yetişkin aşırı kiloluydu. Bunların 600 milyonu obezdi.2014 yılında 18 yaş ve üzeri yetişkinlerin %39'u aşırı kilolu, %13'ü obezdi.2014 yılında 5 yaş altında 41 milyon çocuk aşırı kilolu veya obezdi (59).

Dünya genelinde 1980 ve 2013 yılları arasında aşırı kilolu ve obezite prevalansı yetişkinlerde %27.5 ve çocuklarda %47.1 oranında arttı. Obezite oranı gelişmiş ülkelerde erkeklerde fazlayken, gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda daha fazladır. (63).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yürütülen Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (NHANES) çalışmasına göre 2011-2014 yılları arasında yetişkinlerin 1/3'den fazlasının (%36.5) obez olduğu bulunmuştur. Genel olarak orta yaşlılarda (%40.2) ve yaşlılarda (%37.0) obezite prevalansı, gençlerden (%32.3) daha fazlaydı. Genel olarak kadınlarda obezite prevalansı (%38.3) erkeklerden (%34.3) daha fazladır (64).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre obezitenin kadın nüfusta giderek arttığı görülmektedir. Bu araştırmaların sonuçlarına göre 15-49 yaş grubu kadınlarda 1998, 2003, 2008 ve 2013 yıllarında sırasıyla obezite prevalansı sırasıyla %18.8, %22.7, %23.9 ve % 26.5 olarak bulunmuştur. (65-68).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 sonuçlarına göre obezite sıklığı; 19 yaş ve üzeri bireylerde %30.3 iken bu oran erkeklerde %20.5 ve kadınlarda %41'dir. Ülkemizde yetişkin bireylerin sadece erkeklerde %38.6'sı, kadınların ise %26.6'sı normal BKİ değerlerine sahiptir. BKİ sınıflamasına göre yetişkin bireylerde şişmanlık sorununun çok önemli boyutlarda olduğu görülmektedir. Erkek ve kadınlarda obezite görülme sıklığı 19-30 yaş grubunda en düşük oranda (erkeklerde %7.7, kadınlarda %13.8) bulunmuştur. Obezitenin en fazla görüldüğü yaş grubu ise erkeklerde 51-64 (%30.7) ve 65 ve üzeri (%25.8) yaş grupları, kadınlarda ise 51-64 (%64.4) ve 65 ve üzeri (%53.5) yaş gruplarıdır. Obezite kentlerde, kırsal yerleşimde yaşayanlara göre daha fazla oranda görülmektedir. Bel çevresi ölçümlerine göre erkeklerde %24.8'inin (>102 cm),

kadınlarda %53.9'unun (>88 cm) bel çevresi değerleri kronik hastalıklar açısından yüksek risk taşıdıklarını göstermektedir (69).

TKrHRF sonuçlarına göre erkeklerin %15'i, kadınların %29'u obezdir. Obezite her iki cinsiyette de en sık 55-64 yaş grubunda görülmektedir (erkek: %26, kadın: %57). Çalışmada bel çevresi geniş olma sıklığı kadınlarda erkeklerin yaklaşık iki katıdır (erkek: %21, kadın: %44). Bel-kalça oranı geniş olma durumu ise genel olarak erkeklerde kadınlara göre daha sıktır (erkek: %30, kadın: %25). BKİ, bel çevresi ve bel-kalça oranı değerleri açısından kentsel bölgede yaşayan erkekler kırsalda yaşayanlara göre daha riskli iken, yine bu değerler açısından kırsal bölgede yaşayan kadınlar kentsel bölgede yaşayanlardan daha riskli değerlere sahiptir (15).

UHY-MEP çalışmasına göre obezite nedeniyle atfedilen ölüm sayısı koroner kalp hastalığında 29.581, inmede 11.109 ve diyabette 7.674'dür. Eğer gerekli önlemler alınırsa toplamda 57.143 ölüm önlenilebilmekte olup bu sayı tüm ölümlerin %13.3'ünü oluşturur. Obezitenin önlenmesi ile önlenilebilecek DALY sayıları koroner kalp hastalığında 346.294, diyabette 152.240 ve iskemik inmede 146.930'dur. Önlenilebilecek DALY sayısı toplam DALY'nin %7.3'ünü oluşturur (16).

Obezite özellikle tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve hipertansiyon insidansında artışa ve daha pek çok sağlık sorununa yol açan epidemik bir hastalıktır. Obezitede meydana gelen değişiklikler basitçe adipoz doku kütleindeki artış ve artmış yağ dokusu hücrelerinden patojen ürünlerin (adipokinlerin) salınımındaki artış olarak iki grupta toplanabilir. Yağ dokusundan artmış sitokin salınımı, özellikle de interlokin-6, “düşük dereceli inflamatuvar süreç”i başlatabilir. Artmış protrombin aktivator inhibitör-1 salınımı, “tromboza ve prokoagulan durumlara yatkınlık” yaratır. Buna eşlik eden endotel işlev bozukluğu da “kardiyovasküler hastalık” ve “hipertansiyon” için zemin hazırlar (62).

Obezite ile ilişkili kardiyovasküler sağlık riskleri ve tıbbi komplikasyonlar şunlardır:

- Koroner arter hastalığı
- Miyokard infarktusu
- Konjestif kalp yetersizliği ve kor pulmonale
- Ani ölüm
- Serebrovasküler olaylar (inme vb.)
- Hipertansiyon
- Sol ventrikül hipertrofisi
- Varisler, derin ven trombozu ve pulmoner tromboemboli (62)

Obezitenin koroner kalp hastalığı (KKH) ve kardiyovasküler mortalite artışına neden olduğu birçok gözlemsel çalışmada gösterilmiştir. Nurses Health Study (NHS) kohortunda, 30-55 yaş arasında 44.702 hemşire 8 yıl boyunca izlenmiş, bu süreç boyunca kalp damar sistemi ile ilişkili 320 vaka meydana gelmiştir. NHS’de BKİ <21 kg/m<sup>2</sup> olanlara göre düzeltilmiş KKH riski BKİ 21-22.9 kg/m<sup>2</sup> olanlarda 1.2 kat, 23-24.9 kg/m<sup>2</sup> olanlarda 1.5 kat, 25-28.9 kg/ m<sup>2</sup> olanlarda 2.1 kat ve ≥29 kg/m<sup>2</sup> olanlarda 3.6 kat artmıştır. 2004 yılında 52 ülkeden 27.000 kişinin katılımıyla yapılan bir vaka kontrol çalışması olan INTERHEART çalışması ise obezitenin miyokard enfarktüsü üzerine etkisini incelemiştir. INTERHEART çalışması sonuçlarına göre ilk miyokard enfarktüsü geçirme riskinin %20’si obeziteyle ilişkili olduğu sonucuna varılabilir. KKH riski BKO 0.8’in üzerinde ise hızla artar. KKH riskindeki artışın yaklaşık olarak yarısı obezitenin kan basıncı ve lipitler üzerine olan olumsuz etkilerinden kaynaklandığı söylenebilir (62,70,71).

Abdominal obezite halkımızda dislipidemiye belirliyorsada özellikle kadınlarımızda batılıdan daha fazla etkilenen (sistolik) kan basıncı, koroner riskin başlıca belirleyicisi konumunda görünmektedir. Halkımız da her yıl gelişen yeni KKH olgularının neredeyse 25.000’i abdominal obeziteye bağlanabilir. Bel çevresinde ortalama 1 cm artışın, yetişkinlerimizdeki KKH sayısında 6000 ila 7000 artışa yol açtığı tahmin edilebilir. Popülasyona atfedilebilecek risk bakımından abdominal obezitenin, yetişkinlerimizdeki risk faktörleri arasında, hipertansiyon ve sigara içiminden sonra, HDL-kolesterol düşüklüğü ile birlikte 3’üncü sırada bulunduğu, LDL-kolesterol ve diyabete öncelik ettiği öne sürülebilir (72).

Türkiye’de 2003 yılında yapılan Onat’ın yürüttüğü çalışmaya göre çıkarılabilecek sonuçlardan biri, abdominal obezitenin iki iyi yansıtıcısının bel çevresi ve BKİ olduğu, BKO’nın daha az yararlı olduğudur. Erkeklerde bel çevresi seçilecek parametre iken, kadınlarda BKİ’nin buna yakın değerdeki bir gösterge olduğu ifade edilebilir (72).

Obezitenin giderek yaygınlaşarak halk sağlığı sorunu haline gelmesi, tüm dünyada obezite ile mücadele çalışmalarının başlamasına neden olmuştur. Obezite ile mücadelede başta DSÖ olmak üzere pek çok uluslararası kuruluş, beslenme alışkanlıklarını değiştirilmesinde ve hareketli yaşam biçimlerinin benimsenmesinde birçok program geliştirmektedir (40,52).

21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek programında obezitenin bulaşıcı olmayan hastalıkların etyolojisinde yer aldığı ve risk faktörü olduğu vurgulanmıştır. 2020 yılına kadar 40 yaş ve üzeri nüfusunun obezite prevalansını %10 azaltılmak amaçlanmıştır (73).

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarının Önleme ve Kontrol Programı ile de kalp ve damar hastalıkları için risk faktörü olarak obezitenin önlenmesinde ulusal bir program hazırlanması gerektiği belirtilmiştir (74).

Türkiye Cumhuriyeti 15-17 Kasım 2006 tarihlerinde gerçekleştirilen DSÖ Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Toplantısı’na ev sahipliği yapmış, Avrupa Obezite ile Mücadele Belgesi’ni imzalamıştır (75). Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 29 Eylül 2010 tarihli ve 27714 sayılı Resmî Gazete ’de Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanarak hayata geçirilmiştir (52).

### **2.2.6.Hipertansiyon**

Arteriyel kan basıncının normal sayılan sınırların üstüne çıkmasına hipertansiyon denir. Anormal sayılması gereken kan basıncı düzeyi konusunda tartışmalar sürmektedir. Hipertansiyonun, inme, koroner kalp hastalığı gibi majör komplikasyon risklerinde artışı beraberinde getiren kan basıncı yüksekliği olarak tanımlanması da mümkündür. Bugün sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının da 90 mmHg veya üzerinde bulunması ya da kişinin antihipertansif

ilaç kullanıyor olması hipertansiyon olarak tanımlanır (76). Hipertansiyon tanısı oturur pozisyonda en az iki ölçüm yapıp ortalaması değerlendirilerek konulur. Koroner arter hastalığı, diyabet, kronik böbrek yetmezliği varlığında hedef kan basıncı 130/80 mmHg'nın altında olmalıdır. Avrupa Kalp Cemiyeti ve Avrupa Hipertansiyon Cemiyeti (ESC/ESH) 2013 kılavuzuna göre sistolik kan basıncı sınıflandırması Tablo 2.1.'de gösterilmiştir (77).

**Tablo 2.1. ESC/ESH 2013 Sınıflamasına Göre Kan Basıncı Dağılımı**

Kategori	Sistolik		Diyastolik
Optimal	<120	Ve	<80
Normal	120-129	Ve/veya	80-84
Yüksek Normal	130-139	Ve/veya	85-89
Evre 1	140-159	Ve/veya	90-99
Evre 2	160-179	Ve/veya	100-109
Evre 3	≥180	Ve/veya	≥110
İzole Sistolik	≥140	ve	<90

2013 yılının son çeyreğinde Amerikan Kardiyoloji Koleji (ACC) ve Amerikan Kalp Cemiyetinin (AHA) en son kılavuzu olan Birleşik Ulusal Komite 8 (JNC 8) yayınlanmıştır.2013 ESC sınıflamasında 'Normal ve Yüksek normal' gruplarının karşılığı JNC 8' de 'Prehipertansiyon' grubu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kan basıncına göre JNC 8 sınıflandırması Tablo 2.2'de verilmiştir (78).

**Tablo 2.2 JNC 8 2013 Sınıflamasına Göre Kan Basıncı Dağılımı**

Kategori	Sistolik	Diyastolik
Normal	<120	Ve <80
Prehipertansiyon	120-139	Veya 80-89
Evre 1	140-159	Veya 90-99
Evre 2	≥160	Veya ≥100

2013 yılı aralık ayında Amerikan Hipertansiyon ve Uluslararası Hipertansiyon Dernekleri (ASH/ISH) ortaklaşa ve JNC 8'den ayrı bir başka hipertansiyon kılavuzu yayımlamıştır. Bu kılavuzdaki kan basıncı sınıflandırması JNC 8'deki sınıflandırmanın aynısı gibi yani prehipertansiyon, evre 1 ve evre 2 tanımına devam edildi (79).

Küresel olarak yüksek kan basıncı mortalite ve morbiditenin önde gelen sebeplerindendir. Tahminen ölümlerin %18'i ve 162 milyon yaşam yılı kaybı 2010 yılında yüksek kan basıncına atfedilmiştir. Yaklaşık olarak 25 yaş üzerindeki 10 erişkinden 4'ünde hipertansiyon vardır. Yüksek kan basıncının yaklaşık % 30'u fazla tuz tüketimiyle, % 20'si düşük potasyum alımıyla, % 20'si fiziksel inaktiviteyle, % 30'u obeziteyle ilişkilidir (80).

DSÖ Dünya Sağlık İstatistikleri 2015 raporuna göre 18 yaş ve üzeri nüfusta 2014 yılında hipertansiyon sıklığı dünyada erkeklerde %24.0 kadınlarda %20.5'tir. Yine aynı raporda 2014 yılında Türkiye'de 18 yaş üzeri yetişkinlerde kan basıncı yüksekliği erkeklerde % 23.0, kadınlarda % 22.9 olarak belirtilmiştir (81).

1990 yılında Türkiye'de yapılan TEKHARF çalışması sonucuna göre 30 yaş ve üzeri yetişkinlerde hipertansiyon sıklığı %33.7 olup, erkeklerin %28.4'ü, kadınların %38.0'ı hipertansif olarak bulunmuştur. 2000 yılında Onat'ın yürüttüğü çalışmada hipertansiyon ele alınmıştır. 10 yıllık bir izlem sonucunda sistolik kan basıncının ortalaması 5.4 mmHg ve diyastolik kan basıncının ortalaması ise 3.5 mmHg arttığı bulunmuştur (82,83).

TKrHRF sonuçlarına göre 18 yaş ve üzerinde hipertansiyon prevalansı %24'dür. Erkeklerde bu oran %21, kadınlarda %26'dır. Her iki cinsiyette de hipertansiyon yaşla birlikte artmaktadır. Hipertansiyon prevalansı 45-54 yaş grubundan itibaren, her yaş grubunda kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Hipertansiyon prevalansı kırsal bölgelerde %26, kentsel bölgelerde %22 bulunmuştur. Kırsal bölgede yaşayanlarda tedavisiz olanların oranı, kentsel bölgelerde yaşayanlardan daha yüksek bulunmuştur (kır % 44, kent % 41) (15).

UHY-MEP çalışması sonuçlarına göre yüksek kan basıncına atfedilen ölüm sayıları koroner kalp hastalıkları için 50717, serebrovasküler hastalıklar için 39731,

hipertansif kalp hastalıkları için ise 11503'tür. Toplamda önlenebilen ölüm sayısı 108468 olup, tüm ölümlerin %25.2'sidir. Hipertansiyon erkeklerde 443788 DALY, kadınlarda 485162 DALY hastalık yükü oluşturmakta olup, bu tüm hastalık yükünün erkeklerde % 7.8'ini, kadınlarda ise % 9.4'ünü oluşturur (16).

Kan basıncı ve kalp damar hastalıkları riski arasındaki ilişki sürekli, tutarlı ve diğer risk faktörlerinden bağımsızdır. Kan basıncı arttıkça kalp krizi, kalp yetmezliği, inme ve böbrek hastalıkları olasılığı da artar. 1 milyondan fazla bireyi kapsayan gözlemsel çalışmaların verileri hem iskemik kalp hastalıkları hem de inmeden ölenlerin 115 mmHg sistolik kan basıncı ve 75 mmHg diyastolik kan basıncından yukarıdaki seviyelerde aşamalı ve doğrusal olarak arttığını gösteriyor. Kan basıncında her 20 mmHg sistolik veya 10 mmHg diyastolik artış için hem iskemik kalp hastalıkları hem de inmeden dolayı iki kat fazla ölüm olmaktadır (84).

İskemik kalp hastalığı etyolojisinde birçok risk faktörü var olup, bunlardan en önemlisi kan basıncının sürekli olarak yüksek olmasıdır. Özellikle sistolik kan basıncı 140 mmHg'yi aştığı zaman risk belirgin olarak artmaktadır. INTERHEART araştırması sonuçları miyokard infarktüsünün nedenini % 50'si lipitlerden, %25'ini ise hipertansiyondan kaynaklandığını vurgulanmıştır (71).

### **2.3.Kalp ve Damar Hastalıklarının Önlenmesi ve Kontrolü**

DSÖ kalp damar hastalıklarında içinde bulunduğu bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik birçok programı hayata geçirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü 2013 yılında Bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemek ve kontrol altına almak için 2013-2020 küresel eylem planını onayladı. Bu eylem planı kronik hastalıklardan korunmayı sağlamak amacıyla dünya genelinde konulmuş 9 hedefi içermektedir. Bu hedeflerde referans noktası olarak 2010 yılındaki rakamlar alınmış. 2025 yılı için olması gereken rakamlar belirlenmiştir. Bu hedefler:

1. Süreğen hastalıklara bağlı erken ölümlerin %25 azaltılması
2. Alkol kullanımının en az %10 azaltılması
3. Yeterli düzeyde bedensel etkinlik yapma konusunda %10 ilerleme sağlanması

4. Tuz/sodyum tüketiminde %30 azalma sağlanması
5. On beş yaş üzeri bireylerin sigara içme sıklığının %30 azaltılması
6. Kan basıncı yüksekliği sıklığının %30 azaltılması
7. Şeker hastalığı ve şişmanlığın artmasının önlenmesi
8. Toplumda kalp krizi ve inme geçiren bireylerin ilaç tedavisi ve danışmanlık hizmetleri almasında en az %50 iyileşme sağlanması
9. Süreğen hastalıkların tedavisi için gerekli olan temel teknolojilerin ve ilaçların sağlanmasında %80'lik bir iyileşme sağlanması (51).

Kardiyovasküler hastalıkları önlemede asıl olarak iki yol vardır. Birinci yol, tüm toplumda risk faktörlerini değiştirme amacıyla yapılan sağlıklı geliştirme çalışmalarıken, ikinci yol yalnızca yüksek riskli kişileri hedefleyen koruyucu ve tedavi edici girişimlerdir. Yüksek riskli kişileri hedefleyen yaklaşımda tedavi edici yaşam biçimi değişiklikleri, risk faktörlerinin saptanarak düzeltilebilir olanların düzeltilmesi ve kardiyovasküler olayları önlemek için ilaç tedavisi olmak üzere 3 temel yaklaşım söz konusudur (9).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın yeri ve zamanı**

Çiftlik köyü, Düzce iline bağlı, merkeze 9 km uzaklıkta olan, Yığılca ilçesi yolu üzerinde olan bir köydür. Köyün ekonomisi yük taşımacılığı yapan kamyoncuların çokluğundan dolayı nakliyecilik ve tarıma (Fındık tarımına) dayalıdır. Köyde büyük baş ve küçükbaş hayvancılık kısmen yapılmaktadır. Köyün içme suyu şebekesi vardır ancak kanalizasyon şebekesi yoktur. PTT şubesi ve PTT acentesi yoktur. Sağlık ocağı ve sağlık evi yoktur. Köye ulaşımı sağlayan yol (Düzce-Yığılca Karayolu üzeri) asfalt olup köyde elektrik ve sabit telefon vardır. Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus kayıt sistemi 31.12.2015 verilerine göre 18 yaş ve üzeri nüfusu 583 olup 295 erkek, 288 kadın yaşamaktadır (85).

Araştırma verileri Kasım 2016-Mart 2017 tarihleri arası arasında toplanmıştır.

#### **3.2.Araştırma Tipi**

Araştırma tanımlayıcı tiptedir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem**

Araştırmanın evreni Çiftlik köyünde ikamet eden 583 yetiştikenden oluşmaktadır. Örneklem seçilmeden evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. 18 yaşından küçükler, hamileler, araştırmaya katılımı kabul etmeyenler ve iletişim kurulamayanlar araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma boyunca 390 kişiye ulaşılmış olup, 17 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmediği için araştırma 373 kişi ile tamamlanmıştır. Köyde ikamet edenlerin %66.9'una ulaşılmış; %64.0'ü ile çalışma tamamlanmıştır. Kayıtlara göre ikamet adresi Çiftlik köyü olmasına rağmen ulaşılabilen 193 kişinin yurt dışında, yurt içinde iş nedeniyle çalıştığı, şehir içinde başka adreslerde ikamet ettiği, bir kısmının ise şehir dışında okuyan öğrencilerden oluştuğu düşünülmektedir.

### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler:

- Sosyo-demografik özellikler: yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, çalışıp çalışmadığı, medeni durumu, meslek, sağlık güvencesi olup olmadığı, algılanan gelir durumu, aile tipi

Bağımlı değişkenler:

- Risk faktörleri: tütün kullanımı, alkol kullanımı, fizik aktivite, obezite, hipertansiyon

### 3.5. Araştırmanın Hipotezleri

- Tütün kullanımı sosyo-demografik özelliklerden etkilenebilir.
- Alkol kullanımı sosyo-demografik özelliklerden etkilenebilir.
- Fizik aktivite yapma durumu sosyo-demografik özelliklerden etkilenebilir.
- Obezite durumu sosyo-demografik özelliklerden etkilenebilir.
- Obezite durumu tütün, alkol kullanımı ve fizik aktiviteden etkilenebilir.
- Hipertansiyon sosyo-demografik özelliklerden etkilenebilir.
- Hipertansiyon tütün, alkol kullanımı ve fizik aktiviteden etkilenebilir.
- Hipertansiyon tuz kullanımı, obezite, bel çevresi genişliği, BKO genişliğinden etkilenebilir.

### 3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama formları DSÖ tarafından geliştirilen Q By Q STEPS Instrument V 3.0 formundan, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışmasından ve Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmadan yararlanılarak hazırlandı (3,15,86). Çalışmada hazırlanan veri toplama formu araştırmacı ve intern doktorlar tarafından yüz yüze anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

Anket formunda 4 bölüm vardır. Birinci bölüm katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan 17 sorudan, ikinci bölüm tütün kullanımı, alkol

kullanımı, beslenme durumu ve fizik aktiviteyi sorgulayan 37 sorudan oluşmuştur. Üçüncü bölüm hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, obezite ile ilgili soruları içermektedir. Dördüncü bölüm ise katılımcıların boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi, kalça çevresi, kan basıncı ve nabız gibi fiziksel ölçüm değerlerinden oluşmaktadır. Bu işlemler ortalama 20-30 dk sürmüştür.

### **3.7.Araştırma Etiği ve İzinler**

Araştırma başlamadan önce Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.05.2016 tarih ve 2016/50 karar numaralı etik kurul onayı alındı. Ayrıca Düzce Valiliği İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden 14.11.2016 tarihli 12651140/799 sayılı araştırma izni alındı.

### **3.8.Araştırmanın Kısıtlılıkları**

Araştırma için 2 intern grubuyla veriler toplanmıştır. Her iki grupta ortak sorulmayan bölümler bulgulara ve analize dahil edilmemiştir. Çoğunlukla mesai saatleri içinde yapıldığı için ve geçim kaynaklarının nakliyecilik olması nedeniyle kişilerin bir kısmına ulaşılamamıştır.

### **3.9. Verilerin Analizi**

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayara aktarılmış ve analizleri bilgisayar ortamında yapılmıştır. Sayımla belirtilen verilerin tanımlayıcı bulguları frekans dağılımı ve yüzdeler olarak, ölçümle belirtilen verilerin tanımlayıcı bulguları ise ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değerlerle gösterilmiştir. Bağımlı değişkenlerin tek değişkenli analizlerinde Pearson  $\chi^2$ -test, hücrelerde beklenen değerlerin Ki-kare testi varsayımını sağlamadığı durumda Fisher test kullanılarak karşılaştırıldı. Çok değişkenli analizde, önceki analizlerde belirlenen olası faktörler kullanılarak bağımlı değişkenleri etkileyen etmenler ve karıştırıcı etkilerin kontrol edilmesi için lojistik regresyon yapıldı ve her bir etmenin riskini hesaplamak için Odds Ratio (OR) hesaplandı. Yapılan analizlerde  $p$ -değeri 0.05'ten küçük olduğu durumlar istatistiksel anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi. Lojistik Regresyonda model uyumunu değerlendirmek için Hosmer-Lemeshow testi

kullanıldı ve  $p$ -değeri 0.05'ten büyük olduğu durum prediksyon değeri yüksek olan model şeklinde değerlendirildi.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 4.1.'de araştırma grubunun cinsiyetine, yaşına, eğitim düzeyine, medeni durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun cinsiyete göre dağılımı; erkek 178 (%47.7), kadın 195 (%52.3) kişi şeklindedir. Yaş gruplarına göre dağılımı; 68 kişi (% 18.2) 18-29 yaş, 66 kişi (%17.7)30-39 yaş, 65 kişi (%17.4) 40-49 yaş,85 kişi (%22.8) 50-59 yaş, 62 kişi (%16.6) 60-69 yaş arasında, 27 kişi (%7.2)ise 70 yaş ve üzerindedir. Eğitim düzeyine göre dağılımı; 29 kişi (%7.8) okuryazar değil, 30 kişi (%8.0) okuryazar, 186 kişi (%49.9) ilkokul mezunu, 29 kişi (%7.8) ortaokul mezunu, 68 kişi (%18.2) lise mezunu, 30 kişi (%8.0) üniversite mezunudur. Medeni duruma göre dağılımı; 296 kişi (%79.4) halen evli, 47 kişi (%12.6) bekar, 22 kişinin (%5.9) eşi ölmüş, 2 kişi (%0.5) boşanmış, 6 kişi (%1.6) ise halen evli olup ayrı yaşamaktadır.

**Tablo 4.1. Araştırma Grubunun Cinsiyet, Yaş, Eğitim Düzeyi, Medeni Durumuna Göre Dağılımı**

Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	178	47.7
Kadın	195	52.3
Toplam	373	100.0
Yaş	Sayı	%
18-29	68	18.2
30-39	66	17.7
40-49	65	17.4
50-59	85	22.8
60-69	62	16.6
70 ve üzeri	27	7.2
Toplam	373	100.0
Eğitim Düzeyi	Sayı	%
Okuryazar Değil	29	7.8
Okuryazar	30	8.0
İlkokul	186	49.9
Ortaokul	29	7.8
Lise	68	18.2
Üniversite	30	8.0
Toplam	373	100.0
Medeni Durum	Sayı	%
Evli	296	79.4
Eşi Ölmüş	22	5.9
Boşanmış	2	0.5
Halen Evli Olup Ayrı Yaşayan	6	1.6
Bekar	47	12.6
Toplam	373	100.0

Araştırma grubunun yaş ortalaması  $46.50 \pm 15.58$  olup, en küçük yaş 18, en büyük yaş 84 ve ortanca yaş 48'dir. Yaş değerleri Tablo 4.2.'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.2.Araştırma Grubunun Yaş Değerleri**

	En Küçük	En Büyük	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Yaş	18	84	48.0	$46.50 \pm 15.58$

Tablo 4.3.'de araştırma grubunun mesleğine, gelir getirir bir işte çalışma durumuna, sağlık güvencesine göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun mesleğine göre dağılımı; 163 kişi (%43.7) ev hanımı, 45 kişi (%12.0) işçi, 11 kişi (%2.9) memur, 20 kişi (%5.4) çiftçi, 8 kişi (%2.1) öğrenci, 29 kişi (%7.8) şoför, 39 kişi (%10.4) esnaf, 4 kişi (%1.1) teknisyendir. 30 kişi (%8.0) emekli olup, 24 kişi (%6.6) çalışmamaktadır. Gelir getirir bir işte çalışma durumuna göre; 119 kişi (%31.9) gelir getirir bir işte çalışmakta, 254 kişi (%68.1) gelir getirir bir işte çalışmamaktadır. Sağlık güvencesine göre dağılım; 267 kişi (%71.6) SSK, 20 kişi (%5.4) Emekli Sandığı, 51 kişi (%13.7) Bağ-kur, 3 kişi (%0.8) Genel Sağlık Sigortası, 1 kişi (%0.3) ise özel sağlık sigortasına sahip iken, 20 kişinin (%5.4) sağlık güvencesi yoktur.

**Tablo 4.3. Araştırma Grubunun Mesleğine, Gelir Getirir Bir İşte Çalışma Durumuna, Sağlık Güvencesine Göre Dağılımı**

Meslek Grubu	Sayı	%
Ev Hanımı	163	43.7
İşçi	45	12.0
Memur	11	2.9
Çiftçi	20	5.4
Öğrenci	8	2.1
Şoför	29	7.8
Esnaf	39	10.4
Teknisyen	4	1.1
Emekli	30	8.0
Çalışmıyor	24	6.6
Toplam	373	100.0
Çalışma Durumu	Sayı	%
Çalışan	119	31.9
Çalışmayan	254	68.1
Toplam	373	100.0
Sağlık Güvencesi	Sayı	%
SSK	267	71.6
Emekli Sandığı	20	5.4
Bağ kur	51	13.7
Genel Sağlık Sigortası	3	0.8
Özel Sağlık Sigortası	1	0.3
Sağlık Güvencesi Olmayan	20	5.4
Toplam	373	100.0

Tablo 4.4.'de araştırma grubunun aile tipine göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun aile tipine göre dağılımı; 242 kişi (%64.9) çekirdek ailede, 106 kişi (%28.4) geniş ailede ve 25 kişi (%6.7) tek ebeveynli ailede veya tek başına yaşamaktadır.

**Tablo 4.4. Araştırma Grubunun Aile Tipine Göre Dağılımı**

Aile Tipi	Sayı	%
Çekirdek Aile	242	64.9
Geniş Aile	106	28.4
Tek Ebeveynli Aile veya Tek Başına	25	6.7
Toplam	373	100.0

Tablo 4.5.'de araştırma grubunun evde kullandığı ısınma/yakıt türüne göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun evde kullandığı ısınma/yakıt türüne göre dağılımı;317 kişi (%85.0) kömürlü soba, 211 kişi (%56.9) odunlu soba, 31 kişi (%8.3) kömürlü kalorifer ile ısınmaktadır.

**Tablo 4.5. Araştırma grubunun Evde Kullandığı Isınma/Yakıt Türü**

Isınma/Yakıt Türü	Sayı	%*
Soba (Kömür)	317	85.0
Soba (Odun)	211	56.9
Kalorifer (Kömür)	31	8.3
Diğer	3	0.8

\*Bir kişi bir veya birden fazla çeşit yakıt kullandığı için yüzdelerin toplamı 100'ü aşmaktadır.

Tablo 4.6.'da araştırma grubunun kendilerine göre gelir düzeyi dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun kendilerine göre gelir düzeyi dağılımı; 130 kişi (%34.9) gelir düzeyini düşük, 232 kişi (%62.2) gelir düzeyini orta, 9 kişi (%2.4) gelir düzeyini yüksek olarak belirtmiştir.

**Tablo 4.6. Araştırma Grubunun Kendilerine Göre Gelir Düzeyi Dağılımı**

Gelir Düzeyi	Sayı	%
Düşük	130	34.9
Orta	232	62.2
Yüksek	9	2.4
Toplam	373	100.0

Tablo 4.7.'de araştırma grubunun sigara kullanma durumuna göre dağılımı verilmiştir. Araştırma grubunun sigara kullanma durumuna göre dağılımı; 84 kişi (%22.5) düzenli kullanıyor, 5 kişi (%1.3) ara sıra kullanıyor, 36 kişi (%9.7) bırakmış, 248 kişi (%66.5) ise hiç kullanmamıştır.

**Tablo 4.7. Araştırma Grubunun Sigara Kullanma Durumuna Göre Dağılımı**

Sigara Kullanma Durumu	Sayı	%
Düzenli Kullanan	84	22.5
Ara sıra Kullanan	5	1.3
Bırakan	36	9.7
Hiç Kullanmayan	248	66.5
Toplam	373	100.0

Tablo 4.8.'de araştırma grubunun nargile ve sarma sigara kullanma durumuna göre dağılımı verilmiştir. Araştırma grubunun nargile ve sarma sigara kullanma durumuna göre dağılımı;15 kişi (%4.0) nargile, 3 kişi (%0.8) sarma sigara kullanıyor. Başka bir tütün ürünü kullanımı yoktur.

**Tablo 4.8. Araştırma grubunun Nargile ve Sarma Sigara Kullanma Durumuna Göre Dağılımı**

	Sayı	%
Nargile Kullanan	15	4.0
Sarma Sigara Kullanan	3	0.8

Tablo 4.9.'da araştırma grubunun tütün ürünü kullanma durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun tütün ürünü kullanma durumuna göre dağılımı;91 kişi (%24.4) sigara, nargile veya diğer tütün ürünlerinden en az bir tanesini kullandığını belirtirken, 282 kişi (%75.6) herhangi bir tütün ürünü kullanmadığını belirtmiştir.

**Tablo 4.9. Araştırma grubunun Tütün Ürünü Kullanma Durumuna Göre Dağılımı**

Tütün Ürünü Kullanımı	Sayı	%
Kullanan	91	24.4
Kullanmayan	282	75.6
Toplam	373	100.0

Tablo 4.10.'da araştırma grubunun evde ve iş yerinde sigara içme durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun evde ve iş yerinde sigara içme durumuna göre dağılımı; 61 kişinin (%16.4) evinde düzenli sigara içiliyor, 37 kişinin (%9.9) evinde ara sıra içiliyor; 273 kişinin (%73.2) evinde sigara içilmiyor. Çalışanlardan 15 kişinin (%10.2) iş yerinde düzenli sigara içiliyor, 15 kişinin (%10.2) iş yerinde ara sıra içiliyor; 117 kişinin (%79.6) iş yerinde sigara içilmiyor.

**Tablo 4.10.Araştırma grubunun Evde ve İş Yerinde Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı**

	Evde		İş Yerinde	
	Sayı	%	Sayı	%
Düzenli içiliyor	61	16,4	15	10.2
Ara sıra içiliyor	37	9,9	15	10.2
İçilmiyor	273	73,2	117	79.6
Toplam	373	100,0	147	100.0

Tablo 4.11.'de araştırma grubunun anne ve babalarının sigara kullanma durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun anne ve babalarının sigara kullanma durumuna göre dağılımı; 33 kişinin (%8.8) annesi, 229 kişinin (%61.4) babası sigara kullanıyor.

**Tablo 4.11. Araştırma grubunun Anne ve Babalarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Dağılımı**

Ebeveyn Sigara Kullanma Durumu	Sayı	%
Annesi Sigara Kullanan	33	8.8
Babası Sigara Kullanan	229	61.4

Tablo 4.12.'de araştırma grubunun alkollü içecek kullanımına göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun alkollü içecek kullanımına göre dağılımı; 11 kişi (%3.0) alkollü içecek kullanıyor, 357 kişi (% 95.7) kullanmıyor, 5 kişi (%1.3) ise alkollü içecek kullanmayı bırakmıştır.

**Tablo 4.12. Araştırma Grubunun Alkollü İçecek Kullanımına Göre Dağılımı**

Alkollü İçecek Kullanımı	Sayı	%
Kullanan	11	3.0
Bırakan	5	1.3
Kullanmayan	357	95.7
Toplam	373	100.0

Tablo 4.13 'de alkol kullananlarda bir oturışta 5 standart içki veya daha fazla içme durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Alkol kullananlardan 3 kişi (%25.0) bir oturışta 5 standart içki veya daha fazlasını ayda birden az, 3 kişi (%25.0) ayda bir, 1 kişi (%8.0) haftada bir içiyor; 5 kişi (%42.0) hiç içmiyor.

**Tablo 4.13. Alkol Kullananlarda Bir Oturuşta 5 Standart İçki veya Daha Fazla İçme Durumuna Göre Dağılımı**

5 Standart İçki	Sayı	%
Ayda Birden Az	3	25.0
Ayda Bir	3	25.0
Haftada Bir	1	8.0
Hiç İçmiyor	5	42.0
Toplam	12	100.0

Tablo 4.14.'de araştırma grubunun tükettiği ekmek türüne göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun tükettiği ekmek türüne göre dağılımı;285 kişi (%76.4) beyaz ekmek, 190 kişi (%51.0) köy ekmeği, 41 kişi (%11.0) kepekli, çavdarlı, yulaflı ekmek, 17 kişi (%4.5) ise yufka ekmek tüketmekte; 2 kişi (%0.5) ekmek tüketmemektedir.

**Tablo 4.14. Araştırma Grubunun Tükettiği Ekmek Türüne Göre Dağılımı**

Tükettiği Ekmek Türü	Sayı	% *
Beyaz Ekmek	285	76.4
Köy Ekmeği	190	51.0
Kepekli, Çavdarlı, Yulaflı Ekmek	41	11.0
Yufka Ekmek	17	4.5
Ekmek Tüketmeyen	2	0.5

\*Bir kişi bir veya birden fazla çeşit ekmek tükettiği için yüzdelerin toplamı 100'ü aşmaktadır.

Tablo 4.15.' de araştırma grubunun kullandığı içme suyuna göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun kullandığı içme suyuna göre dağılımı; 278 kişi (%74.5) çeşme suyu, 93 kişi (%24.9) hazır su, 54 kişi (%14.5) kaynak suyu ve 30 kişi (%8.3) ise kuyu suyu kullanmaktadır.

**Tablo 4.15.Araştırma Grubunun Kullandığı İçme Suyuna Göre Dağılımı**

Kullanılan İçme Suyu	Sayı	% *
Çeşme Suyu	278	74.5
Hazır Su	93	24.9
Kaynak Suyu	54	14.5
Kuyu Suyu	30	8.3

\*Bir kişi bir veya birden fazla su çeşidi kullandığı için yüzdelerin toplamı 100'ü aşmaktadır.

Tablo 4.16.'da araştırma grubunun kullandığı yağ türüne göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun kullandığı yağ türüne göre dağılımı; 342 kişi (%91.7) ayçiçek yağı, 199 kişi (%53.4) tereyağı, 123 kişi (%33.0) zeytinyağı, 19 kişi (%5.1) mısırözü yağı, 51 kişi (%13.7) margarin, 16 kişi (%4.4) ise fındık yağı kullanmaktadır.

**Tablo 4.16.Araştırma Grubunun Kullandığı Yağ Türüne Göre Dağılımı**

Kullanılan Yağ Türü	Sayı	% *
Ayçiçek Yağı	342	91.7
Tereyağı	199	53.4
Zeytinyağı	123	33.0
Mısırözü Yağı	19	5.1
Margarin	51	13.7
Fındık Yağı	16	4.4

\*Bir kişi bir veya birden fazla yağ türü kullandığı için yüzdelerin toplamı 100'ü aşmaktadır.

Araştırma grubunda en düşük günlük meyve tüketimi 0, en yüksek 5 porsiyondur. Ortanca 1, ortalama  $1.15 \pm 0.99$  porsiyondur. En düşük günlük sebze tüketimi 0, en yüksek 7 porsiyondur. Ortanca 1, ortalama  $1.40 \pm 1.05$  porsiyondur. Tüketilen meyve ve sebze porsiyonları Tablo 4.17.'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.17. Araştırma Grubunun Bir Günde Tükettiği Meyve ve Sebze Miktarı**

	En Düşük	En Yüksek	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Meyve Miktarı	0	5	1	1.15 $\pm$ 0.99
Sebze Miktarı	0	7	1	1.40 $\pm$ 1.05

Tablo 4.18.'de araştırma grubunun yemeklerin tadına bakmadan tuz atma durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun yemeklerin tadına bakmadan tuz atma durumuna göre dağılımı; 45 kişi (%12.1) her zaman, 32 kişi (%8.6) sıklıkla, 38 kişi (%10.2) ara sıra, 30 kişi (%8.0) bazen yemeklere tadına bakmadan tuz attıklarını söylerken; 228 kişi (%61.1) ise tadına bakmadan hiçbir zaman tuz atmadıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 4.18. Araştırma Grubunun Yemeklerin Tadına Bakmadan Tuz Atma Durumuna Göre Dağılımı**

Tuz Atma	Sayı	%
Her Zaman	45	12.1
Sıklıkla	32	8.6
Ara Sıra	38	10.2
Bazen	30	8.0
Hiçbir Zaman	228	61.1
Toplam	373	100.0

Tablo 4.19.'da araştırma grubunun kilo verme amaçlı diyet yapma durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun zayıflama amaçlı olarak diyet yapma durumuna göre dağılımı; 52 kişi (%13.9) kendi bilgileriyle, 6 kişi (%1.6) televizyon, gazete, internetten öğrendiği bilgilerle, 22 kişi (%5.9) uzman görüşüyle diyet yaptığını, 293 kişi (%78.6) ise diyet yapmadığını belirtmiştir.

**Tablo 4.19. Araştırma Grubunun Kilo Verme Amaçlı Diyet Yapma Durumuna Göre Dağılımı**

Diyet Yapma Durumu	Sayı	%
Kendi Bilgileriyle	52	13.9
Televizyon, Gazete ve İnternette	6	1.6
Uzman Görüşüyle	22	5.9
Yapmayan	293	78.6
Toplam	373	100.0

Tablo 4.20.'de araştırma grubunun fizik aktivite yapma durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun fizik aktivite yapma durumuna göre dağılımı; 147 kişi (%39.4) orta düzeyde fizik aktivite yapmakta, 12 kişi (%3.2) ağır düzeyde fizik aktivite yapmakta; 214 kişi (%57.4) ise fizik aktivite yapmamaktadır.

**Tablo 4.20. Araştırma Grubunun Fizik Aktivite Yapma Durumuna Göre Dağılımı**

Fizik Aktivite Yapma Durumu	Sayı	%
Orta Düzey Fizik Aktivite Yapan	147	39.4
Ağır Düzey Fizik Aktivite Yapan	12	3.2
Fizik Aktivite Yapmayan	214	57.4
Toplam	373	100.0

Araştırma grubunda günlük çıkılan merdiven katı en az 0, en çok 40'tır. Ortanca 2, ortalama  $3.70 \pm 4.78$ 'dir.

**Tablo 4.21. Araştırma Grubunda Çıkılan Merdiven Katı Sayısı**

	En Az	En Çok	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Çıkılan Kat	0	40	2	$3.70 \pm 4.78$

Tablo 4.22'de araştırma grubunda çalışanların iş yerine gidiş şekline göre dağılımı gösterilmiştir. Çalışanların iş yerine gidiş şekline göre dağılımı; 9 kişi (%7.5) servisle, 24 kişi (%20.1) yürüyerek, 53 kişi (%44.5) kendi aracıyla, 31 kişi (%26.0) toplu taşımayla, 2 kişi (%1.9) bisikletle çalıştığı yere ulaşımını sağlıyor.

**Tablo 4.22. Araştırma Grubunda Çalışanların İş yerine Gidiş Şekline Göre Dağılımı**

	Sayı	%
Servisle	9	7.5
Yürüyerek	24	20.1
Kendi Aracıyla	53	44.5
Toplu Taşımayla	31	26.0
Bisikletle	2	1.9
Toplam	119	100.0

Tablo 4.23.'de araştırma grubunun spor alanları oluşturulması halinde fizik aktiviteyi artırma durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun spor alanları oluşturulması halinde fizik aktiviteyi artırma durumuna göre dağılımı; 237 kişi (%63.5) artırmayı düşündüğünü, 100 kişi (%26.8) artırmayı düşünmediğini, 36 kişi (%9.7) fikrinin olmadığını ifade etmiştir.

**Tablo 4.23. Araştırma Grubunun Spor Alanları Oluşturulması Halinde Fizik Aktiviteyi Artırma Durumuna Göre Dağılımı**

Fizik Aktiviteyi Arttırma	Sayı	%
Evet, Artırırım	237	63.5
Hayır, Artırmam	100	26.8
Fikrim yok	36	9.7
Toplam	373	100.0

Tablo 4.24.'de araştırma grubunun sedanter yaşama ilişkin değerleri gösterilmiştir. Araştırma grubunda günlük en az televizyon izleme süresi 0, en fazla 16 saattir. Ortanca 2, ortalama  $2.67 \pm 2.36$  saattir. En az günlük cep telefonu kullanım süresi 0, en fazla 15 saattir. Ortanca 0.5, ortalama  $1.32 \pm 2.09$  saattir. En az günlük bilgisayar kullanım süresi 0, en fazla 15 saattir. Ortanca 0 ortalama  $0.59 \pm 1.74$  saattir.

**Tablo 4.24. Araştırma Grubunun Sedanter Yaşama İlişkin Değerleri**

	En Az	En Fazla	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Bilgisayar	0	15	0	0.59 $\pm$ 1.74
Cep Telefonu	0	15	0.5	1.32 $\pm$ 2.09
Televizyon	0	16	2	2.67 $\pm$ 2.36

Tablo 4.25.'de araştırma grubunun evde ve uykuda geçen süre değerleri gösterilmiştir. Araştırma grubunda en az uyku harici evde geçen süre 0 saat, en fazla 21 saattir. Ortanca 10, ortalama 9.72  $\pm$  5.17 saattir. En az uykuda geçen süre 2 saat, en fazla 12 saattir. Ortanca 8, ortalama 7.73  $\pm$  3.44 saattir.

**Tablo 4.25. Araştırma Grubunun Evde ve Uykuda Geçen Süre Değerleri**

	En Az	En Fazla	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Evde geçen süre	0	21	10	9.72 $\pm$ 5.17
Uykuda geçen süre	2	12	8	7.73 $\pm$ 3.44

Tablo 4.26.'da araştırma grubunun boy, kilo ve BKİ değerleri gösterilmiştir. Araştırma grubunda en kısa boy 140 cm, en uzun boy 188 cm, ortanca 165.0 cm, ortalama 165.33 $\pm$ 9.73 cm'dir. En düşük kilo 38 kg, en fazla kilo 124 kg, ortanca 76.0 kg, ortalama 77.05 $\pm$ 14.35 kg'dır. En düşük BKİ 15.82, en büyük BKİ 47.09, ortanca 27.58, ortalama 28.26 $\pm$ 5.23'dir.

**Tablo 4.26. Araştırma Grubunun Boy, Kilo ve BKİ Değerleri**

	En Düşük	En Fazla	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Boy (cm)	140	188	165.0	165.33 $\pm$ 9.73
Kilo (kg)	38	124	76.0	77.05 $\pm$ 14.35
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	15.82	47.09	27.58	28.26 $\pm$ 5.23

Tablo 4.27.'de araştırma grubunun BKİ değerlerine göre dağılımı gösterilmiştir. BKİ sınıflamasına göre araştırma grubunun dağılımı;6 kişi (%1.6) düşük kilolu, 91 kişi (%24.7) normal kilolu, 148 kişi (%40.2) fazla kilolu, 111 kişi (%30.2) obez, 12 kişi (%3.3) ise morbid obezdir.

**Tablo 4.27. Araştırma Grubunun BKİ Değerlerine Göre Dağılımı**

BKİ	Sayı	Yüzde
Düşük Kilolu	6	1.6
Normal	91	24.7
Fazla Kilolu	148	40.2
Obez	111	30.2
Morbid Obez	12	3.3
Toplam	368	98.7

Tablo 4.28.'de araştırma grubunun obezite sıklığına göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun obezite sıklığına göre dağılımı; 123 kişi (%33.0) BKİ'ye göre obez iken, 250 kişi (%67.0) obez değildir.

**Tablo 4.28. Araştırma Grubunun Obezite Sıklığına Göre Dağılımı**

	Sayı	%
Obez Olan	123	33.0
Obez Olmayan	250	67.0
Toplam	373	100.0

Tablo 4.29.'da araştırma grubunun bel çevresi, kalça çevresi ve bel kalça oranı değerleri gösterilmiştir. Araştırma grubunda en düşük bel çevresi 61 cm, en yüksek bel çevresi 141 cm, ortanca 96.0 cm ortalama  $97.11 \pm 14.63$  cm'dir. En düşük kalça çevresi 70 cm, en yüksek kalça çevresi 160 cm, ortanca 107.0 cm, ortalama  $106.89 \pm 13.18$  cm'dir. En küçük BKO 0.65, en büyük BKO 1.33, ortanca 0.90 ve ortalama  $0.90 \pm 0.08$ 'dir.

**Tablo 4.29. Araştırma Grubunun Bel Çevresi, Kalça Çevresi ve Bel Kalça Oranı Değerleri**

	En Düşük	En Yüksek	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Bel Çevresi (cm)	61	141	96.0	$97.11 \pm 14.63$
Kalça Çevresi (cm)	70	160	107.0	$106.89 \pm 13.18$
BKO	0.65	1.33	0.90	$0.90 \pm 0.08$

Tablo 4.30.'da araştırma grubunun bel çevresi ve bel kalça oranına göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun bel çevresi ve bel kalça oranına göre dağılımı;158 kişinin (%42.4) bel çevresi normal, 215 kişinin (%57.6) bel çevresi geniş; 211 kişinin (%56.6) bel kalça oranı normal, 162 kişinin (%43.4) bel kalça oranı geniştir.

**Tablo 4.30.Araştırma Grubunun Bel Çevresi ve Bel Kalça Oranına Göre Dağılımı**

	Normal		Geniş		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bel Çevresi	158	42.4	215	57.6	373	100.0
BKO	211	56.6	162	43.4	373	100.0

Tablo 4.31.'de araştırma grubunun sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri gösterilmiştir. Araştırma grubunda en düşük sistolik kan basıncı 90 mmHg, en yüksek 200 mmHg 'dir. Ortanca 130.0 mmHg, ortalama  $130.33 \pm 17.49$  mmHg'dir. En düşük diyastolik kan basıncı 50 mmHg, en yüksek 120 mmHg 'dir. Ortanca 80.0 mmHg, ortalama  $82.36 \pm 10.81$  mmHg'dir.

**Tablo 4.31.Araştırma Grubunun Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı Değerleri**

	En Düşük	En Yüksek	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Sistolik (mmHg)	90	200	130.0	$130.33 \pm 17.49$
Diyastolik(mmHg)	50	120	80.0	$82.36 \pm 10.81$

Tablo 4.32.'de araştırma grubunun kan basıncı düzeylerine göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunun kan basıncı düzeylerine göre dağılımı; 68 kişi (%18.2) optimal, 79 kişi (%21.2) normal, 70 kişi (%18.8) yüksek normal, 69 kişi (%18.5) Evre 1, 40 kişi (%10.7) Evre 2, 14 kişi (%3.8) Evre 3, 33 kişi (%8.8) ise izole sistolik kan basıncı düzeylerine sahiptir.

**Tablo 4.32. Araştırma Grubunun Kan Basıncı Düzeylerine Göre Dağılımı**

Kan Basıncı	Sayı	%
Optimal (<120, <80)	68	18.2
Normal (120-129, 80-84)	79	21.2
Yüksek Normal (130-139, 85-89)	70	18.8
Evre 1 (140-159, 90-99)	69	18.5
Evre 2 (160-179, 100-109)	40	10.7
Evre 3 (>180, >110)	14	3.8
İzole Sistolik (>140, <90)	33	8.8
Toplam	373	100.0

Hekim tarafından hipertansiyon tanısı konulan ve ölçümler sonucu sistolik kan basıncı >140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı >90 mmHg üzerinde saptananlar hipertansiyon prevalansına dahil edilmiştir. Araştırma grubunda hipertansiyon prevalansı %46.4 dür. Tablo 4.33.'de araştırma grubunun hipertansiyon sıklığına göre dağılımı gösterilmiştir.

**Tablo 4.33. Araştırma Grubunun Hipertansiyon Sıklığına Göre Dağılımı**

	Sayı	%
Hipertansiyon Var	173	46.4
Hipertansiyon Yok	200	53.6
Toplam	373	100.0

Tablo 4.34.'de hipertansiyon tanısına göre tansiyon yüksekliği dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubunda hipertansiyon tanısı olanlardan 55 kişinin (%76.4) tansiyon ölçümü sonucu hipertansif saptanırken, 17 kişinin (%23.6) tansiyonu kontrol altında bulunmuştur. Hipertansiyon tanısı olmayanlardan 101 kişi (%33.6) hipertansif olarak saptanmıştır.

**Tablo 4.34. Hipertansiyon Tanısına Göre Tansiyon Yüksekliği Dağılımı**

	Tansiyon>140/90		Tansiyon<140/90		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
HT Tanısı Var	55	76.4	17	23.6	72	100.0
HT Tanısı Yok	101	33.6	200	66.4	301	100.0

Tablo 4.35.'de araştırma grubunun nabız değerleri gösterilmiştir. Araştırma grubunda en düşük nabız 48/dk, en yüksek nabız 120/dk'dır. Ortanca 78.0/dk, ortalama  $77.87 \pm 9.94$  dk'dır.

**Tablo 4.35. Araştırma Grubunun Nabız Değerleri**

	En Düşük	En Yüksek	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Nabız (/dk)	48	120	78.0	$77.87 \pm 9.94$

## 4.2. Analitik Bulgular

Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerinin tütün ürünü kullanımına etkisi Tablo 4.36 'da gösterilmiştir. Tütün ürünü kullananların sıklığı erkeklerde %40.4, kadınlarda %9.7'dir. Cinsiyete göre tütün ürünü kullanımı sıklığı istatistiksel açıdan farklıdır ( $\chi^2=47.568$ ,  $p<0.001$ ). Tütün ürünü kullanımı 50 yaş altında %34.7, 50 yaş ve üzerinde %12.6'dır. Yaşa göre tütün ürünü kullananların sıklığı istatistiksel olarak anlamlı farklıdır ( $\chi^2=24.425$ ,  $p<0.001$ ). Tütün ürünü kullanımı sıklığı lise ve üzeri öğrenim görenlerde %33.7, ortaokul ve altı öğrenim görenlerde ise %21.1'dir. Öğrenime göre tütün ürünü kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $\chi^2=6.202$ ,  $p=0.013$ ). Tütün ürünü kullanımı sıklığı evli olanlarda %21.9, boşanmış- eşi ölmüş olanlarda %8.3, bekarlarda ise %48.9'dur. Medeni duruma göre tütün ürünü kullananların sıklığı istatistiksel anlamlı farklı olup, bekarlar daha fazla tütün ürünü kullanmaktadır ( $\chi^2=19.760$ ,  $p<0.001$ ). Çalışanların %49.6'sı, çalışmayanların %12.6'sı tütün ürünü kullanmaktadır. Çalışma durumu açısından tütün ürünü kullananların dağılımı istatistiksel anlamlı farklıdır ( $\chi^2=60.085$ ,  $p<0.001$ ). Aile tipi ve algılanan gelir düzeyine göre tütün kullanımı yönünden istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.36. Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerinin tütün ürünü kullanımına etkisi**

Sosyo-Demografik Özellikler		Tütün Ürünü Kullanma Durumu				$\chi^2$	p
		Kullanan (n=91)		Kullanmayan (n=282)			
		Sayı	%	Sayı	%		
		Cinsiyet	Erkek	72	40.4		
	Kadın	19	9.7	176	90.3		
Yaş	50 yaş altı	69	34.7	130	65.3	24.425	<0.001
	50 yaş ve üzeri	22	12.6	152	87.4		
Öğrenim Düzeyi	Lise altı	58	21.1	217	78.9	5.538	0.019
	Lise ve üzeri	33	33.7	65	66.3		
Medeni Durum	Evli	66	21.9	236	78.1	19.760	<0.001
	Boşanmış-eşi ölmüş	2	8.3	22	91.7		
	Bekar	23	48.9	24	51.1		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	59	49.6	60	50.4	60.085	<0.001
	Çalışmıyor	32	12.6	222	87.4		
Aile Tipi	Çekirdek-tek ebeveyn	67	25.1	200	74.9	0.247	0.619
	Geniş aile	24	22.6	82	77.4		
Gelir Düzeyi	Düşük	28	21.2	104	78.8	2.268	0.322
	Orta	62	26.7	170	73.3		
	Yüksek	1	11.1	8	88.9		

Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerinin alkol kullanımına etkisi Tablo 4.37.'de gösterilmiştir. Alkol kullanım sıklığı erkeklerde %5.6, kadınlarda %0.5'dir. Cinsiyet yönünden alkol kullanımı sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $\chi^2=8.474$ ,  $p=0.004$ ). Araştırma grubunda evli olanlar %2.0, boşanmış-eşi ölmüş olanların %0.0, bekarlar %10.6 oranında alkol kullanmaktadır. Medeni durum açısından alkol kullananların dağılımı istatistiksel açıdan farklı olup, bekarlar daha fazla alkol kullanmaktadır ( $p=0.006$ ). Gelir getirir bir işte çalışanların %6.7'si, çalışmayanların %1.2'si alkol kullanmaktadır. Çalışma durumuna göre alkol kullanımı sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p=0.006$ ). Yaş, öğrenim düzeyi, aile tipi ve sağlık güvencesi varlığına göre alkol kullanıp kullanmama açısından istatistiksel anlamlı fark saptanamamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.37. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Alkol Kullanımına Etkisi**

Sosyo-Demografik Özellikler		Alkol Kullanma Durumu				$\chi^2$	P
		Kullanan		Kullanmayan			
		(n=11)		(n=362)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet	Erkek	10	5.6	168	94.4	8.474	0.004
	Kadın	1	0.5	194	99.5		
Yaş	50 yaş altı	9	4.5	190	95.5	3.691	0.055
	50 yaş ve üzeri	2	1.1	172	98.9		
Öğrenim Düzeyi	Lise altı	6	2.2	269	97.8	*	0.166
	Lise ve üzeri	5	5.1	93	94.9		
Medeni Durum	Evli	6	2.0	296	98.0	7.833	0.014
	Boşanmış-eşi ölmüş	0	0.0	24	100.0		
	Bekar	5	10.0	42	89.4		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	8	6.7	111	93.3	*	0.006
	Çalışmıyor	3	1.2	251	98.8		
Sağlık Güvencesi	SG var	9	2.5	344	97.5	*	0.112
	SG yok	2	10.0	18	90.0		
Aile Tipi	Çekirdek-tek ebeveyn	8	3.0	259	97.0	*	1.000
	Geniş aile	3	2.8	103	97.2		
Gelir Düzeyi	Düşük	5	3.8	127	96.2	3.499	0.218
	Orta	5	2.2	227	97.8		
	Yüksek	1	11.1	8	88.9		

\*Fisher exact testi kullanılmıştır.

Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerinin fizik aktivite üzerine etkisi Tablo 4.38. 'de gösterilmiştir. Öğrenim düzeyine göre lise ve üzeri öğrenim görenler %56.1, ortaokul ve altı öğrenim görenler ise %37.8 oranında fizik aktivite yapmaktadır. Öğrenim düzeyine göre fizik aktivite yapanların dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $\chi^2=9.898$ ,  $p=0.002$ ). Çalışma grubunda evli olanların %39.7'si, boşanmış-eşi ölmüş olanların %37.5'i, bekarların ise %63.8'i fizik aktivite yapmaktadır. Medeni duruma göre fizik aktivite yapanların dağılımı istatistiksel açıdan anlamlı farklı olup, bekarlar daha çok fizik aktivite yapmaktadır ( $\chi^2=9.930$ ,  $p=0.007$ ). Cinsiyet, yaş, çalışma durumu, aile tipi, algılanan gelir düzeyi ve sağlık güvencesi varlığına göre fizik aktivite yapıp yapmama durumu yönünden istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.38. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Fizik Aktivite Üzerine Etkisi**

Sosyo-Demografik Özellikler		Fizik Aktivite Yapma Durumu				$\chi^2$	p
		Yapan		Yapmayan			
		(n=159)		(n=214)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet	Erkek	80	44.9	98	55.1	0.747	0.387
	Kadın	79	40.5	116	59.5		
Yaş	50 yaş altı	89	44.7	110	55.3	0.767	0.381
	50 yaş ve üzeri	70	40.2	104	59.8		
Öğrenim Düzeyi	Lise altı	104	37.8	171	62.2	9.898	0.002
	Lise ve üzeri	55	56.1	43	43.9		
Medeni Durum	Evli	120	39.7	182	60.3	9.930	0.007
	Boşanmış-Eşi Ölmüş	9	37.5	15	62.5		
	Bekar	30	63.8	17	36.2		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	57	47.9	62	52.1	1.986	0.159
	Çalışmıyor	102	40.2	152	59.8		
Sağlık Güvencesi	SG var	147	41.6	206	58.4	2.608	0.106
	SG yok	12	60.0	8	40.0		
Aile Tipi	Çekirdek-tek ebeveyn	114	42.7	153	57.3	0.002	0.966
	Geniş aile	45	42.5	61	57.5		
Gelir Düzeyi	Düşük	63	47.7	69	52.3	2.334	0.306
	Orta	93	40.1	139	59.9		
	Yüksek	3	33.3	6	66.7		

Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerinin obezite üzerine etkisi Tablo 4.39'da gösterilmiştir. Obez olma durumu erkeklerde %24.7, kadınlarda %40.5'dir. Cinsiyet yönünden obezite durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $\chi^2=10.502$ ,  $p=0.001$ ). Obez olma durumu 50 yaş altında %23.6, 50 yaş ve üzerinde %43.7'dir. Yaşa göre obezite durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $\chi^2=16.902$ ,  $p<0.001$ ). Öğrenim durumu yönünden lise ve üzeri öğrenim görenlerde obezite sıklığı %16.3, ortaokul ve altı öğrenim görenlerde ise %38.9'dur. Öğrenim düzeyine göre obezite durumlarının dağılımı arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ( $\chi^2=16.671$ ,  $p<0.001$ ). Medeni duruma göre obezite sıklığı evlilerde %36.1, boşanmış-eşi ölmüş olanlarda %50.0, bekarlarda ise %4.3'dür. Medeni durum yönünden obezite durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $\chi^2=22.016$ ,  $p<0.001$ ). Çalışma durumuna göre obezite sıklığı çalışanlarda %21.0, çalışmayanlarda %38.6'dır. Çalışma durumu yönünden obezite durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $\chi^2=11.324$ ,  $p=0.001$ ). Aile tipi, sağlık güvencesi varlığı ve algılanan gelir düzeyine göre obezite yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.39. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Obezite Üzerine Etkisi**

Sosyo-Demografik Özellikler		Obezite Durumu				$\chi^2$	p
		Obez Olan (n=123)		Obez Olmayan (n=250)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet	Erkek	44	24.7	134	75.3	10.502	0.001
	Kadın	79	40.5	116	59.5		
Yaş	50 yaş altı	47	23.6	152	76.4	16.902	<0.001
	50 yaş ve üzeri	76	43.7	98	56.3		
Öğrenim Düzeyi	Lise altı	107	38.9	168	61.1	16.671	<0.001
	Lise ve üzeri	16	16.3	82	83.7		
Medeni Durum	Evli	109	36.1	193	63.9	22.016	<0.001
	Boşanmış-Eşi Ölmüş	12	50.0	12	50.0		
	Bekar	2	4.3	45	95.7		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	25	21.0	94	79.0	11.324	0.001
	Çalışmıyor	98	38.6	156	61.4		
Sağlık Güvencesi	SG var	119	33.7	234	66.3	1.610	0.205
	SG yok	4	20.0	16	80.0		
Aile Tipi	Çekirdek-tek ebeveyn	80	30.0	187	70.0	3.860	0.049
	Geniş aile	43	40.6	63	59.4		
Gelir Düzeyi	Düşük	43	32.6	89	67.4	0.524	0.769
	Orta	78	33.6	154	66.4		
	Yüksek	2	22.2	7	77.8		

Araştırma grubunda tütün kullanımı, alkol kullanımı ve fizik aktivite yapmanın obezite üzerine etkisi Tablo 4.40. 'da gösterilmiştir. Tütün ürünü kullanımı açısından obez olma durumu dağılımı; kullananlarda %18.7, kullanmayanlarda %37.6 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2=11.128$ ,  $p=0.001$ ). Alkol kullanımı ve fizik aktiviteyle obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.40.Araştırma Grubunda Tütün Ürünü, Alkol Kullanımı ve Fizik Aktivitenin Obezite Üzerine Etkisi**

		Obezite Durumu				$\chi^2$	p
		Obez (n=123)		Olan Obez Olmayan (n=250)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Tütün kullanımı	Kullanıyor	17	18.7	74	81.3	11.128	0.001
	Kullanmıyor	106	37.6	176	62.4		
Alkol kullanımı	Kullanıyor	2	18.2	9	81.8	*	0.351
	Kullanmıyor	121	33.4	241	66.6		
Fizik aktivite	Yapıyor	53	33.3	106	66.7	0.016	0.899
	Yapmıyor	70	32.7	144	67.3		

\*Fisher exact testi kullanılmıştır.

Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerinin hipertansiyon sıklığı üzerine etkisi Tablo 4.41 'de gösterilmiştir. Cinsiyete göre hipertansiyon sıklığı erkeklerde %39.3, kadınlarda %52.8'dir. Cinsiyete göre hipertansiyon durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $\chi^2=6.814$ ,  $p=0.009$ ). Yaşa göre hipertansiyon sıklığı 50 yaş altında %26.6, 50 yaş ve üzerinde %69.0 olarak bulunmuştur. Yaşa yönünden hipertansiyon olup olmama durumu dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $\chi^2=66.893$ ,  $p<0.001$ ). Öğrenim düzeyine göre hipertansiyon sıklığı ortaokul ve altı olanlarda %54.2, lise ve üzeri olanlarda %24.5 vardır. Öğrenim düzeyi yönünden hipertansiyon olup olmama durumu dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $\chi^2=25.614$ ,  $p<0.001$ ). Medeni duruma göre hipertansiyon sıklığı evlilerde %48.3, boşanmış-eksi ölmüş olanlarda %79.2, bekarlarda ise %17.0'dir. Medeni durum yönünden hipertansiyon olup olmama dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $\chi^2=27.132$ ,  $p<0.001$ ). Çalışma durumuna göre hipertansiyon sıklığı çalışanlarda %34.5, çalışmayanlarda %52.0'dir. Çalışma durumu yönünden hipertansiyon durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $\chi^2=9.996$ ,  $p=0.002$ ). Sağlık güvencesine göre hipertansiyon sıklığı sağlık güvencesi olanlarda %47.9, olmayanlarda %20.0'dir. Sağlık güvencesi yönünden hipertansiyon durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $\chi^2=5.914$ ,  $p=0.015$ ). Aile tipine göre hipertansiyon sıklığı çekirdek-tek ebeveynli ailelerde %42.7, geniş ailelerde %55.7'dir. Aile tipi yönünden hipertansiyon durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $\chi^2=5.128$ ,  $p=0.024$ ). Gelir düzeyi ile hipertansiyon olup olmama durumu dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.41. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Hipertansiyon Sıklığı Üzerine Etkisi**

Sosyo-Demografik Özellikler		Tansiyon Durumu				$\chi^2$	p
		Hipertansiyon Hastası (n=173)		Hipertansiyon Hastası Değil (n=200)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet	Erkek	70	39.3	108	60.7	6.814	0.009
	Kadın	103	52.8	92	47.2		
Yaş	50 yaş altı	53	26.6	146	73.4	66.893	<0.001
	50 yaş ve üzeri	120	69.0	54	31.0		
Öğrenim Düzeyi	Lise altı	149	54.2	126	45.8	25.614	<0.001
	Lise ve üzeri	24	24.5	74	75.5		
Medeni Durum	Evli	146	48.3	156	51.7	27.132	<0.001
	Boşanmış-Eşi Ölmüş	19	79.2	5	20.8		
	Bekar	8	17.0	39	83.0		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	41	34.5	78	65.5	9.996	0.002
	Çalışmıyor	132	52.0	122	48.0		
Sağlık Güvencesi	SG var	169	47.9	184	52.1	5.914	0.015
	SG yok	4	20.0	16	80.0		
Aile Tipi	Çekirdek-tek ebeveyn	114	42.7	153	57.3	5.128	0.024
	Geniş aile	59	55.7	47	44.3		
Gelir Düzeyi	Düşük	68	51.5	64	48.5	2.749	0.244
	Orta	100	43.1	132	56.9		
	Yüksek	5	55.6	4	44.4		

Araştırma grubunda tütün kullanımı, alkol kullanımı ve fizik aktivite yapma durumunun hipertansiyon sıklığı üzerine etkisi Tablo 4.42.'de gösterilmiştir. Tütün ürünü kullanımına göre hipertansiyon sıklığı; kullananlarda %26.4, kullanmayanlarda %52.8'dir. Tütün ürünü kullanımı açısından hipertansiyon olup olmama durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $\chi^2=19.374$ ,  $p<0.001$ ). Alkol kullanımı ve fizik aktivite yapma yapmama açısından hipertansiyon durumlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.42. Araştırma Grubunda Tütün Ürünü, Alkol Kullanımı ve Fizik Aktivitenin Hipertansiyon Sıklığı Üzerine Etkisi**

		Tansiyon Durumu				$\chi^2$	p
		Hipertansiyon Hastası (n=173)		Hipertansiyon Hastası Değil (n=200)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Tütün kullanımı	Kullanıyor	24	26.4	67	73.6	19.374	<0.001
	Kullanmıyor	149	52.8	133	47.2		
Alkol kullanımı	Kullanıyor	2	18.2	9	81.8	3.624	0.057
	Kullanmıyor	171	47.2	191	52.8		
Fizik aktivite	Yapıyor	71	44.7	88	55.3	0.332	0.564
	Yapmıyor	102	47.7	112	52.3		

Araştırma grubunda tuz kullanımı ve obezitenin hipertansiyon sıklığı üzerine etkisi Tablo 4.43.'de gösterilmiştir. Obezite yönünden hipertansiyon olup olmama durumu dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Obez olanların %65.0'inde hipertansiyon var iken, obez olmayanların %37.2'sinde hipertansiyon vardır ( $x^2=25.694$ ,  $p<0.001$ ). Bel çevresi genişliği yönünden hipertansiyon sıklığı durumu dağılımı; bel çevresi geniş olanların %59.5'inde hipertansiyon var iken, bel çevresi geniş olmayanların %28.5'inde hipertansiyon vardır ( $x^2=35.315$ ,  $p<0.001$ ). BKO genişliğine göre hipertansiyon sıklığı durumu dağılımı; BKO geniş olanlarda %53.1 oranında hipertansiyon var iken, BKO geniş olmayanlarda %41.2 oranında hipertansiyon vardır. BKO geniş olup olmama durumuna göre hipertansiyon durumu dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $x^2=5.178$ ,  $p=0.023$ ). Yemeklere tadına bakmadan tuz atıp atmama yönünden hipertansiyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0.183$ ).

**Tablo 4.43. Araştırma Grubunda Tuz Kullanımı ve Obezitenin Hipertansiyon Sıklığı Üzerine Etkisi**

		Tansiyon Durumu				$x^2$	p
		Hipertansiyon Hastası (n=173)		Hipertansiyon Hastası Değil (n=200)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Tuz Kullanımı	Tuz atan	61	42.1	84	57.9	1.773	0.183
	Tuz atmayan	112	49.1	116	50.9		
Obezite Durumu	Obez Olan	80	65.0	43	35.0	25.694	<0.001
	Obez Olmayan	93	37.2	157	62.8		
Bel Çevresi Genişliği	Geniş Olan	128	59.5	87	40.5	35.315	<0.001
	Geniş Olmayan	45	28.5	113	71.5		
BKO Genişliği	Geniş Olan	86	53.1	76	46.9	5.178	0.023
	Geniş Olmayan	87	41.2	124	58.8		

Tütün kullanımı ile sosyo-demografik faktörlerin arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır (Tablo 4.44.). Modele cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu konulmuştur. Oluşturulan modelin Hosmer-Lemeshow testi  $p$ -değeri 0.815,  $R^2$  değeri 0.327 olarak bulundu. Tek değişkenli analizlerde riskli artıran faktörler olarak bulunan öğrenim düzeyi ve medeni durum çok değişkenli yöntemle incelendiğinde riskli bulunmamıştır. Lojistik regresyon analizi sonucunda tütün ürünü kullanımı açısından cinsiyete göre erkek olmak 4.204 kat ( $p < 0.001$ ) riskli bulunmuştur. Yaşa göre 50 yaş altındakiler, 50 yaş ve üzerinelere göre 3.643 kat ( $p < 0.001$ ) riskli bulunmuştur. Gelir getirir bir işte çalışanlar, çalışmayanlara göre 2.717 kat ( $p = 0.003$ ) riskli bulunmuştur.

**Tablo 4.44. Tütün kullanımı ile ilişkili faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmesi**

	$\beta$	S.E.	$p$	OR	GA (%95)
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın				1	
Erkek	1.436	0.372	<0.001	4.204	2.029-8.711
<b>Yaş</b>					
50 yaş ve üzeri				1	
50 yaş altı	1.293	0.351	<0.001	3.643	1.830-7.254
<b>Öğrenim Düzeyi</b>					
Lise altı				1	
Lise ve üzeri	0.554	0.352	0.115	1.741	0.873-3.471
<b>Medeni Durum</b>					
Evli			0.238	1	
Boşanmış-eşi ölmüş	-0.279	0.809	0.731	0.757	0.155-3.697
Bekar	0.674	0.410	0.100	1.963	0.879-4.383
<b>Çalışma Durumu</b>					
Çalışmıyor				1	
Çalışıyor	0.999	0.334	0.003	2.717	1.411-5.232

$R^2 = 0.327$

$\chi^2 = 2.954$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0.815$

Alkol kullanımı ile sosyo-demografik faktörleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır (Tablo4.45.). Modele cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu konulmuştur. Oluşturulan modelin Hosmer-Lemeshow testi  $p$ -değeri 0.888,  $R^2$  değeri 0.195 olarak bulundu. Tek değişkenli analizlerde riski artıran faktörler olarak bulunan cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu çok değişkenli yöntemle incelendiğinde riskli bulunmamıştır

**Tablo 4.45. Alkol kullanımı ile ilişkili faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmesi**

	$\beta$	S.E.	$p$	OR	GA (%95)
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek				1	
Kadın	-1,771	1,171	0.130	0.170	0.017-1.689
<b>Yaş</b>					
50 yaş altı				1	
50 yaş ve üzeri	-0.720	0.890	0.419	0.487	0.085-2.788
<b>Medeni Durum</b>					
Evli			0.265	1	
Boşanmış-eşi ölmüş	-16.374	7711.496	0.998	<0.001	<0.001-
Bekar	1.153	0.708	0.103	3.169	0.792-12.683
<b>Çalışma Durumu</b>					
Çalışmıyor				1	
Çalışıyor	0.753	0.881	0.339	2.123	0.454-9.924

$R^2=0.195$

$\chi^2=1.704$ ,  $df=5$ ,  $p=0.888$

Fiziksel inaktivite ile sosyo-demografik faktörler arasında lojistik regresyon analizi yapılmıştır (Tablo4.46.). Modele öğrenim düzeyi ve medeni durum konulmuştur. Oluşturulan modelin Hosmer-Lemeshow testi  $p$ -değeri 0.734,  $R^2$  değeri 0.049 olarak bulundu. Tek değişkenli analizlerde riski artıran faktör olarak bulunan medeni durum çok değişkenli yöntemle incelendiğinde riskli bulunmamıştır. Lojistik regresyon analizi sonucunda fiziksel inaktivite açısından öğrenim düzeyi lise altında olanlar, lise ve üzeri öğrenim görenlerden 1.702 kat ( $p=0.043$ ) riskli bulunmuştur.

**Tablo 4.46. Fizik aktivite ile ilişkili faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmesi**

	$\beta$	S.E.	$p$	OR	GA (%95)
<b>Öğrenim Düzeyi</b>					
Lise ve üzeri				1	
Lise altı	0.532	0.262	0.043	1.702	1.017-2.846
<b>Medeni Durum</b>					
Evli			0.134	1	
Boşanmış-eşi ölmüş	-0.005	0.441	0.991	0.995	0.420-2.361
Bekar	0.708	0.184	0.874	0.971	1.015-4.058

$R^2=0.049$

$\chi^2=0.619$ ,  $df=2$ ,  $p=0.734$

Obezite ile sosyo-demografik faktörleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır (Tablo4.47.). Modele cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, aile tipi konulmuştur. Oluşturulan modelin Hosmer-Lemeshow testi  $p$ -değeri 0.865,  $R^2$  değeri 0.166 olarak bulundu. Tek değişkenli analizlerde riski artıran faktörler olarak bulunan cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, aile tipi çok değişkenli yöntemle incelendiğinde riskli bulunmamıştır

**Tablo 4.47. Obezite ile ilişkili faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmesi**

	$\beta$	S.E.	$p$	OR	GA (%95)
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek				1	
Kadın	0.455	0.299	0.128	1.576	0.878-2.829
<b>Yaş</b>					
50 yaş altı				1	
50 yaş ve üzeri	0.516	0.270	0.056	1.676	0.987-2.845
<b>Öğrenim Düzeyi</b>					
Lise altı				1	
Lise ve üzeri	-0.443	0.343	0.196	0.642	0.328-1.256
<b>Medeni Durum</b>					
Evli			0.046	1	
Boşanmış-eşi ölmüş	0.111	0.451	0.806	1.117	0.462-2.702
Bekar	-1.879	0.760	0.013	0.153	0.034-0.678
<b>Çalışma Durumu</b>					
Çalışmıyor				1	
Çalışıyor	-0.284	0.339	0.402	0.753	0.387-1.463
<b>Aile Tipi</b>					
Çekirdek-tek ebeveyn				1	
Geniş aile	0.435	0.254	0.087	1.545	0.939-2.542

$R^2=0.166$ ,  $\chi^2=3.907$ ,  $df=8$ ,  $p=0.865$

Hipertansiyon ile sosyo-demografik faktörleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır (Tablo4.48.). Modele cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, sağlık güvencesi, aile tipi konulmuştur. Oluşturulan modelin Hosmer-Lemeshow testi  $p$ -değeri 0.360,  $R^2$  değeri 0.285 olarak bulundu. Tek değişkenli analizlerde riskli artıran faktörler olarak bulunan öğrenim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, sağlık güvencesi çok değişkenli yöntemle incelendiğinde riskli bulunmamıştır. Lojistik regresyon analizi sonucunda hipertansiyon olma durumu açısından kadınlar, erkeklerden 1.860 kat ( $p=0.041$ ) riskli bulunmuştur. 50 yaş ve üzeri kişiler, 50 yaş altı kişilerden 5.100 kat ( $p<0.001$ ) riskli bulunmuştur. Geniş aileler, çekirdek-tek ebeveyni olanlardan 1.829 kat ( $p=0.022$ ) riskli bulunmuştur.

**Tablo 4.48. Hipertansiyon ile ilişkili faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmesi**

	$\beta$	S.E.	<i>p</i>	OR	GA (%95)
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek				1	
Kadın	0.621	0.303	0.041	1.860	1.026-3.372
<b>Yaş</b>					
50 yaş altı				1	
50 yaş ve üzeri	1.629	0.279	<0.001	5.100	2.951-8.817
<b>Öğrenim Düzeyi</b>					
Lise ve üzeri				1	
Lise altı	0.350	0.317	0.270	1.419	0.762-2.644
<b>Medeni Durum</b>					
Evli			0.438	1	
Boşanmış-eşi ölmüş	-0.555	0.556	0.318	0.574	0.193-1.707
Bekar	0.367	0.454	0.419	1.444	0.593-3.516
<b>Çalışma Durumu</b>					
Çalışıyor				1	
Çalışmıyor	0.088	0.325	0.787	1.092	0.577-2.066
<b>Sağlık Güvencesi</b>					
Sağlık güvencesi yok				1	
Sağlık güvencesi var	0.764	0.615	0.214	2.147	0.643-7.168
<b>Aile Tipi</b>					
Çekirdek-tek ebeveyn				1	
Geniş aile	0.604	0.264	0.022	1.829	1.089-3.071

$R^2=0.285$

$\chi^2=7.694, df=7, p=0.360$

## 5. TARTIŞMA

Çiftlik Köyünde erişkin nüfusta yürütülen bu çalışmada araştırma grubundaki bireylerin %52.3'ü kadın, %47.7'si erkek olup, yaş ortalaması 46.5 yıldır. Araştırma grubundaki bireylerin %65.7'sinin eğitim düzeyi ilkokul ve altındadır. Araştırma grubundaki bireylerin meslek dağılımında ilk sırayı %43.7 ile ev hanımları almaktadır. Bu sonuçların en önemli nedenlerinden biri araştırmanın mesai saatlerinde yapılması ve hanelerde ev hanımlarının daha çok bulunması olabilir.

Araştırma grubunda kişilerin kendilerine göre gelir düzeylerini %34.9'u düşük, %62.2'si orta, %2.4'ü yüksek olarak belirtmiş. Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada bireyler kendilerine göre gelir düzeylerini %30.4'ü düşük, %65.6'sı orta, %4.0'ü yüksek olarak belirtmiştir (86). Sağiroğlu'nun Kayseri'de yaptığı çalışmada ekonomik durumlarını bireylerin %6.5'i kötü, %71.0'ı orta, %22.5'i ise iyi olarak belirtmiştir (87).

EURIKA çalışmasına göre ülkemizde aktif sigara içiciliği %23.7 ile Avrupa ortalaması olan %21.3'e yakındır (88). TKrHRF çalışması sonuçlarına göre Türkiye'de 15 yaş üstü yetişkinlerde düzenli sigara kullanan %23.9, ara sıra kullanan %5.6, bırakanlar %8.6 iken hiç kullanmayanlar ise %61.9 oranındadır (15). KYTA 2008 sonuçlarına göre Türkiye'de sigara kullanma prevalansı % 31.2'dir. Sigarayı her gün düzenli içenler %27.4, ara sıra içenler %3.8, bırakanlar %15.9 hiç içmeyenler ise %52.8 oranındadır (13). KYTA 2012 sonuçlarına göre Türkiye'de sigara kullanma sıklığı % 27.1'dir. Sigarayı her gün düzenli içenler %23.8, ara sıra içenler %3.3, bırakanlar %13.1, hiç içmeyenler ise %59.8 oranındadır (14). Gökmen Durgun'un Bursa'da yaptığı çalışmada sigara içme sıklığı %23.5, sigarayı bırakmış olanlar %11.7, hiç kullanmamış olanlar %64.8 oranındadır (89). Sağiroğlu'nun Kayseri'de yaptığı çalışmada sigara içme sıklığı %23 bulunmuştur (87). Önen'in Bitlis'te yaptığı çalışmada araştırma grubunun %37.0'si sigara kullanmakta ve %63.0'ü sigara kullanmamaktadır (90). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada araştırma grubunun %24.0'ü düzenli, %1.9'u ara sıra sigara kullanmakta iken, %10.9'u sigarayı bırakmış, %63.2'si ise hiç sigara kullanmamıştır (86). Bu çalışmada katılımcıların düzenli sigara kullanım sıklığı %22.5, ara sıra kullanım sıklığı %1.3, sigara bırakmış olanların sıklığı %9.7, hiç kullanmamış olanların sıklığı %66.5

bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar sigara içme sıklığının literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir.

KYTA 2008 (13) sonuçlarına göre sigara kullanma sıklığı erkeklerde %47.9, kadınlarda %15.2'dir. TKrHRF çalışmasına göre sigara kullanım sıklığı erkeklerde % 43.0, kadınlarda %17.0 olarak bulunmuştur (15). KYTA 2012 sonuçlarına göre ise sigara kullanma sıklığı erkeklerde %41.5, kadınlarda %13.1'dir (14). 2003-2005 yılları arasında Doğu Karadeniz Bölgesinde yürütülen bir çalışmada sigara kullanma sıklığı erkeklerde %53.2, kadınlarda %20.4'dür (91). Sağıroğlu'nun Kayseri'de yaptığı çalışmada sigara içme sıklığı erkeklerde %28.0, kadınlarda %21.5 olarak bulunmuştur (87). Önen'in Bitlis'te yaptığı çalışmada erkeklerin % 55.0'i ve kadınların % 15.8'i sigara içmektedir (90). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada erkeklerin %43.9'u, kadınların %10.6'sı tütün ürünü kullanmaktadır (86). Bu çalışmada erkeklerin %40.4'ü, kadınların %9.7' si tütün ürünü kullanmaktadır. Yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre erkek cinsiyette olmak kadın cinsiyete göre tütün ürünü kullanımı açısından 4.20 kat riskli bulunmuştur. Tüm çalışmalarda erkekler kadınlardan daha fazla sigara kullanmaktadır. Bu sonuçlarda kadınların sigara içmesini hoş karşılamayan geleneksel kültürün baskılayıcı işlevinin etkili olduğu söylenebilir.

Çan ve arkadaşlarının Doğu Karadeniz Bölgesinde yürüttüğü çalışmada lise mezunlarının %46.3'ü sigara kullanmaktadır (91). KYTA 2008 ve KYTA 2012 sonuçlarına göre lise mezunlarının sigara içme sıklığı sırasıyla %40.8 ve %33.9 olarak bulunmuştur (13,14). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada lise ve üzeri öğrenim görenlerin % 41.6'sı tütün ürünü kullanmaktadır (86). Bu çalışmada ise lise ve üzeri eğitim görenlerde sigara içme sıklığı %33.7'dir. Bu çalışmanın sonuçları daha önce yapılan çalışmalara benzer şekilde tütün ürünü kullanımının lise ve üzeri eğitim görenlerde, eğitim düzeyi düşük olanlardan daha yüksek olarak bulunmuştur.

Çan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada bekarlarda sigara içme sıklığı %41.2'dir (91). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada bekarların %40.7'si tütün ürünü kullanmaktadır (86). Bu çalışmada bekarların tütün ürünü kullanma sıklığı % 48.9'dur.

Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada gelir getirir bir işte çalışanların %46.1'i, çalışmayanların %13.3'ü tütün ürünü kullanmaktadır (86). Bu çalışmada gelir getirir bir işte çalışanların %49.6'sı, çalışmayanların %12.6'sı tütün ürünü kullanmaktadır. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda gelir getirir bir işte çalışanlar, gelir getirir bir işte çalışmayanlara göre tütün ürünü kullanımını açısından 2.72 kat riskli bulunmuştur.

KYTA 2008 sonuçlarına göre %2.3, TKrHRF çalışması sonuçlarına göre %2.9 oranında nargile tüketilmektedir (13,15). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada nargile tüketimi %2.0'dır (86). Bu çalışmada nargile kullanım sıklığı % 4.0 olarak bulunmuştur.

KYTA 2008 sonuçlarına göre günlük içilen ortalama sigara adedi erkeklerde 19.3, kadınlarda 12.2'dir (13). TKrHRF sonuçlarına göre günlük içilen ortalama sigara adedi erkeklerde 17.2, kadınlarda 11.0'dir (15). KYTA 2012 sonuçlarına göre ise günlük içilen ortalama sigara adedi erkeklerde 20.3, kadınlarda 15.3'dir (14). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada günlük içilen ortalama sigara adedi 16.6'dır. Erkeklerde 17.3, kadınlarda 13.3'tür (86). Bu çalışmada günlük ortalama sigara adedi 17.0'dır. Erkeklerde 18.5, kadınlarda 11.5'dir. Yapılan tüm araştırmalara göre günde içilen ortalama sigara adedi 10'dan fazladır. Günde içilen ortalama sigara adedi erkeklerde, kadınlara göre daha yüksektir. Günlük ortalama içilen sigara adedi hem erkeklerde hem de kadınlarda zamanla artmaktadır.

KYTA 2008 sonuçlarında işyerlerinde pasif sigara maruziyeti %38.5 olarak belirtilmiştir (13). KYTA 2012 sonuçlarına göre ise işyerlerinde sigara dumanına maruziyet %15.6 oranındadır (14). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada işyerinde sigara dumanından etkilenen erişkin oranı %22.8'dir (86). Bu çalışmada işyerinde pasif sigara maruziyeti %20.4 olarak bulunmuştur.

KYTA 2008, KYTA 2012 ve TKrHRF sonuçlarına göre evde pasif sigara maruziyeti oranları sırasıyla %41.1, %38.3, %37.1'dir (13,14,15). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada evlerde sigara dumanından etkilenen erişkin oranı %29.3'dür (86). Bu çalışmada evde pasif sigara dumanından etkilenim oranı %26.8 bulunmuştur.

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri sonuçlarına göre Türkiye'de alkol kullanma sıklığı %13.0 olup, kırdan %11.0, kentte %14.0 olarak

bulunmuştur (15). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 sonuçlarına göre Türkiye’de alkol kullanma sıklığı tüm bölgelerde %10.4, kırdada %7.3, kentte ise %11.8’dir (92). Onur’un Bolu’da yaptığı çalışmada araştırma grubunun alkol kullanım oranı %4.9’dur (86). Bu çalışmada alkol kullanım oranı %3.0 olarak bulunmuştur. Bu çalışma sonuçlarına göre alkol kullanım oranı yapılan çalışmalardan daha düşük bulunmuştur.

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri sonuçlarına göre günlük 5 ve üzeri standart içki tüketenlerin oranı %7.0’dır. Bir oturuşta 5 standart içki veya daha fazlasını içen yetişkinlerin %11.9’u ayda birden az, %2.1’i ayda bir, %1.5’i haftada bir içmekte; %84.5’i hiç içmemektedir (15). Onur’un Bolu’da yaptığı çalışmada alkol kullananların %8.1’i bir oturuşta 5 standart içki veya daha fazlasını ayda birden az, %16.2’si ayda bir, %5.4’ü haftada bir içmektedir (86). Bu çalışmada alkol kullananların %25.0’i 5 standart içki veya daha fazlasını ayda birden az, %25.0’i ayda bir, %8.0’i haftada bir içmektedir.

Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015 sonuçlarına göre alkol kullanma sıklığı erkeklerde %24.3 iken, kadınlarda %5.8’dir (93). Sağıroğlu’nun Kayseri’de 30 yaş ve üzeri erişkinlerde yürüttüğü çalışmaya göre erkeklerin %14.0’ü, kadınların %0.7’si alkol kullanmaktadır (87). Onur’un Bolu’da yaptığı çalışmada erkeklerin %8.8’i, kadınların %1.3’ü alkol kullanmaktadır (86). Bu çalışmada erkeklerin %5.6’sı, kadınların %0.5’i alkol kullanmaktadır.

UHHA sonuçlarına göre alkol kullanma sıklığı 18-29 yaş grubunda %18.5 olup yaş arttıkça alkol kullanım sıklığı azalmaktadır (46). Onur’un Bolu’da yaptığı çalışmada alkol kullanım oranı 50 yaş altında %6.9, 50 yaş ve üzerinde 2.6’dır (86). Bu çalışmada alkol kullanım oranı 50 yaş altında %4.5, 50 yaş ve üzerinde %1.1 olarak bulunmuştur.

Onur’un Bolu’da yaptığı çalışmada evli olanların %3.7’si, bekarların ise %14.0’i alkol kullanmaktadır (86). Bu çalışmada evli olanların %2.0’i, bekarların ise %10.6’sı alkol kullanmaktadır.

TKrHRF çalışması sonuçlarına göre yetişkinlerde kırsal bölgelerde beyaz ekmek tüketimi sıklığı %86.9 iken, kepekli, çavdarlı, yulaflı ekmek tüketim sıklığı %13.1 bulunmuştur (15). Onur’un Bolu’da yaptığı çalışmada araştırma grubunun %63.7’si beyaz ekmek, %57.5’i köy ekmeği, %6.3’ü kepekli, çavdar,

yulaflı ekmek, %1.3'ü ise yufka ekmek tüketmektedir (86). Bu çalışmada araştırma grubunun %76.4'ü beyaz ekmek, %51.0'ı köy ekmeği, %11.0'ı kepekli, çavdar, yulaflı ekmek, %4.5'i ise yufka ekmek tüketmektedir. Bu çalışmada da beyaz ekmek tüketimi yapılan çalışmalarla uyumlu olarak en yüksek bulunmuştur.

TNSA 2013 sonuçlarına göre kırsal bölgelerde evlerde en sık içme suyu kaynağı %48.0 şebeke suyu, %22.0 kaynak suyu ve %10.0 kuyu suyudur (68). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada en sık kullanılan içme suyu kaynakları %63.6 çeşme suyu, %26.6 kökez suyu, %9.9 hazır paketlenmiş su, %8.5 kaynak suyu ve %2.9 ise kuyu suyudur (86). Bu çalışmada araştırma grubunun %74.5' i çeşme suyu, %24.9'u hazır paketlenmiş su, %14.5'i kaynak suyu ve %8.3'ü ise kuyu suyu kullanmaktadır.

TKrHRF çalışmasına göre kırsal bölgelerde 15 yaş üzeri yetişkinlerin yemeklerde en çok kullandığı yağ %58.8 ayçiçek yağı, %25.5 zeytinyağı, %12.3 tereyağ, %3.4 margarin olarak belirlenmiştir (15). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada araştırma grubunun %83.8'i ayçiçek yağı, %44.9'u tereyağı, %19.9'u zeytinyağı, %8.7'si mısırözü yağı, %4.5'i ise margarin kullanmaktadır (86). Bu çalışmada araştırma grubunun %91.7'si ayçiçek yağı, %53.4'ü tereyağı, %33.0'ı zeytinyağı, %5.1'i mısırözü yağı, %13.7'si ise margarin, kullanmaktadır. Yapılan çalışmalara göre yemeklerde en çok ayçiçek yağı kullanılmaktadır.

UHHA sonuçlarına göre 18 yaş üzeri yetişkinlerde kırsal bölgelerde günde ortalama  $1,65 \pm 2,42$  porsiyon meyve tüketilirken, günde  $1,56 \pm 2,54$  porsiyon sebze tüketilmektedir (46). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada günlük meyve tüketimi ortalama  $1,09 \pm 1,21$  porsiyondur. Günlük sebze tüketimi ortalaması  $1,11 \pm 1,42$  porsiyondur (86). Bu çalışmada günlük meyve tüketimi ortalaması  $1,15 \pm 0,99$  porsiyondur. Günlük sebze tüketimi ortalaması  $1,40 \pm 1,05$  porsiyondur. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi 2004'ün önerisine göre günlük toplam meyve veya sebze tüketimi en az 5 porsiyon olmalıdır (95). Çalışmalar günlük önerilen 5 porsiyon meyve ve sebze tüketiminin altında meyve ve sebze tüketildiğini göstermektedir.

Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada araştırma grubunun %28.7'si orta düzeyde fizik aktivite yapmakta, %32.6'sı ağır düzeyde fizik aktivite yapmakta,

%38.7'si ise fizik aktivite yapmamaktadır (86). Bu çalışmada araştırma grubunun %39.4'ü orta düzeyde fizik aktivite yapmakta, %3.2'si ağır düzeyde fizik aktivite yapmakta, %57.4'ü ise fizik aktivite yapmamaktadır.

1998 yılında yapılan TURDEP-I çalışmasında (96) ortalama BKİ 22.3 bulunmuş iken, 2010 yılında ki TURDEP-II'de (97) 32.0 olarak hesaplanmıştır. Sağiroğlu'nun Kayseri'de yaptığı çalışmada BKİ ortalaması erkeklerde 27.6, kadınlarda 29.4 bulunmuştur (87). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada en düşük BKİ 16.02, en yüksek BKİ 52.74, ortanca 27.28, ortalama BKİ  $27.96 \pm 5.57$ 'dir (86). Bu çalışmada en düşük BKİ 15.82, en yüksek BKİ 47.09, ortanca 27.58, ortalama BKİ  $28.26 \pm 5.23$ 'dir. Ortalama BKİ yönünden ülkemizdeki çalışmalar ile bu çalışma sonuçları birbiriyle uyumluydu. Bu çalışmada tüm bireylerin BKİ ortalamaları fazla kilolu grupta bulunmuştur.

TURDEP- II sonuçlarına göre Türkiye'de yetişkinlerin BKİ'ne göre sınıflandırılması %1.0 düşük kilolu, %26.0 normal kilolu, %36.2 hafif şişman, %32.2 obez, %3.2 ise morbid obez şeklindedir (97). Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015 verilerinde ise Türkiye'de yetişkinlerin %4.2'si düşük kilolu, %42.2'si normal kilolu, %33.7'si hafif şişman ve %19.9'u obezdir (93). Çayır'ın Ankara'da yaptığı çalışmada araştırma grubunun BKİ değerleri incelendiğinde, %34.0'ının normal, %38.0'ının hafif şişman ve %28.0'ının obez olduğu belirlenmiştir (94). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada araştırma grubunun %1.7'si düşük kilolu, %30.7'si normal kilolu, %36.2'si fazla kilolu, %27.8'i obez, %3.6'sı ise morbid obezdir (86). Bu çalışmada ise yetişkinlerin %1.6'sı düşük kilolu, %24.7'si normal kilolu, %40.2'si fazla kilolu, %30.2'si obez, %3.3'ü ise morbid obez bulunmuştur. Bu çalışmada aşırı kilo ve obezitenin fazla görülmesi diyet ve sedanter yaşam tarzından kaynaklanıyor olabilir.

TEKHARF çalışmasına göre 1990 yılında Türkiye'de 20 yaş ve üzeri yetişkinlerde erkeklerin %12.8'i, kadınların %29.2'si obez bulunmuştur (82). TEKHARF çalışması 2000-2004 kohortu sonuçlarına göre erkeklerin %21.6'sında, kadınların %64.3'ünde abdominal obezite olduğu tespit edilmiştir (98). 1997-1998 yıllarında yapılan TURDEP-I sonuçlarına göre yetişkinlerde obezite oranı erkeklerde %13.2, kadınlarda %32.9'dur (96). 2010 yılında yürütülen TURDEP-II çalışması sonuçlarında ise obezite erkeklerin %27.3,

kadınların %44.2'sinde görülmektedir (97). TKrHRF çalışması sonucunda ise obezite prevalansı toplamda %26.1 olup, erkeklerin %16.2'si, kadınların %31.1'i obez sınıfındadır (15). Ankara'da yapılan bir çalışmada obezite sıklığı kadınlarda %35.1, erkeklerde %16.4 olarak bulunmuştur (94). Türkiye Sağlık istatistikleri Yıllığı 2015 sonuçlarına göre erkeklerin %15.32'ü, kadınların %24.5'i obezdir (93). Gökmen Durgun 'un yaptığı çalışmada obez olanların oranı toplamda %23.5, kadınlarda %25.8, erkeklerde %14.9 olarak saptanmıştır (89). Sağıroğlu'nun Kayseri'de yaptığı çalışmada obezite sıklığı erkeklerde %25.7, kadınlarda %47.2 bulunmuştur (87). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada erkeklerin %22.9'u, kadınların %39.3'ü obezdir (86). Bu çalışmaya göre erkeklerin %24.7'si kadınların %40.5'i obez olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yapılan çalışmalarda obezite sıklığı kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. Kadınlarda obezitenin fazla görülmesinin sebebi erkeklerin günlük yaşamlarında daha çok fiziksel hareket yapmalarından kaynaklanıyor olabilir.

TURDEP-I çalışması sonuçlarına göre kadınların ortalama bel çevresi 87.2 cm, erkeklerin ortalama bel çevresi 90.0 cm'dir (96). Gökmen Durgun 'un yaptığı çalışmada kadınların ortalama bel çevresi 86.7 cm, erkeklerin ortalama bel çevresi 95.9 cm'dir (89). Sağıroğlu'nun Kayseri'de yaptığı çalışmada ortalama bel çevresi erkeklerde 98.7, kadınlarda 94.3 bulunmuştur (87). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada bel çevresi ortalaması 97.15 cm, ortalama bel çevresi erkeklerde 98.05 cm, kadınlarda 96.31 cm bulunmuştur (86). Bu çalışmada bel çevresi ortalaması 97.11 cm, ortalama bel çevresi erkeklerde 98.7 cm, kadınlarda 96.5 cm bulunmuştur. Bu çalışmada daha önce yapılan çalışmalarla uyumlu olarak ortalama bel çevresi erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.

TURDEP-I çalışması sonuçlarında ortalama kalça çevresi erkeklerde 101.5 cm, kadınlarda 107.2 cm olarak belirlenmiştir (96). Gökmen Durgun 'un çalışması ise ortalama kalça çevresini erkeklerde 104.8 cm, kadınlarda 105.6 cm olarak bulmuştur (89). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada kalça çevresi ortalaması 106.17 olup, ortalama kalça çevresi erkeklerde 103.8 cm, kadınlarda 108.3 cm'dir (86). Bu çalışmada kalça çevresi ortalaması 106.89 iken, ortalama kalça çevresi erkeklerde 103.4 cm, kadınlarda 109.9 cm'dir. Bu çalışmada daha

önce yapılan çalışmalarla uyumlu olarak ortalama kalça çevresi erkeklerde kadınlara göre daha düşük bulunmuştur.

TURDEP-I çalışmasına göre BKO kadınlarda 0.81, erkeklerde 0.88 olarak hesaplanmış iken, TEKHARF'in 2000-2004 kohortunun incelendiği çalışmada BKO kadınlarda 0.86, erkeklerde 0.93 olduğu belirlenmiştir (96,98). Gökmen Durgun'un çalışmasında BKO kadınlarda 0.81, erkeklerde 0.91'dir (89). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada BKO erkeklerde 0.92, kadınlarda 0.90'dır (86). Bu çalışmada BKO erkeklerde 0.94, kadınlarda 0.88'dir. BKO'nun erkeklerde yüksek çıkmasının sebebi abdominal obezitenin erkeklerde daha çok görülmesi olabilir.

Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada araştırma grubunun %56.7'sinin bel çevresi geniş, %55.7'sinin bel kalça oranı geniştir (86). Bu çalışmada araştırma grubunun %57.6'sinin bel çevresi geniş, %43.4'ünün bel kalça oranı geniştir

Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada obez olanların oranı evlilerde % 34.7, bekarlarda % 8.1, boşanmış-eşi ölmüşlerde % 31.8 olarak bulunmuştur (86). Bu çalışmada obez olanların oranı evlilerde %36.1, bekarlarda %4.3, boşanmış-eşi ölmüşlerde %50.0 olarak bulunmuştur. Çalışmalar bekarlarda obezite görülme oranı, evlilerden ve boşanmış-eşi ölmüşlerden daha düşük oranda görülmektedir. Bu sonuçların nedeni bekarların daha genç yaşta olması ve kadınlarda gebeliğe bağlı oluşabilecek kilo artışlarından olabilir.

Onur'un yaptığı çalışmada obezite sıklığı 50 yaş altında %21.2 iken, 50 yaş ve üzerinde %43.3 olarak bulunmuştur (86). Bu çalışmada obezite sıklığı 50 yaş altında %23.6 olup, 50 yaş ve üzerinde %43.7 bulunmuştur. Bu sonuçlara göre obezitenin yaşla birlikte arttığı düşünülebilir.

Çayır'ın yaptığı çalışmada okur-yazar olamayanların % 64.0'ının, yüksekokul mezunu olanların %17.2'sinin obez olduğu belirlenmiştir (94). Onur'un yaptığı çalışmada obezite sıklığı lise altı eğitim alanlarda %36.8, lise ve üzeri eğitim alanlarda %18.8 bulunmuştur (86). Bu çalışmada obezite sıklığı lise altı eğitim alanlarda %38.9, lise ve üzeri eğitim alanlarda %16.3 bulunmuştur. Buna göre eğitim düzeyi arttıkça obezite sıklığının azaldığı söylenebilir.

Çayır'ın Ankara'da yaptığı çalışmada sigara içenlerin %27.8'i obez iken, sigara içmeyenlerin %29.0'ı obezdir (94). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada

tütün ürünü kullananların %18.5'i obez iken, kullanmayanların %36.1'i obezdir (86). Bu çalışmada tütün ürünü kullananların %18.7'si obez iken, kullanmayanların %37.6'sı obezdir. Tütün ürünü kullananlarda obezitenin daha az görülmesi tütün ürünlerinin iştahı azaltması nedeniyle olabilir.

Önen'in Bitlis'te yaptığı çalışmada katılımcıların sistolik kan basıncı ortalaması  $126.29 \pm 17.86$  mmHg ve diyastolik kan basıncı ortalaması  $78.68 \pm 10.73$  mm Hg olarak ölçülmüştür (90). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada sistolik kan basıncı ortalaması  $128.19 \pm 16.22$  mmHg, diyastolik kan basıncı ortalaması  $80.00 \pm 10.45$  mmHg 'dir (86). Bu çalışmada sistolik kan basıncı ortalaması  $130.33 \pm 17.49$  mmHg, diyastolik kan basıncı ortalaması  $82.36 \pm 10.81$  mmHg 'dir.

Patent 1'e göre kan basıncı sınıflandırması oranı %26.1 optimal, %29.9 normal, %14.7 yüksek normal, %17.3 evre 1, %7.5 evre 2, %4.5 evre 3 şeklindedir (98). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada araştırma grubunun %24.7'si optimal, %27.6'sı normal, %22.0'ı yüksek normal, %12.2'si evre 1, %3.7'si evre 2, %0.9'u evre 3, %8.9'u ise izole sistolik kan basıncı düzeylerine sahiptir (86). Bu çalışmada araştırma grubunun %18.2'si optimal, %21.2'si normal, %18.8'i yüksek normal, %18.5'i evre 1, %10.7'si evre 2, %3.8'i evre 3, %8.8'i ise izole sistolik kan basıncı düzeylerine sahiptir.

Patent 1 sonuçlarına göre Türkiye'de 2003 yılında hipertansiyon prevalansı %31.8 bulunup, kadınların %36.1'i, erkeklerin %27.5'i hipertansif olarak saptanmıştır (98). TEKHARF çalışmasının 2007-2008 kohortu sonuçlarında hipertansiyon sıklığı erkeklerde %37.7, kadınlarda %46.3 olarak bulunmuştur (99). TURDEP-II çalışması sonuçlarına göre hipertansiyon sıklığı erkeklerde %30.9, kadınlarda %32.3 olarak bulunmuştur (97). Önen'in Bitlis'te yaptığı çalışmada hipertansiyon prevalansı toplamda %35.5, erkeklerde %31.0, kadınlarda %40.8 bulunmuştur (90). Sağiroğlu'nun Kayseri'de yaptığı çalışmada hipertansiyon sıklığı erkeklerde %41.9, kadınlarda %38,8 bulunmuştur (87). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada hipertansiyon sıklığı %37.7 olup, bu oran erkeklerde %34.5, kadınlarda %40.6 bulunmuştur (86). Bu çalışmada hipertansiyon sıklığı erkeklerde %39.3, kadınlarda %52.8, toplamda % 46.4 bulunmuştur. Literatürle uyumlu olarak bu çalışmada hipertansiyon kadınlarda,

erkeklerden daha fazla görülmekte ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Patent 1'e göre hipertansiyon sıklığı 35-64 yaş aralığında %42.3 iken, 65 yaş üzerinde %75.1 olarak bulunmuştur (98). TKrHRF çalışması sonuçlarında 25-34 yaş aralığında hipertansiyon sıklığı %5.2 iken, 65-74 yaş aralığında %67.1 olarak tespit edilmiştir (15). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada hipertansiyon sıklığı 50 yaş altında %19.8, 50 yaş ve üzerinde %58.7'dir (86). Bu çalışmada 50 yaş altında hipertansiyon sıklığı %26.6, 50 yaş üzerinde %69.0 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre yaş arttıkça hipertansiyon prevalansının da arttığı söylenebilir.

Önen'in Bitlis'te yaptığı çalışmada boşanmış-eşi ölmüş olanların %62.0'ı ve evli olanların %34.2'si yüksek kan basıncına sahip iken, medeni durumu bekar olanlar %18.5 ile daha düşük bir orana sahiptir (90). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada evli olanların %37.9'unda, boşanmış-eşi ölmüş olanların %56.1'inde, bekarların ise %22.1'inde hipertansiyonu mevcuttur (86). Bu çalışmada evli olanların %48.3'ünde, boşanmış-eşi ölmüş olanların %79.2'sinde, bekarların ise %17.0'ında hipertansiyon vardır.

Önen'in Bitlis'te yaptığı çalışmada bir işte çalışmayanlarda yüksek kan basıncı sıklığı %44.7 iken, çalışanlarda bu oran daha azdır (90). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada yüksek kan basıncı sıklığı gelir getirir bir işte çalışmayanlarda %42.4 iken, gelir getirir bir işte çalışanlarda %30.7 bulunmuştur (86). Bu çalışmada ise yüksek kan basıncı sıklığı gelir getirir bir işte çalışmayanlarda %52.0 iken, gelir getirir bir işte çalışanlarda %34.5 bulunmuştur.

Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada tütün ürünü kullananların %28.0'ında hipertansiyon var iken, kullanmayanların %41.2'sinde hipertansiyon vardır. Alkol kullananların %21.6'sı, kullanmayanların ise %38.5'i hipertansiyon hastasıdır (86). Bu çalışmada tütün ürünü kullananların %26.4'ü hipertansiyon hastası iken, kullanmayanların %52.8'i hipertansiyon hastasıdır. Alkol kullananların %18.2'si, kullanmayanların ise %47.2'si hipertansiyon hastasıdır.

Önen'in Bitlis'te yaptığı çalışmada obez olanların hipertansiyon sıklığı %50.7 ve obez olmayanların hipertansiyon sıklığı %31.9 oranındadır (90). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada obez olanların %57.0'si, obez olmayanların

%28.8'i hipertansiyon hastasıdır. Bel çevresi geniş olanların hipertansiyon sıklığı %43.5, bel çevresi geniş olmayanların ise %29.9'dur. BKO geniş olanlarda hipertansiyon sıklığı %41.2, BKO geniş olmayanlarda ise %33.1 oranındadır (86). Bu çalışmada obez olanların %65.0'ı, obez olmayanların %37.2'si hipertansiyon hastasıdır. Bel çevresi geniş olanlarda hipertansiyon sıklığı %59.5, bel çevresi geniş olmayanlarda %28.5 bulunmuştur. BKO geniş olanlarda hipertansiyon sıklığı %53.1, BKO geniş olmayanlarda %41.2 oranında belirlenmiştir. Bu çalışmada obez olanlarda, bel çevresi geniş olanlarda ve BKO geniş olanlarda hipertansiyon istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

TKrHRF çalışması sonuçlarına göre hipertansiyon tanısı olanların %30.2'sinin tansiyonu kontrol altındadır (15). PatenT 1 sonuçlarına göre hipertansiyon kontrol altında olma oranı %20.7'dir (98). Onur'un Bolu'da yaptığı çalışmada hipertansiyon tanısı alanların tansiyonunun kontrol altında olma oranı %60.2'dir. Daha önce hipertansiyon tanısı olmayanların ölçüm sonucu hipertansif bulunma durumu ise %5.3'dür (86). Bu çalışmada hipertansiyon tanısı alanların tansiyonunun kontrol altında olma oranı %23.6'dır. Daha önce hipertansiyon tanısı olmayanların ölçüm sonucu hipertansif bulunma durumu ise %33.6'dır.

## 6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1.Sonuçlar

Araştırma grubunun %47.7'si erkek, %52.3'ü kadındır. Yaş ortalaması  $46.50 \pm 15.58$  olup, en küçük yaş 18, en büyük yaş 84 ve ortanca yaş 48'dir. Eğitim düzeyine göre %49.9'u ilköğretim mezunudur. Medeni duruma göre %79.4'ü halen evlidir. Araştırma grubunun %43.7'si ev hanımıdır. %68.1'i gelir getirir bir işte çalışmamaktadır. Sağlık güvencesine göre %71.6'sı SSK üzerinden sağlık sigortasına sahiptir. Aile tipine göre %64.9'u çekirdek ailede yaşamaktadır. %62.2'si kendine göre gelir düzeyini orta olarak ifade etmiştir.

Tütün ürünü kullanma durumuna göre araştırma grubunun %24.4'ü sigara, nargile veya diğer tütün ürünlerinden en az bir tanesini kullandığını belirtmiştir. Erkekler, 50 yaş altındakiler, lise ve üstü öğrenim görenler, bekarlar, çalışanlar istatistiksel anlamı olarak daha fazla tütün ürünü kullanmaktadır ( $p < 0.05$ ). Lojistik regresyon analizi sonucunda tütün ürünü kullanımını açısından cinsiyete göre erkek olmak 4.204 kat ( $p < 0.001$ ) riskli bulunmuştur. Yaşa göre 50 yaş altındakiler, 50 yaş ve üzerinelere göre 3.643 kat ( $p < 0.001$ ) riskli bulunmuştur. Gelir getirir bir işte çalışanlar, çalışmayanlara göre 2.717 kat ( $p = 0.003$ ) riskli bulunmuştur.

Araştırma grubunun alkollü içecek kullanımına göre %3.0'ı alkollü içecek kullanıyor. Erkekler, bekarlar, çalışanlar istatistiksel anlamı olarak daha fazla alkol kullanmaktadır ( $p < 0.05$ ).

Araştırma grubunun tükettiği ekmek türüne göre %76.4'ü beyaz ekmek tüketmektedir. Kullanılan içme suyuna göre %74.5'i çeşme suyu kullanmaktadır. Yemeklerde kullanılan yağ türüne göre %91.7'si ayçiçek yağı kullanmaktadır. Araştırma grubunda günlük ortalama  $1.15 \pm 0.99$  porsiyon meyve, ortalama  $1.40 \pm 1.05$  porsiyon sebze tüketilmektedir. Araştırma grubunun yemeklerin tadına bakmadan tuz atma durumuna göre %38.9'u tadına bakmadan tuz atmaktadır. Araştırma grubunun zayıflama amaçlı olarak diyet yapma durumuna göre %78.6'sı diyet yapmadığını belirtmiştir.

Araştırma grubunun fizik aktivite yapma durumuna göre %57.4'ü fizik aktivite yapmamaktadır. Lise ve üzeri öğrenim görenler, bekarlar istatistiksel anlamlı olarak daha fazla fiziksel aktivite yapmaktadır ( $p<0.05$ ). Lojistik regresyon analizi sonucunda fiziksel inaktivite açısından öğrenim düzeyi lise altında olanlar, lise ve üzeri öğrenim görenlerden 1.702 kat ( $p=0.043$ ) riskli bulunmuştur. Araştırma grubunun spor alanları oluşturulması halinde fizik aktiviteyi artırma durumuna göre %63.5'i artırmayı düşündüğünü belirtmiştir.

Araştırma grubunun BKİ ortalaması  $28.26\pm 5.23$ 'dür. Araştırma grubunun obezite sıklığına göre %33.0'ı BKİ'ye göre obezdir. Araştırma grubunun bel çevresi ve bel kalça oranına göre %57.6'sının bel çevresi geniş; %43.4'ünün bel kalça oranı geniştir. Kadınlar, 50 yaş üzerinde olanlar, ortaokul ve altında öğrenim görenler, boşanmış-eşi ölmüş olanlar, çalışmayanlar istatistiksel anlamlı olarak daha fazla obezite görülmektedir ( $p<0.05$ ). Tütün ürünü kullanmayanlarda istatistiksel anlamlı olarak daha fazla obezite görülmektedir.

Araştırma grubunda ortalama sistolik kan basıncı  $130.33\pm 17.49$  mmHg'dir. Araştırma grubunda ortalama diyastolik kan basıncı ortalama  $82.36\pm 10.81$ mmHg'dir. Araştırma grubunda hipertansiyon prevalansı %46.4'dür. Kadınlar, 50 yaş üstündekiler, ortaokul ve altında öğrenim görenler, boşanmış-eşi ölmüşler, çalışmayanlar, Sağlık güvencesi olanlar, geniş aile tipinde yaşayanlar hipertansiyon istatistiksel anlamlı olarak daha fazla görülmektedir ( $p<0.05$ ). Tütün ürünü kullanmayanlarda hipertansiyon istatistiksel anlamlı olarak daha fazla görülmektedir ( $p<0.05$ ). Obez olanlar, bel çevresi geniş olanlar, BKO geniş olanlarda hipertansiyon istatistiksel anlamlı olarak daha fazla görülmektedir ( $p<0.05$ ). Lojistik regresyon analizi sonucunda hipertansiyon olma durumu açısından kadınlar, erkeklerden 1.860 kat ( $p=0.041$ ) riskli bulunmuştur. 50 yaş ve üzeri kişiler, 50 yaş altı kişilerden 5.100 kat ( $p<0.001$ ) riskli bulunmuştur. Geniş aileler, çekirdek-tek ebeveyni olanlardan 1.829 kat ( $p=0.022$ ) riskli bulunmuştur. Araştırma grubunda hipertansiyon tanısı olanlardan %23.6'sının tansiyonu kontrol altında bulunmuştur. Hipertansiyon tanısı olmayanlardan %33.6'sı hipertansif olarak saptanmıştır.

## 6.2.Öneriler

Toplumda kalp ve damar hastalıkları ve risk faktörleri farkındalığının artırılmasını sağlayarak kalp ve damar hastalıkları gelişimi riskinin azaltılması sağlanmalıdır. Halkın yaşam tarzı değişiklikleri hakkında bilgilendirilmesinde fayda görülmektedir. Kalp ve damar hastalıkları, risk faktörleri konusunda topluma yönelik bilgilendirici kampanyalar sürdürülmeli. Kalp ve damar hastalığı risk faktörleri olan bireyler için fiziksel aktivite alışkanlığının kazandırılmasının sağlanması önemli bir yaklaşımdır.

Sigaranın zararları konusunda etkili halk eğitimi kampanyaları yapılarak bu araştırmada risk grubu olarak bulunan erkekler, genç yaşlardakiler, lise ve üstü öğrenim görenler, bekarlar ve gelir getiri bir işte çalışanlar gibi risk altında olan kişilere özel müdahaleler yapılmalıdır. Gençlerin sigaraya başlaması önlenmeli, sigara içenlere bırakmaları için destek sağlanmalı, sigara içmeyenler pasif sigara dumanı etkileniminden korunmalı ve toplumlar sigaranın zararlarından korunmuş olmalıdır. Son yıllarda alınan önlemlerle azaltılan sigara kullanma sıklığını daha da azaltmak için caydırıcı politikalara devam edilmeli.

Alkol tüketilmemeli ya da en aza indirilmelidir. Alkolün zararları hakkında halk eğitimleri yapılmalıdır.

Diyette doymuş yağ oranı azaltılmalı, tekli ve çoklu doymamış yağ asitlerini içeren yağların oranı artırılmalıdır. Tam buğday ekmeği tercih edilmelidir. Günde en az 5 porsiyon meyve ve sebze tüketilmesi ve tuz tüketiminin azaltılması için farkındalık sağlanmalıdır.

Toplumdaki bireylere fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırmaya yönelik fiziksel aktivite imkanlarını oluşturmalıdır. Yerel yönetimlerin işbirliğinde toplumda düzenli fiziksel aktivitenin yaygınlaştırılması, spor tesislerinin ve rekreasyon alanlarının oluşturulması için gerekli mevzuat vb. çalışmalar yapılmalı. Ev içinde kolaylıkla uygulanabilecek tarzda fiziksel aktivite uygulamaları geliştirilmelidir. Bireyler haftada en az 150 dakika fizik aktivite yapmaları konusunda bilgilendirilmelidir.

Koruyucu sağlık ve aile hekimliği hizmetleri kapsamında öncelikli olarak risk gruplarına (Kadınlar, 50 yaş üzerinde olanlar, ortaokul ve altında öğrenim görenler, boşanmış-eşi ölmüş olanlar, çalışmayanlar sigarayı bırakanlar vb.) yönelik obezite ile mücadele uygulamalarının yaygınlaştırılmalıdır. Obezite ile mücadele ile ilgili konularda topluma doğru mesajların ulaştırılması amacıyla medya ile işbirliğinin sağlanması ve bu kapsamda bilgi ve bilinç düzeyinin artırılması sağlanmalıdır.

Tuz tüketimine dikkat edilmelidir. Tuz tüketimi ile hipertansiyon arasında doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Tuzun azaltılması konusunda kalp, hipertansiyon vb. özel hasta gruplarının ihtiyaçlarına yönelik eğitim materyalleri hazırlanmalı ve farkındalık çalışmaları yürütülmelidir. Hipertansiyon farkındalık, tedavi ve kontrol oranlarının artırılması ve hipertansiyonu önlemeye yönelik çalışmaların yapılmasına gerek vardır.

## 7. KAYNAKLAR

- 1.T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020, Ankara, Türkiye, 2015.
- 2.TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri 2016.  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572> Erişim tarihi:12.06.2017.
- 3.WHO, STEPwise Approach to Surveillance (STEPS).  
<http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/en/> Erişim tarihi:19.07.2016.
4. WHO, Noncommunicable Diseases.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> Erişim tarihi:16.06.2017.
- 5.WHO, Cardiovascular Diseases (CVDs).  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> Erişim tarihi:02.05.2017.
6. World Health Statistics 2017. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2017.
- 7.WHO Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, Turkey, 2014.  
[http://www.who.int/nmh/countries/tur\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/countries/tur_en.pdf) Erişim tarihi:20.07.2016.
- 8.WHO ,The top 10 causes of death.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> Erişim tarihi: 12.06.2017.
- 9.Neye Karşı Savaşıyoruz? Koroner Kalp Hastalığı Epidemiyolojisi.  
<http://webb.deu.edu.tr/halksagligi/SaglikCalisanlaraYonelikguncelKonular> Erişim tarihi:20.07.2016.
- 10.WHO Global Status Report on Noncommunicable Disease. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2014 s:28-32, 53-63.
- 11.Seydioğulları M. Dünya’da ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları, Tütün ve Tütün Kontrolü. Sağlık Bakanlığı-Türk Toraks Derneği Yayınları. Ankara, Türkiye,2011;S:3-21.
- 12.World Health Statistics 2016. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2016; P:36-37.
- 13.Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008, Türkiye raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye, 2010 s:37-69.
- 14.Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012, Türkiye raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, Türkiye.2014 s:33-55,67-79.

- 15.Ünal B, Ergör G. Türkiye Kronik Hastalıklar ve risk faktörleri Sıklığı Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara, Türkiye. 2013;s:43-83,129-145,153-186.
- 16.Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye. 2004; S: 24-40.
- 17.Karlıkaya C, Öztuna F, Aytemur Solak Z, Özkan M, Örsel O. Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi, 2006.
- 18.WHO, Tobacco. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> Erişim tarihi:12.06.2017.
- 19.Aydınlar A, Özyardımcı N. Sigara ve Sağlık. Bursa, 2002; s: 206-215.
- 20.Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Küresel Sağlık için Küresel Eylem. Ergüder T, Sağlık Bakanlığı-Temel sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye, 2008.
- 21.Bilir N. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu 2008, MPOWER Paketi. S: 23-41.
- 22.4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun. Resmi Gazete Tarihi: 26.11.1996, Sayısı: 22829.
- 23.Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008-2012, T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara, Türkiye. 2008; S: 11-35.
- 24.5727 Sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'da Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmi Gazete Tarihi: 3 Ocak 2008, Sayısı: 26761.
25. 6354 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmi Gazete Tarihi: 12 Temmuz 2012, Sayısı: 28351.
- 26.Koçum E. Bağımlılık Yapan Maddeler ve Etkileri. Erciyes Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmasötik Kimya Anabilim Dalı, Kayseri 2012;s: 7-15.
- 27.A summary of Global Status Report on Alcohol. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2014.

- 28.The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 1992.
- 29.Rimm EB, Klatsky A, Grobbee D, Stampfer MJ. Review of Moderate Alcohol Consumption and Reduced Risk of Coronary Heart Disease: is the Effect Due to Beer, Wine, or Spirits. *BMJ*, 1996; 312: 731-736.
- 30.Law M, Wald N. Why Heart Disease Mortality is Low in France: The Time Lag Explanation. *BMJ*, 1999; 318: 1471-1476.
- 31.Çelik S, Görgülü Ş, Tezel T. Alkol Tüketimi ve Koroner Kalp Hastalığı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2002; 30: 634-639.
- 32.Hansen AS, Marckmann P, Dragsted LO, FinnéNielsen IL, Nielsen SE, Grønbaek M. Effect of Red Wine and Red Grape Extract on Blood Lipids, Haemostatic Factors and Other Risk Factors for Cardiovascular Disease, *European JCN*, 2005; 5: 210-18.
- 33.Klatsky AL, Friedman GD, Armstrong MA. The Relationships Between Alcoholic Beverage Use and Other Traits to Blood Pressure: a New Kaiser Permanente Study. *Circulation*, 1986; 73: 628-636.
- 34.Goldberg IJ, Mosca L, Piano MR, Fisher EA. Wine and Your Heart. A Science Advisory for Healthcare Professionals from the Nutrition Committee and Council on Cardiovascular Nursing of the American Heart Association. *Circulation*, 2001; 103 (3): 472-475.
- 35.Thomas G, Haider B, Oldewurter HA, Lyons MM, Yeh CK, Regan TJ. Progression of myocardial abnormalities in experimental alcoholism. *Am J Cardiol*, 1980; 46: 233-241.
- 36.A summary of Global Status Report on Alcohol. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2001.
- 37.6487 Sayılı Bazı Kanunlar ile 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Resmi Gazete Tarihi: 11.06.2013, Sayısı: 28674.
- 38.Kuş S. Alkol Kontrolü Stratejileri. T.C. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu. Ankara, Türkiye. 2012.

- 39.WHO, Diet. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/diet/en/> Erişim tarihi: 27.07.2016.
- 40.A Framework to Monitor and Evaluate Implementation.  
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/M&E-ENG-09.pdf?ua=1> Erişim tarihi: 27.07.2016.
- 41.WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2012; P: 1-21.
- 42.Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, Türkiye. 2002.
43. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Eylem Planı 2014-2017. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara, Türkiye. 2013; S: 32-37.
- 44 WHO, Healty Diet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/> Erişim Tarihi:27.07.2016.
- 45.WHO, Tuz Azaltma. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs393/en/> Erişim Tarihi: 27.05.2017.
- 46.Ulusal Hane Halkı Araştırması 2003. T. C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara, Türkiye. 2003; S: 30-41,51-52.
- 47.Willett W C. Dietary Fats And Coronary Heart Disease, Journal of Internal Medicine. 2012;272:13-24.
- 48.Nagura J, Iso H, Watanabe Y, Maruyama K, Date C, Toyoshima H, Yamamoto A, Kikuchi S, Koizumi A, Kondo T,Wada Y, Inaba Y, Tamakosh A and the JACC Study group. Fruit, vegetable and bean intake and mortality from cardiovascular disease among Japanese men and women: the JACC Study. British Journal of Nutrition,2009;102:285-292.
- 49.WHO and Food Standarts Agency. Creating an Enabling Environment for Population Based Salt Reduction Strategies.2010.
- 50.Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, Feldman HA, McKinlay S. The Pawtucket Heart Health Program: Community Changes in Cardiovascular Risk Factors and Projected Disease Risk. Am J Public Health, 1995; Jun; 85 (6): 777-85.

- 51.WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2013; S:7-13.
52. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2013-2017. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, Türkiye. 2013.
- 53 Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, Türkiye. 2014; S: 1-4.
- 54.WHO, Physical Activity and Adults.  
[http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_adults/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/) Erişim tarihi: 28.07.2016.
- 55.WHO, Physical Activity. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> Erişim tarihi: 28.07.2016.
- 56.Oguma Y, Shinoda-Tagawa T. Physical Activity Decreases Cardiovascular Disease Risk in Women: Review and Meta-Analysis. Am J PrevMed, 2004; 26(5): 407-418.
- 57.İşleğen Ç. Fiziksel Aktivite Ve Koroner Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri. Spor Hekimliği Dergisi, 2007; 42, S: 157-180.
58. Technical Consultation Meeting on the European Physical Activity for Health Strategy. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2015/01/technical-consultation-meeting-onthe-european-physical-activity-for-health-strategy> Erişim tarihi:28.07.2016.
- 59.WHO, Obesity and Overweight.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Erişim Tarihi:28.07.2016.
- 60.WHO Body Mass Index Classification.  
[http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) Erişim Tarihi:28.07.2016.
- 61.Waist circumference and waist-hip ratio: Report of WHO expert consultation. Geneva, Switzerland. 2008; P: 27-28.
- 62.Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, Türkiye. 2015; S: 11-17.
- 63.Marie et all. Global, Regional and National Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adults 1980-2013: A Systematic Analysis. Lancet, 2014; 384: 766-781.

- 64.Ogden CL, Carroll MD, Fryar CD, Flegal KM. Prevalence of Obesity Among Adults and Youth: United States, 2011–2014.NCHS,2015.
- 65.Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara, Türkiye. 1999; S: 21.
- 66.Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara, Türkiye. 2004; S: 30.
- 67.Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara, Türkiye. 2009; S: 32
- 68.Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye. 2014; S: 33-34.
- 69.Besler T, Ersoy G, Karağaoğlu N, Pekcan G. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Ankara,2014; S194-195,324-353,483-493.
- 70.Rexrode KM, Carey VJ, Hennekens CH, Walters EE, Colditz GA, Stampfer MJ. Abdominal Adiposity and Coronary Heart Disease in Women. JAMA, 1998; 280(21): 1843-8.
- 71.Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S. Effect of Potentially Modifiable Risk Factors Associated with Myocardial Infarction in 52 Countries (The INTERHEART Study): Case-control Study. Lancet, 2004; 364: 937-952.
- 72.Onat A. Türkiye’de Obezitenin Kardiyovasküler Hastalıklara Etkisi. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2003; 31: 279-289.
- 73.Sağlık 21 Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Türkiye. 2001; S: 79-86.
- 74.Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye. 2008; S: 27-35.
- 75.Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2010-2014. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, Türkiye. 2010; S: 28-33.

- 76.Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. [www.tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm](http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm) Erişim tarihi 01.08.2016.
- 77.Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M. 2013, ESH/ESC Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: European Society of Hypertension (ESH). *J Hypertens*, 2013; 31 (7): 1281-357.
- 78.Dönmez i, Memioğlu T, Erdem F. Yeni kılavuzlar ışığında hipertansiyon tanı ve tedavisi. *European Journal of Health Science* 2015;1(1):49-53.
- 79.ASH/ISH HT tedavi kılavuzu. <http://www.winally.com/2013/12/30/ashish-ht-tedavi-kilavuzu/> Erişim tarihi:01.08.2016.
- 80.WHL Hypertension Globally. <http://www.worldhypertensionleague.org/index.php/jstuff/hypertension-globally> Erişim tarihi:29.07.2016.
- 81.World Health Statistics 2015. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2015.
- 82.Onat A, Şenocak M, Örnek E. Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması: 5. Hipertansiyon ve Sigara İçimi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 1991; 19: 169- 177.
- 83.Onat A, Başar Ö, Keleş İ. Prospektif İncelemede Koroner Mortalitenin En İyi Belirleyicisi; Kan Basıncı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2001; 29: 344- 353.
- 84.Chobanian AV, Bakris GL, Black HR. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*, 2003; 289 (19): 2560–2572.
- 85.Çiftlikköy/Düzce.<http://www.gdd.org.tr/koydetay.asp?id=109> Erişim tarihi:29.07.2016.
- 86.Onur İ. Bolu İli Doğançlı Köyü Erişkin Nüfusta Kalp Ve Damar Hastalıkları İçin Risk Faktörleri Sıklığı Ve İlişkili Faktörler. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Bolu 2016.
- 87.Sağiroğlu M. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran 30 Yaş ve Üzeri Bireylerde Kardiyovasküler Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Kayseri 2014.

88. Banegas JR, Lopez-Garcia E, Dallongeviller J, et al. Achievement of treatment goals for primary prevention of cardiovascular disease in clinical practice across Europe: the EURAKIA study. *Eur Heart J* 2011; 32: 2143-2152.
89. Gökmen Durgun A. Bursa İlinde Obezite Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Bursa. 2012.
- 90.Önen C. Bitlis İl Merkezindeki Yetişkinlerde Hipertansiyon Sıklığı Ve Yöresel Beslenmeyle İlişkisi, İnönü Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Malatya 2015.
- 91.Çan G, Çakırbay H, Topbaş M. The Prevalence of Cigarette Smoking in the Eastern Black Sea Region. *Tuberk Toraks*, 2007; 55: 141-7.
- 92.Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Ankara, 2015.
- 93.Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Ankara, 2016.
- 94.Çayır A. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Sıklığı ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.
- 95.Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, 5.baskı.T. C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara. 2007; S: 25-26.
- 96.Satman İ, Yılmaz T, Şengul A. Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*, 2002; 25: 1551-56.
- 97.Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması II. [http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP\\_II\\_2011 .pdf](http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf) Erişim tarihi: 29.07.2016.
- 98.Onat A, Uyarel H, Karabulut A, Albayrak S, Doğan Y, Can G, Hergenç G, Sansoy V. Halkımızda Abdominal Obezitede Risk Faktörü Kümelenmeleri ve Demografik Dağılımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2005; 33(4): 195-203.
- 99.Onat A. Alkol İçimi: Risk Değişkenleri ve Kardiyometabolik Risk Üzerine Uzun Vadede Etkileri, TEKHARF Çalışması 2009. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 2009; 37 (2): 83-90.

100.Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Erginel-Ünaltuna N, Kaya A, Altay S.  
TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük 2017.



## 8.EKLER

### EK.1.Anket Formu

#### DÜZCE İLİ ÇİFTLİK KÖYÜ ERİŞKİN NÜFUSTA KALP VE DAMAR HASTALIKLARI İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Anket no:

Tarih:...../...../.....

Bu çalışma yetişkinlerde kalp ve damar hastalıkları risk faktörleri olan sigara alkol, beslenme, fizik inaktivite, obezite ve hipertansiyon sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Düzce Valiliği il halk sağlığı müdürlüğünden ve Düzce Üniversitesi etik kurulundan çalışma için gerekli izin alınmıştır. Ankete katılım isteğe bağlı olup verilecek bilgiler gizli tutulacak ve bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak, hiçbir kişi veya kurumla paylaşılmayacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Adres:

#### **BÖLÜM 1:SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

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

2.Doğum Tarihiniz: ...../...../.....

Yaşınız:

3.Eğitim düzeyiniz:

1 ( ) Okuryazar değil

5 ( ) Lise

2 ( ) Okuryazar

6 ( ) Üniversite

3 ( ) İlkokul

7 ( ) Lisansüstü (yüksek lisans/doktora)

4 ( )Ortaokul

4.Medeni durumunuz:

1 ( ) Halen evli

4 ( ) Halen evli,ayrı yaşıyor

2 ( ) Boşanmış

5 ( ) Bekar hiç evlenmemiş

3 ( )Eşi ölmüş

5.Çalışma durumunuz:

1 ( )Çalışıyor

4 ( )Emekli-çalışıyor

2 ( )Çalışmıyor-iş arıyor

5 ( )Emekli-çalışmıyor

3 ( )Çalışmıyor-iş aramıyor

6.Çalışıyorsanız nerede çalışıyorsunuz?

7.Mesleğiniz:

8.Çalıştığımız yerde ne iş yapıyorsunuz:

9.Tam konulmuş herhangi bir sağlık sorunuz var mı?

10.Sağlık güvenceniz:

- 1 ( )Sağlık güvencesi yok  
2 ( )Yeşil kart  
3 ( )SSK  
4 ( )Bağ-Kur

- 5 ( )Emekli Sandığı  
6 ( )Özel sandıklar( Banka,vakıf,vb)  
7 ( )Özel sigorta  
8 ( )Diğer.....

11.Kaç senedir burada oturuyorsunuz?

12.Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

13.Aile tipiniz:

- 1 ( ) Çekirdek aile(anne,baba,çocuk)  
2 ( )Geniş aile (anneanne,babaanne,dede)

- 3 ( )Tek ebeveynli aile  
4 ( )Diğer

14.Evde kullandığınız ısınma / yakıt türü :

- 1 ( )Soba-Kömür  
2 ( )Soba-Odun  
3 ( )Kalorifer-Kömür  
4 ( )Kalorifer-Motorin

- 5 ( ) Elektrik sobası  
6 ( ) Klima  
7 ( )Ocak-Şömine  
8 ( ) Diğer.....

15.Haneye giren toplam gelir:

Geliri paylaşan kişi sayısı:

16.Gelir düzeyiniz size göre nasıldır?

- 1 ( )Çok düşük  
2 ( ) Düşük  
3 ( ) Orta

- 4 ( )Yüksek  
5 ( )Çok yüksek

17.Gelir-gider durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- 1 ( ) Gelirim giderimden az                      2 ( ) Gelirim giderime eşit                      3 ( ) Gelirim giderimden fazla

**BÖLÜM 2 :RİSK FAKTÖRLERİ**

**A.SİGARA**

18.Sigara kullanıyorsunuz mu ?

- 1 ( ) Hayır(22. Sorudan devam ediniz)  
2 ( )Evet,düzenli olarak(günde en az 1 adet)  
3 ( )Evet,ara sıra(günde birden az)  
4 ( )Bıraktım.....gün.....ay.....yıl önce\*

\*İçtiğiniz dönemde ne sıklıkla sigara içerdimiz?

- 1 ( )Sigara.....adet/gün  
2 ( )Sigara.....adet/hafta

- 3 ( )Sigara.....adet/ay  
4 ( )Sigara.....adet/yıl

19.Sigaraya ilk kez kaç yaşında başladınız ?.....yaşında

20.Ne kadar sıklıkla sigara içiyorsunuz ?

- 1 ( )Sigara.....adet/gün  
2 ( )Sigara.....adet/hafta

- 3 ( )Sigara.....adet/ay  
4 ( )Sigara.....adet/yıl

21.Sigarayı bırakmayı denediniz mi?

- 1 ( ) Denedim, tekrar deneyeceğim  
2 ( ) Denedim tekrar denemeyi düşünmüyorum  
3 ( ) Denedim ,bıraktım, tekrar başladım

- 4 ( ) Denemedim, bırakmayı düşünüyorum  
5 ( ) Denemedim, bırakmayı düşünmüyorum

22.Nargile kullanıyor musunuz ?

- 1 ( )Hayır  
2 ( )Evet, düzenli olarak( günde en az 1 kez)

- 3 ( )Evet, ara sıra  
4 ( ) Bıraktım.....gün.....ay.....yıl önce

23. Başka bir tütün ürünü kullanıyor musunuz?.....

- 1 ( ) Hayır  
2 ( ) Evet, düzenli olarak (günde en az 1 kez)  
3 ( ) Evet, ara sıra  
4 ( ) Bıraktım.....gün.....ay.....yıl önce

24. Evinizin içinde sigara içiliyor mu?

- 1 ( ) Hayır içilmiyor  
2 ( ) Evet, her gün içiliyor  
3 ( ) Evet ara sıra içiliyor

25. Çalıştığınız işyerinde kapalı alanlarda sigara içiliyor mu?

- 1 ( ) Hayır içilmiyor  
2 ( ) Evet, her gün içiliyor  
3 ( ) Evet ara sıra içiliyor  
4 ( ) Çalışmıyorum

26. Sürekli bulunduğunuz (komşu-kahvehane vb.) ortamlarda sigara içiliyor mu ?

- 1 ( ) Hayır içilmiyor  
2 ( ) Evet, her gün içiliyor  
3 ( ) Evet, ara sıra içiliyor

27. Babanız sigara kullanıyor mu/muydu ?

- 1 ( ) Evet  
2 ( ) Hayır  
3 ( ) Bilmiyorum

28. Anneniz sigara kullanıyor mu/muydu ?

- 1 ( ) Evet  
2 ( ) Hayır  
3 ( ) Bilmiyorum

29. Tütün ürünü kullanımının kalp ve damar hastalıklarına sebep olabileceğini düşünüyor musunuz?

- 1 ( ) Evet  
2 ( ) Hayır  
3 ( ) Bilmiyorum

#### B. ALKOL

30. Ne sıklıkla alkollü içecek kullanıyorsunuz?

- 1 ( ) Kullanmıyorum (33. Sorudan devam ediniz)  
2 ( ) .....kez/gün  
3 ( ) .....kez/hafta  
4 ( ) .....kez/ay  
5 ( ) .....kez/yıl  
6 ( ) ....gün.... ay.....yıl önce bırakmış

31. Alkol aldığınız bir günde genellikle kaç standart içki içersiniz ?

(1 standart içki =1 küçük bira=1 kadeh şarap=1 tek rakı=1 tek votka)

(Bir büyük bira=1,5 standart içki )

.....

32. Ne sıklıkla bir oturuşta 5 standart içki veya daha fazla içiyorsunuz ?

- 1 ( ) Hiç  
2 ( ) Ayda birden az  
3 ( ) Ayda bir  
4 ( ) Haftada bir  
5 ( ) Her gün veya hemen her gün

33. Alkol kullanımının kalp ve damar hastalıklarına sebep olabileceğini düşünüyor musunuz?

- 1 ( ) Evet  
2 ( ) Hayır  
3 ( ) Bilmiyorum

#### C. BESLENME

34. En sık hangi tür ekmek tüketirsiniz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1 ( ) Beyaz  
2 ( ) Kepekli, çavdar, yulaflı  
3 ( ) Köy ekmeği  
4 ( ) Yufka ekmeği  
5 ( ) Ekmek yemiyorum  
6 ( ) Diğer.....

35.İçme suyu olarak ne kullanırsınız?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1 ( )Çeşme suyu  
2 ( )Hazır paketlenmiş su  
3 ( ) Kuyu suyu  
4 ( ) Pınar/kaynak suyu  
5 ( )Diğer.....

36.Yemeklerde hangi tür yağ kullanırsınız?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1 ( )Tereyağı  
2 ( )Margarin  
3 ( )Zeytinyağı  
4 ( )Ayçiçek yağı  
5 ( )Mısırözü  
6 ( )Fındık yağı  
7 ( )Diğer.....

37.Bir haftada kaç gün meyve tüketirsiniz?.....

38.Bir günde ne kadar meyve tüketirsiniz?

(1 porsiyon:1 elma ya da 1 şeftali ya da 2 mandalina ya da 1 portakal ya da 1dilim karpuz ya da 1 dilim kavun ya da 4 kayısı ya da 6 erik ya da yarım nar ya da yarım greyfurt ya da 10 çilek ya da15 üzüm tanesi ya da bir küçük muz)

Her gün meyve tüketimi yoksa '0' yazılacak.

.....porsiyon

39.Bir haftada kaç gün sebze tüketirsiniz?.....

40.Bir günde ne kadar sebze tüketirsiniz?

(1 porsiyon:4 yemek kaşığı pişmiş sebze ya da havuç, domates, enginar, kabak, patlıcan, ispanak gibi sebzelerden bir tanesi ya da 1 kase salata)

Her gün sebze tüketimi yoksa '0' yazılacak.

.....porsiyon

41. Yemeklere tadına bakmadan tuz atarmısınız?

- 1 ( )Her zaman  
2 ( )Sıklıkla  
3 ( )Arasına  
4 ( ) Bazen  
5 ( )Hiçbir zaman

42. Beslenme davranışlarının kalp ve damar hastalıklarına sebep olabileceğini düşünüyor musunuz?

- 1 ( ) Evet  
2 ( )Hayır  
3 ( ) Bilmiyorum

43.Kilo verme amaçlı diyet yapıyor musunuz?

- 1 ( ) Evet kendi bilgilerime göre  
2 ( )Evet televizyon, gazete, internetten öğrendiğim bilgilere göre  
3 ( )Evet, uzman görüşü alarak( hekim, diyetisyen )  
4 ( )Hayır yapmıyorum

#### D.FİZİK AKTİVİTE

44.Spor ya da fizik egzersiz yapıyor musunuz?

- 1 ( ) Hiç spor/fizik egzersiz yapmadım  
2 ( )Halen ara sıra spor/fizik egzersiz yapıyorum  
3 ( )Haftada en az 3 gün ,en az yarım saat yürüyüş, bahçe işleri, bisiklete binme gibi aktiviteler yaparım  
4 ( )Haftada en az 3 gün ,en az yarım saat koşma, hızlı tempo ile yürüme, yüzme ,atlama gibi aktiviteler yaparım

45.Genellikle her gün ortalama kaç kat merdiven çıkarsınız?

- 1 ( ).....kat  
2 ( )Hiç çıkmam

46. En az 10 dakika süren ve kalp atışımızı ya da solunumunuzu artıracak kadar koşma , hızlı tempo ile yürüme, yüzme, atlama, ağır kaldırma, odun kesme, bahçede çukur kazma gibi ağır fizik aktiviteler, spor ya da boş zaman aktiviteleri yapıyor musunuz?

1 ( )Evet

2 ( ) Hayır

Haftada.....gün

Fizik aktivite yaptığım günde.....dakika

47.En az 10 dakika süren ve kalp atışımızı ya da solunumunuzu orta düzeyde artıran yürüyüş, bahçe işleri, bisiklete binme gibi fizik aktiviteler, spor ya da boş zaman aktiviteleri yapıyor musunuz?

1 ( )Evet

2 ( ) Hayır

Haftada.....gün

Fizik aktivite yaptığım günde.....dakika

48.İşyerinize genellikle nasıl gidersiniz?

1 ( )Yürüyerek

5 ( ) Çalışmıyorum

2 ( )Kendi arabamla

6 ( ) Servisle

3 ( )Toplu taşıma araçlarıyla

7 ( ) Diğer.....

4 ( )Taksiyle

49.Günün ortalama kaç saatini uyuyarak geçiriyorsunuz?

Hafta içi.....saat

Hafta sonu.....saat

50.Günün ortalama kaç saatini evinizde geçiriyorsunuz?(Uyku haricinde)

Hafta içi.....saat

Hafta sonu.....saat

51.Günün ortalama kaç saatini bilgisayar kullanarak geçirirsiniz?(işiniz dahil)

1 ( )Evet.....saat

2 ( ) Bilgisayar kullanmam

52.Günün ortalama kaç saatini cep telefonu kullanarak geçirirsiniz?

1 ( )Evet.....saat

2 ( ) Cep telefonu kullanmam

53.Günün ortalama kaç saatini televizyon seyrederek geçirirsiniz?

1 ( )Evet.....saat

2 ( ) Televizyon seyretmem

54.Boş zamanlarınızda yaptığınız fiziksel aktiviteleri spor alanları oluşturulsa artırmayı düşünür müsünüz?

1 ( )Evet, düşünürüm

3 ( )Bilmiyorum

2 ( ) Hayır, düşünmem

4 ( ) Var ,gidiyorum

**BÖLÜM 3: KALP VE DAMAR HASTALIKLARI FARKINDALIK DÜZEYİ**

	HİPERTANSİYON(YÜKSEK KAN BASINCI)	DİYABET(ŞEKER HASTALIĞI)	HİPERLİPİDEMI(KAN YAĞLARININ YÜKSEKLİĞİ)	OBEZİTE
Ölçtürdünüz mü?	1 ( )Evet 2 ( )Hayır* *(Diyabet bölümüne geçiniz)	1 ( )Evet 2 ( )Hayır* *(Hiperlipidemibölümüne geçiniz)	1 ( )Evet 2 ( )Hayır* *(Obezitebölümüne geçiniz)	1 ( )Evet 2 ( )Hayır* *(55. soruya geçiniz)
En son ne zaman ölçtürdünüz?	.....gün .....ay .....yıl önce	.....gün .....ay .....yıl önce	.....gün .....ay .....yıl önce	.....gün .....ay .....yıl önce
Tamı aldınız mı?	1 ( )Evet, .....gün.....ay .....yıl önce 2 ( ) Hayır* *(Diyabet bölümüne geçiniz)	1 ( )Evet, .....gün .....ay .....yıl önce 2 ( ) Hayır* *(Hiperlipidemibölümüne geçiniz)	1 ( )Evet, .....gün.....ay .....yıl önce 2 ( ) Hayır* *(Obezitebölümüne geçiniz)	1 ( )Evet, .....gün .....ay .....yıl önce 2 ( ) Hayır* *(55. soruya geçiniz)
İlaç kullanıyor musunuz?	1 ( )Evet, düzenli 2 ( )Evet, düzensiz 3 ( ) Hayır	1 ( )Evet, düzenli 2 ( )Evet, düzensiz 3 ( ) Hayır	1 ( )Evet, düzenli 2 ( )Evet, düzensiz 3 ( ) Hayır	1 ( )Evet, düzenli 2 ( )Evet, düzensiz 3 ( ) Hayır
Takip altında mısınız?	1 ( )Evet, düzenli 2 ( )Evet, düzensiz 3 ( ) Hayır	1 ( )Evet, düzenli 2 ( )Evet, düzensiz 3 ( ) Hayır	1 ( )Evet, düzenli 2 ( )Evet, düzensiz 3 ( ) Hayır	1 ( )Evet, düzenli 2 ( )Evet, düzensiz 3 ( ) Hayır

55.Bilinen kalp hastalığınız var mı?

1 ( )Evet

2 ( )Hayır

3 ( )Bilmiyorum

56.Bilinen geçirilmiş inme öykünüz var mı?

1 ( )Evet

2 ( )Hayır

3 ( )Bilmiyorum

57.Ailenizde bilinen kalp hastalığınız var mı?

1 ( )Evet

2 ( )Hayır

3 ( )Bilmiyorum

58.Ailenizde bilinen geçirilmiş inme öyküsü var mı?

1 ( )Evet

2 ( )Hayır

3 ( )Bilmiyorum

59.Ailenizde bilinen hipertansiyon(yüksek kan basıncı) öyküsü var mı?

1 ( )Evet

2 ( )Hayır

3 ( )Bilmiyorum

60.Ailenizde bilinen diyabet(şeker hastalığı) öyküsü var mı?

1 ( )Evet

2 ( )Hayır

3 ( )Bilmiyorum

61.Ailenizde bilinen hiperlipidemi(kan yağları-kolesterol yüksekliği) öyküsü var mı?

1 ( )Evet

2 ( )Hayır

3 ( )Bilmiyorum

62.Ailenizde bilinen obezite öyküsü var mı?

1 ( )Evet

2 ( )Hayır

3 ( )Bilmiyorum

**BÖLÜM 4:ÖLÇÜMLER**

Boy Uzunluğu: .....

Vücut Ağırlığı: .....

**Bel Çevresi:** .....cm

**Kalça Çevresi:** .....cm

**Kan Basıncı :**

**Sistolik:** .....mm/Hg

**Diastolik:** .....mm/Hg

**Nabız:** .....atm/dakika

**Araştırmaya katıldığımız için teşekkür ederiz.**



## EK.2.Etik Kurul Onayı

### İNVAZİV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU









ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Düzce İli Çiftlik Köyü Erişkin Nüfusta Kalp ve Damar Hastalıkları için Risk Faktörleri Sıklığı ve İlişkili Faktörler
VARSA, ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konuralp-Düzce
	TELEFON	0380 542 14 16
	FAKS	0380 542 13 02
	E-POSTA	duzceetik@duzce.edu.tr

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Atilla Senih MAYDA			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Güzelimsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diger ise belirtiniz Anket Çalışması					
	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DİĞER BİLEN BİRİMLERİN BELGELERİ	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Seyit ANKARALI  
İmza:

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**İNVAZİV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Düzce İli Çiftlik Köyü Erişkin Nüfusta Kalp ve Damar Hastalıkları için Risk Faktörleri Sıklığı ve İlişkili Faktörler							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
	OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama							
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>							
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>							
	İLAN	<input type="checkbox"/>							
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>							
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>							
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>							
DİĞER:	<input type="checkbox"/>								
KARAR BELGELERİ	Karar No:2016/50	Tarih: 30.05.2016							
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.								
<b>KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu								
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç.Dr.Seyit ANKARALI								
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *	İmza	
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Handan ANKARALI	Biyoistatistik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Ege GÜLEÇ BAYBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Gülbin SEZEN	Anestezi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI	Oroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Abdullah BELADA	KBB	Düzce Devlet Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varollar Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Şerife SÜLEK	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı:Doç.Dr.Seyit ANKARALI  
İmza:

### EK.3.Halk Sağlığı Müdürlüğü İzni



T.C.  
DÜZCE VALİLİĞİ  
HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 12651140/799  
Konu : İlyas Pektaş Tez Çalışması

#### VALİLİK MAKAMINA

İLGİ: Makamın 15/06/2016 tarihli ve 12651140-799-E.95 sayılı Olur'u  
İlyas PEKTAŞ'ın 17/10/2016 tarihli Dilekçesi yazısı gereğince; Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr.İlyas PEKTAŞ'ın, Doç.Dr. Atilla Senih MAYDA'nın tez danışmanlığında "Düzce İli Çiftlik Köyü Erişkin Nüfusta Kalp ve Damar Hastalıkları İçin Risk Faktörleri Sıklığı ve İlişkili Faktörler" başlıklı tıpta uzmanlık tezini yapması planlanmış ve sözkonusu uzmanlık tezinin Düzce İli Çiftlik Köyü'nde 09:00-17:00 saatleri ile 01/07/2016-01/08/2016 tarihleri arasında yapması Makamın 12651140-799-E.95 sayılı oluru ile uygun görülmüştür.

Ancak adı geçen personel belirtilen süre içerisinde tez çalışmasını yapamamıştır. Anılan çalışmanın 09:00-17:00 saatleri ile 03/11/2016-01/03/2017 tarihleri arasında yapılması hususunu; Onayınıza arz ederim.

Dr.Fatih TURUNÇ  
Halk Sağlığı Müdürü V.

OLUR  
.../11/2016  
Mehmet ÖZER  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

Valilik Binası D Blok Kat :1

Faks No:

e-Posta:hamiyet.caglar@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Düzce Halk Sağlığı Müdürlüğü  
Destek Hizmetleri Şube Müdürlüğü Ayrıntılı Bilgi İçin: H. ÇAĞLAR 0 380 523 92 72  
(Dahili 1472)

Bilgi için:HAMİYET ÇAĞLAR

Unvan:EBE

Telefon No:3805239272

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7721da0b-726a-4b6e-a816-709a33f64845 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

