

T.C.
ABANT İZZET BAYSALÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BOLU İLİ DOĞANCI KÖYÜ ERİŞKİN NÜFUSTA
KALP VE DAMAR HASTALIKLARI İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ SIKLIĞI
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Dr. İsmail ONUR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

BOLU, 2016

T.C.
ABANT İZZET BAYSALÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BOLU İLİ DOĞANCI KÖYÜ ERİŞKİN NÜFUSTA
KALP VE DAMAR HASTALIKLARI İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ SIKLIĞI
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Dr. İsmail ONUR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Aysu KIYAN

BOLU, 2016

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Tez Onay Belgesi

Adayın Adı Soyadı : İsmail ONUR
Anabilim Dalı/Bilim Dalı : Halk Sağlığı A.D.
Tezin Başlığı : Bolu İli Doğancı, Köy? Erişkin Nüfustan
Tezin Danışmanı : Kalp ve Damar Hastalıkları için Risk Faktörleri
Sıklığı ve ilişkili Faktörler
Tezin Savunma Tarihi : Yrd.Doç.Dr. Aysu KIYAN
07.04.2016

Jüri Başkanı Doç.Dr. Seval ALKOY

Üye Doç.Dr. Atilla Serih MAYDA

Üye Yrd.Doç.Dr. Aysu KIYAN

DEKANLIK ONAYI

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Hayrettin ÖZTÜRK

DEKAN

TEŞEKKÜR

Çalışmalarım boyunca benden yardımını esirgemeyen, tezimin her aşamasında desteğini yanımda hissettiğim değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Aysu KIYAN'a,

Eğitimime olan katkıları ve tezim sırasında bana verdiği destekle büyük bir yol almamı sağlayan Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Doç. Dr. Seval ALKOY'a

Bu araştırmanın veri toplama aşamasında büyük emeği olan Ek 5'te adı geçen intern doktor arkadaşlarıma,

Çalışmaya katılan, evlerini bize açan Doğancı Köyü halkına,

Tüm hayatım boyunca benden sevgi ve dualarını eksik etmeyen anneme, babama, kardeşlerime,

Sevgisini ve desteğini hep yanımda hissettiğim eşim Elif'e sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. İsmail ONUR

MART, 2016

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ÖZET.....	xii
ABSTRACT.....	xiv

BÖLÜM 1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş.....	1
1.2. Amaç.....	3

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp ve Damar Hastalıkları Kavramı.....	4
2.2. Kalp ve Damar Hastalıkları İçin Risk Faktörleri.....	5
2.2.1. Tütün Kullanımı	
2.2.1.1. Tanımlar.....	6
2.2.1.2. Tütün Epidemiyolojisi.....	7
2.2.1.3. Tütün Kullanımının Kalp ve Damar Hastalıkları Üzerine Etkileri.....	9
2.2.1.4. Tütün Kullanımının Önlenmesi ve Kontrolü.....	10
2.2.2. Alkol kullanımı	
2.2.2.1. Tanımlar.....	13
2.2.2.2. Alkol Epidemiyolojisi.....	15
2.2.2.3. Alkol Kullanımının Kalp ve Damar Hastalıkları Üzerine Etkileri.....	16
2.2.2.4. Alkol Kullanımının Önlenmesi ve Kontrolü.....	17
2.2.3. Beslenme	
2.2.3.1. Tanımlar.....	20
2.2.3.2. Beslenme Epidemiyolojisi.....	22
2.2.3.3. Beslenmenin Kalp ve Damar Hastalıkları Üzerine Etkileri.....	23
2.2.3.4. Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin Önlenmesi ve Kontrolü.....	24

2.2.4 Fizik Aktivite	
2.2.4.1. Tanımlar.....	26
2.2.4.2. Fizik Aktivite Epidemiyoloji.....	27
2.2.4.3. Fizik Aktivitenin Kalp ve Damar Hastalıkları Üzerine Etkileri....	28
2.2.4.4. Fizik İnaktivitenin Önlenmesi ve Kontrolü.....	29
2.2.5. Obezite	
2.2.5.1. Tanımlar.....	31
2.2.5.2. Obezite Epidemiyolojisi.....	31
2.2.5.3. Obezitenin Kalp ve Damar Hastalıkları Üzerine Etkileri.....	34
2.2.5.4. Obezitenin Önlenmesi ve Kontrolü.....	36
2.2.6. Hipertansiyon	
2.2.6.1. Tanımlar.....	38
2.2.6.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi.....	39
2.2.6.3. Hipertansiyonun Kalp ve Damar Hastalıkları Üzerine Etkileri.....	42
2.3. Kalp ve Damar Hastalıklarının Önlenmesi ve Kontrolü.....	42

BÖLÜM 3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı.....	48
3.2. Araştırma Tipi.....	48
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	48
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	49
3.5. Araştırmanın Hipotezleri.....	49
3.6. Veri Toplama Araçları.....	49
3.7. Ölçümler ve Standardizasyon.....	50
3.8. Araştırma Etiği ve İzinler.....	52
3.9. Araştırma Takvimi.....	52
3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	52
3.11. Verilerin Analizi.....	53

BÖLÜM 4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular.....	54
4.1.1. Sosyo-Demografik Özellikler.....	54

4.1.2. Risk Faktörleri	
4.1.2.1. Tütün Ürünü Kullanımı.....	59
4.1.2.2. Alkol Kullanımı.....	62
4.1.2.3. Beslenme Davranışları.....	64
4.1.2.4. Fizik Aktivite ve Sedanter Yaşam.....	67
4.1.2.5. Obezite.....	70
4.1.2.6. Hipertansiyon.....	72
4.2. Analitik Bulgular	
4.2.1. Tütün Kullanımı ve İlişkili Faktörler.....	75
4.2.2. Alkol Kullanımı ve İlişkili Faktörler.....	77
4.2.3. Fizik Aktivite ve İlişkili Faktörler.....	79
4.2.4. Obezite ve İlişkili Faktörler.....	81
4.2.5. Hipertansiyon ve İlişkili Faktörler.....	84
BÖLÜM 5. TARTIŞMA.....	88
BÖLÜM 6. SONUÇ VE ÖNERİLER	
6.1. Sonuçlar.....	103
6.2. Öneriler.....	104
BÖLÜM 7. KAYNAKLAR.....	106
BÖLÜM 8. EKLER	
Ek 1: Anket Formu.....	114
Ek 2: Etik Kurul Onayı.....	122
Ek 3: İl Sağlık Müdürlüğü İzni.....	123
Ek 4: Gönüllü Olur Formu (Katılımcı-Araştırmacı Nüshaları).....	124
Ek 5: İntern Doktor Listesi.....	126

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AHA	American Heart Association, Amerikan Kalp Derneği
AMI	Akut Myokard İnfarktüsü
ASH	American Society of Hipertension, Amerikan Hipertansiyon Cemiyeti
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BKO	Bel/Kalça Oranı
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
cm	Santimetre
DALY	Disability Adjusted Life Year, Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı
dk	Dakika
DKB	Diastolik Kan Basıncı
DM	Diabetes Mellitus
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESC	European Society of Cardiology, Avrupa Kalp Cemiyeti
ESH	European Society of Hypertension, Avrupa Hipertansiyon Cemiyeti
HDL	High Density Lipoprotein, Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HT	Hipertansiyon
ICD	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
KB	Kan Basıncı
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KDH	Kalp ve Damar Hastalıkları
kg	Kilogram
km	Kilometre
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

KVH	Kardiyovasküler Hastalıklar
KYTA	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
LDL	Low Density Lipoprotein, Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
l	Litre
m	Metre
mg/dl	Miligram/Desilitre
mmHg	Milimetre Cıva
NHANES	American National Health and Nutrition Examination Survey, American Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması
Patent	Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması
SBKK	Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım
SKB	Sistolik Kan Basıncı
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
STEPS	STEPwise approach to Surveillance, Kronik Hastalık Risk Faktörleri Sürveyansında Basamaklı Yaklaşım
SVH	Serebrovasküler Hastalık, İnme
± SS	Standart Sapma
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TEKHARF	Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TEMĐ	Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği
TKÇS	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
TKD	Türk Kardiyoloji Derneği
TKrHRF	Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UHHA	Ulusal Hane Halkı Araştırması
UHY-MEP	Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi
YLL	Years of Life Lost, Erken Ölümlere Bağlı Kaybedilen Yaşam Yılı,
YLD	Years Lost Due to Disability, Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 2.1. ESC/ESH 2013 Sınıflamasına Göre Kan Basıncı Dağılımı.....	38
Tablo 4.1.1.1. Çalışma Grubunun Cinsiyet Dağılımı, Doğancı, 2015.....	54
Tablo 4.1.1.2. Çalışma Grubunun Yaş Dağılımı, Doğancı, 2015.....	54
Tablo 4.1.1.3. Çalışma Grubunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı, Doğancı, 2015.....	55
Tablo 4.1.1.4. Çalışma Grubunun Öğrenim Düzeyi, Doğancı, 2015.....	55
Tablo 4.1.1.5. Çalışma Grubunun Medeni Duruma Göre Dağılımı, Doğancı, 2015.....	56
Tablo 4.1.1.6. Çalışma Grubunun Meslek Dağılımı, Doğancı, 2015.....	56
Tablo 4.1.1.7. Çalışma Grubunun Gelir Getirir Bir İşte Çalışma Durumu, Doğancı, 2015.....	57
Tablo 4.1.1.8. Çalışma Grubunun Sağlık Güvencesine Göre Dağılımı, Doğancı, 2015.....	57
Tablo 4.1.1.9. Çalışma Grubunun Aile Tipine Göre Dağılımı, Doğancı, 2015....	58
Tablo 4.1.1.10. Çalışma Grubunun Evde Kullandığı Isınma/Yakıt Türü, Doğancı, 2015.....	58
Tablo 4.1.1.11. Çalışma Grubunun Kendilerine Göre Gelir Düzeyi, Doğancı, 2015.....	58
Tablo 4.1.2.1.1. Çalışma Grubunda Sigara Kullanma Durumu, Doğancı, 2015....	59
Tablo 4.1.2.1.2. Çalışma Grubunda Nargile ve Sarma Sigara Kullanma Durumu, Doğancı, 2015.....	59
Tablo 4.1.2.1.3. Çalışma Grubunda Tütün Ürünü Kullanma Durumu, Doğancı, 2015.....	60
Tablo 4.1.2.1.4. Sigara Kullananlarda Günlük İçilen Adet, Doğancı, 2015.....	60
Tablo 4.1.2.1.5. Paket Yıl Türünden Sigara Kullanım Miktarı, Doğancı, 2015.....	60
Tablo 4.1.2.1.6. Çalışma Grubunda Sigaraya Başlama Yaşı, Doğancı, 2015.....	61
Tablo 4.1.2.1.7. Sigara Kullanmayı Bırakma Zamanı, Doğancı, 2015.....	61
Tablo 4.1.2.1.8. Evde ve İş Yerinde Sigara İçilme Durumu, Doğancı, 2015.....	61

Tablo 4.1.2.1.9. Çalışma Grubunda Pasif Sigaraya Maruz Kalma Durumu, Doğancı, 2015.....	62
Tablo 4.1.2.1.10. Çalışma Grubunun Anne ve Babalarının Sigara Kullanma Durumu, Doğancı, 2015.....	62
Tablo 4.1.2.2.1. Çalışma Grubunun Alkollü İçecek Kullanımı, Doğancı, 2015.....	63
Tablo 4.1.2.2.2. Alkol Kullananlarda Bir Oturuşta İçilen Standart İçki Miktarı, Doğancı, 2015.....	63
Tablo 4.1.2.2.3. Alkol Kullananlarda Bir Oturuşta 5 Standart İçki veya Daha Fazla İçme Durumu, Doğancı, 2015.....	63
Tablo 4.1.2.2.4. Alkol Kullanmayı Bırakma Zamanı, Doğancı, 2015.....	64
Tablo 4.1.2.3.1. Çalışma Grubunun Tükettiği Ekmek Türüne Göre Dağılımı, Doğancı, 2015.....	64
Tablo 4.1.2.3.2. Çalışma Grubunun Kullandığı İçme Suyuna Göre Dağılımı, Doğancı, 2015.....	65
Tablo 4.1.2.3.3. Çalışma Grubunun Kullandığı Yağ Türüne Göre Dağılımı, Doğancı, 2015.....	65
Tablo 4.1.2.3.4. Çalışma Grubunun Bir Günde Tükettiği Meyve ve Sebze Miktarı, Doğancı, 2015.....	66
Tablo 4.1.2.3.5. Çalışma Grubunun Yemeklerin Tadına Bakmadan Tuz Atma Durumu, Doğancı, 2015.....	66
Tablo 4.1.2.3.6. Çalışma Grubunun Zayıflama Amaçlı Diyet Yapma Durumu, Doğancı, 2015.....	67
Tablo 4.1.2.4.1. Çalışma Grubunda Fizik Aktivite Yapma Durumu, Doğancı, 2015.....	67
Tablo 4.1.2.4.2. Orta ve Ağır Fizik Aktivite Yapanlarda Fizik Aktivite Yapma Süreleri, Doğancı, 2015.....	68
Tablo 4.1.2.4.3. Çalışma Grubunda Çıkılan Merdiven Katı, Doğancı, 2015.....	68
Tablo 4.1.2.4.4. Çalışan Grupta İşyerine Gidiş Şekli, Doğancı, 2015.....	68
Tablo 4.1.2.4.5. Çalışma Grubunda Spor Alanları Oluşturulması Halinde Fizik Aktiviteyi Artırma Durumu, Doğancı, 2015.....	69

Tablo 4.1.2.4.6. Çalışma Grubunun Sedanter Yaşama İlişkin Değerleri, Doğancı, 2015.....	69
Tablo 4.1.2.4.7. Çalışma Grubunun Evde ve Uykuda Geçen Süre Değerleri, Doğancı, 2015.....	70
Tablo 4.1.2.5.1. Çalışma Grubunun Boy, Kilo ve BKİ Değerleri, Doğancı, 2015....	70
Tablo 4.1.2.5.2. Çalışma Grubunun BKİ Değerlerine Göre Dağılımı, Doğancı, 2015.....	71
Tablo 4.1.2.5.3. Çalışma Grubunda Obezite Sıklığı, Doğancı, 2015.....	71
Tablo 4.1.2.5.4. Çalışma Grubunun Bel Çevresi, Kalça Çevresi ve Bel Kalça Oranı Değerleri, Doğancı, 2015.....	72
Tablo 4.1.2.5.5. Çalışma Grubunun Bel Çevresi ve Bel Kalça Oranına Göre Dağılımı, Doğancı, 2015.....	72
Tablo 4.1.2.6.1. Çalışma Grubunun Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı Değerleri, Doğancı, 2015.....	73
Tablo 4.1.2.6.2. Çalışma Grubunun Kan Basıncı Düzeylerine Göre Dağılımı, Doğancı, 2015.....	73
Tablo 4.1.2.6.3. Çalışma Grubunda Hipertansiyon Sıklığı, Doğancı, 2015.....	74
Tablo 4.1.2.6.4. Hipertansiyon Tanısına Göre Tansiyon Yüksekliği, Doğancı, 2015.....	74
Tablo 4.1.2.6.5. Çalışma Grubunun Nabız Değerleri, Doğancı, 2015.....	74
Tablo 4.2.1.1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tütün Ürünü Kullanımına Etkisi, Doğancı, 2015.....	76
Tablo 4.2.2.1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Alkol Kullanımına Etkisi, Doğancı, 2015.....	78
Tablo 4.3.2.1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Fizik Aktivite Üzerine Etkisi, Doğancı, 2015.....	80
Tablo 4.2.4.1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Obezite Üzerine Etkisi, Doğancı, 2015.....	82
Tablo 4.2.4.2. Çalışma Grubunda Tütün Ürünü, Alkol Kullanımı ve Fizik Aktivitenin Obezite Üzerine Etkisi, Doğancı, 2015.....	83

Tablo 4.2.5.1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Hipertansiyon Sıklığı Üzerine Etkisi, Doğancı, 2015.....	85
Tablo 4.2.5.2. Çalışma Grubunda Tütün Ürünü, Alkol Kullanımı ve Fizik Aktivitenin Hipertansiyon Sıklığı Üzerine Etkisi, Doğancı, 2015.....	86
Tablo 4.2.5.3. Çalışma Grubunda Obezitenin Hipertansiyon Sıklığı Üzerine Etkisi, Doğancı, 2015.....	87



ÖZET

Bolu İli Doğancı Köyü Erişkin Nüfusta Kalp ve Damar Hastalıkları için Risk Faktörleri Sıklığı ve İlişkili Faktörler

Giriş ve Amaç: Kalp ve damar hastalıkları Dünyada ve ülkemizde mortalite ve morbiditenin en sık nedenidir. Kalp ve damar hastalıklarını önlemek için risk faktörlerinin ve ilişkili durumların ortaya konulması gerekmektedir. Bu çalışmada Bolu İli Doğancı Köyünde erişkin nüfusta kalp ve damar hastalıkları için risk faktörü olduğu bilinen tütün, alkol kullanımı, beslenme davranışları, fizik aktivite, obezite ve hipertansiyon sıklığı ve bunlarla ilişkili durumların ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, 957 erişkin nüfusu olan Doğancı Köyünde yürütülmüş; 796 kişiye ulaşılmış ve çalışma 749 kişi ile tamamlanmıştır. Veri toplamak için Q By Q STEPS Instrument V 3.0 esas alınarak geliştirilen soru formu araştırmacı ve intern doktorlar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Katılımcıların boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi, kalça çevresi, kan basıncı ve nabız ölçümleri yapılmıştır. Araştırma için Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulundan ve Bolu Valiliği İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır.

Bulgular: Çalışma grubunun %51,7'si kadın, %48,3'ü erkek; %45,0'i ilkokul mezunu ve yaş ortalaması $47,56 \pm 16,52$ 'dir. Kişilerin %79,3'ü halen evli, %40,9'u gelir getirir bir işte çalışmakta olup, kişilerin %71,1'i SSK üzerinden sağlık sigortası olduğunu; %65,6'sı ise gelir durumunun “orta” olduğunu ifade etmektedir. Çalışma grubunun %26,7'si tütün ürünü, %4,9'u alkol kullanmaktadır. Çalışma grubunun %63,7'si beyaz ekmek, %57,5'i köy ekmeği tüketmekte; %63,6'sı çeşme suyu, %26,6'sı Kökez suyu kullanmakta; %83,8'i ayçiçek yağı, %44,9'u tereyağı kullanmaktadır. Çalışma grubunun %28,7'si orta düzey fizik aktivite, %32,6'sı ağır düzey fizik aktivite yapmaktadır. Çalışma grubunun %31,4'ü obez, %56,7'sinin bel çevresi geniş, %55,7'sinin bel kalça oranı geniştir. Erkeklerin %22,9'u, kadınların %39,3'ü obezdir. Çalışma grubunun %37,7'si, erkeklerin %34,5'i ve kadınların %40,6'sı hipertansiyon hastasıdır. Obez olanların %57,0'ı, bel çevresi geniş olanların %43,5'i, Bel-kalça oranı geniş olanların %41,2'si hipertansiyon hastasıdır.

Sonuç: Kalp ve damar hastalıkları risk faktörlerinden tütün ve alkol kullanımı erkeklerde, obezite ve hipertansiyon kadınlarda daha fazla görölmektedir. Risk faktörlerine yönelik farkındalığı artırıcı çalışmalar yürütölmeli, müdahale programları hazırlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kalp ve damar hastalıkları, alkol, sigara, obezite, hipertansiyon, STEPS



ABSTRACT

Frequency of Risk Factors and Related Factors for Cardiovascular Diseases in Adult Population of Doğancı Village, in Bolu

Objective: Cardiovascular diseases are the most common cause of mortality and morbidity in our country and in the world. To prevent heart and vascular diseases, it is necessary to demonstrate the risk factors and related conditions. In this study, risk factors for cardiovascular diseases in adult population of Bolu Doğancı village have been examined. It is aimed to reveal the frequency of tobacco and alcohol use, nutrition, physical activity, obesity and hypertension and related factors.

Materials and Methods: The research is performed in Doğancı village, which has 957 adult population. 796 people have been reached and the study have been completed by 749 people. According to Q By Q STEPS Instrument V 3.0, a questionnaire was developed for data collection and it was implemented through face to face interviews by the researcher and intern doctors. The height, body weight, waist circumference, hip circumference, blood pressure and heart rate measurements of participants have been done. The necessary permissions for research have been received by Abant İzzet Baysal University, Human Research Ethics Committee in Social Sciences and Governorship of Bolu, Local Public Health Authority.

Results: 51.7% of study group is female and 48.3% is male. 45.0% of the group had primary school graduation and mean age is 47.56 ± 16.52 . 79.3% of the group are still married. 40.9% of them work in revenue generating jobs. 71.1% of participants state that they have health insurance through Social Security, while 65.6% of them state their income status as middle. 26.7% of the study group use tobacco products and 4.9% of them use alcohol. While 63.7% of people in study group are eating white bread, 57.5 % of them are eating village bread. 63.6% of the group use tap water, on the other hand, 26.6% of adults use Kökez water. 83.8% of group uses sunflower oil and of 44.9% uses butter. 28.7% of study group performs mid-level physical activity and 32.6% of them perform heavy physical activity. In study group, 31.4% of adult are obese, 56.7% of them have large waist

circumference and waist-hip ratio of 55.7% is large. 22.9% of men and 39.3% of women are obese. 37.7% of the study group has hypertension. 34.5% of men and 40.6% of women suffer from hypertension. 57.0% of those who are obese, 43.5% of those with large waist circumference, 41.2% of those who have large waist-hip ratio are hypertension patients.

Conclusion: From cardiovascular disease risk factors, tobacco and alcohol use in men and obesity and hypertension in women are much more frequent. It should be carry out many programs to raise awareness of risk factors and intervention programs should be prepared.

Keywords: cardiovascular disease, alcohol, smoking, obesity, hypertension, STEPS

BÖLÜM 1

GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Kronik hastalıklar “tam olarak tedavi edilemeyen ve iyileşme göstermeyen uzamış durumlar” olarak tanımlanmaktadır. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığı ve ölüm nedenleri içindeki payı giderek artmaktadır. Kronik hastalıklar çerçevesinde en büyük payı kalp ve damar hastalıkları almaktadır. Kalp ve damar hastalıkları (KDH) tanımı altında koroner arter hastalığı (KAH), serebrovasküler hastalıklar (SVH) ve periferik arter hastalıkları incelenmektedir (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; 2012 yılında 17,5 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. Kardiyovasküler hastalık ölümlerinin %82’sinden fazlası düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde meydana gelmiş, kadın ve erkeklerde yaklaşık olarak eşit dağılmıştır. 2030 yılında yaklaşık 23,3 milyon kişinin KVH nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir (2,3,4).

DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ülke Profilleri 2014 yılı raporuna göre ülkemizde ölümlerin %86’sı bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmaktadır. İlk sırada %47 oranla kardiyovasküler, serebrovasküler hastalıklar, ikinci sırada %22 oranla kanserler yer almaktadır. Solunum yolu hastalıkları %8, yaralanmalar %7 ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar %7, diyabet %2 ölüm nedenidir. Bulaşıcı hastalıklar, perinatal ve nutrisyonel sebepler ise ölümlerin %7’sini oluşturmaktadır (2).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye’de 2013 yılında ölüme sebep olan durumlardan dolaşım sistemi hastalıkları %39,6 oranla ilk sıradadır. İyi ve kötü huylu tümörler %21,2, solunum sistemi hastalıkları %9,8, endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar %5,6, yaralanma ve zehirlenmeler %5,5, sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları %4,1, diğer nedenler

ise %14,0 oranında ölümlerden sorumludur. TÜİK verilerine göre Türkiye’de 2014 yılında ise ölümlerin %40,4’ünü dolaşım sistemi hastalıkları oluşturmaktadır. İyi ve kötü huylu tümörler %20,7, solunum sistemi hastalıkları %10,7, endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar %5,1, yaralanma ve zehirlenmeler %4,3, sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları %4,4, diğer nedenler ise %14,4 oranında ölümlerden sorumludur. Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin 2014 yılında %39,6’sı iskemik kalp hastalığından, %24,7’si ise serebrovasküler hastalıktan kaynaklanmaktadır (5).

Türkiye’de Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi (UHY-MEP) 2004 yılında ulusal düzeyde sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı kaybına (DALY) neden olan ilk 10 hastalığı belirlemiştir. İlk sırada %8,9 ile perinatal nedenler ikinci sırada %8,0 ile iskemik kalp hastalıkları, üçüncü sırada ise %5,9 ile serebrovasküler hastalıklar yer almaktadır. Temel hastalıkların toplam DALY içindeki oranına bakıldığında kardiyovasküler hastalıklar %19,3’ü gibi büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Dünyada ve ülkemizdeki bu mortalite ve morbidite göstergeleri kalp ve damar hastalıklarının önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Kalp ve damar hastalıkları risk faktörlerine yönelik çalışmalar mortalite ve morbiditenin azalmasına önemli katkılar sağlayacaktır (6).

Kalp ve damar hastalıkları için başlıca değiştirilebilir risk faktörleri sağlıksız beslenme, yetersiz fizik aktivite, tütün ve alkol kullanımıdır. Değiştirilemez risk faktörleri cinsiyet, yaş ve kalıtsal nedenlerdir. Bu risk faktörlerinin ara ürünü olarak yüksek kan basıncı, yüksek kan şekeri, yüksek kan lipit düzeyleri ve obezite ortaya çıkmaktadır (3,7).

DSÖ birinci basamakta kalp ve damar hastalıkları risk faktörlerine yönelik kronik hastalık risk faktörleri sürveyansında basamaklı yaklaşımı (STEPS) geliştirmiştir. Bu yaklaşım sosyo-demografik özellikleri, tütün, alkol kullanımı, beslenme davranışları ve fizik aktiviteyi sorgulayan birinci adım, tansiyon, boy, vücut ağırlığı, bel ve kalça çevresi ölçümlerini içeren ikinci adım ve son olarak da kan şekeri, kan yağlarını içeren üçüncü adımdan oluşmaktadır (8). Bu çalışmada birinci ve ikinci adım için önerilen risk faktörleri ele alınmıştır.

1.2. Amaç

Bu çalışma ile kısa vadede:

- Bolu Doğancı Köyü'nde kalp ve damar hastalıkları için risk faktörlerine yönelik sağlıksız beslenme, yetersiz fizik aktivite, tütün ve alkol kullanımı prevalansları ve yaş, cinsiyet, eğitim gibi sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımlarının gösterilmesi,
- Obezite sıklığı ve yaş, cinsiyet, eğitim gibi sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımlarının gösterilmesi,
- Hipertansiyon sıklığı ve ilişkili durumların gösterilmesi amaçlanmıştır.

Uzun vadede ise:

- Bulaşıcı olmayan hastalıklara ait tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fizik hareketsizlik ve alkol kullanımı gibi ortak ve değiştirilebilir risk faktörlerine maruz kalma seviyesinin azaltılması ve farkındalığın artırılması,
- Kalp ve damar hastalıkları için risk faktörlerinin zaman içindeki değişimini izlemek için belirli aralıklarla aynı kişilerde tekrarlanan bir kohort oluşturulması,
- Kalp ve damar hastalıkları için risk faktörlerine yönelik sürveyans sisteminin geliştirilmesi ve birinci basamakta tanı, tedavi ve izlemi için program oluşturulması çalışmalarına katkıda bulunulması,
- Kalp ve damar hastalıkları için risk faktörlerine yönelik müdahalelerin planlanması, uygulanması ve müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesi için gerekli verinin elde edilmesi amaçlanmıştır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp ve Damar Hastalıkları Kavramı

Kalp damar hastalıkları tüm dünyada önde gelen bir halk sağlığı sorunudur. Kalp ve damar hastalıkları gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde başta gelen mortalite ve morbidite nedenidir. Kalp ve damar hastalıkları başlıca kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar olarak ele alınabilir. Kalp damar hastalıkları; koroner kalp hastalıkları, konjestif kalp yetersizliği, konjenital kalp hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, hipertansif hastalıklar, aritmiler ve inme gibi kalbin ve kan damarlarının tüm hastalıklarını içerir (1).

Kalp ve damar hastalıklarının büyük kısmı koroner arter hastalığı kökenlidir. Koroner arter hastalığı ateroskleroz nedeniyle kalp kasını besleyen arterlerin tıkanmasıdır. Kalpte oluşan iskemi kararlı angina pectorise, kararsız angina pectorise, miyokard infarktüsüne (Mİ) veya ani ölümlere yol açabilir. Koroner kalp hastalıklarına aynı zamanda koroner arter hastalığı, iskemik kalp hastalığı ve aterosklerotik kalp hastalığı isimleri de verilmiştir (1,3).

Serebrovasküler hastalıklar, beyin damarlarında veya bu damarlardan geçmekte olan kanın özelliklerinde gelişen bozukluklar sonucu damarların tıkanması ya da kanamasıyla ortaya çıkan merkezi ve periferik sinir sistemi bozukluklarıdır. Serebrovasküler hastalık çoğunlukla ateroskleroz, hipertansiyon, diyabetes mellitus gibi hazırlayıcı faktörlerden kaynaklanmaktadır (1,3).

Düşük gelirli ülkelerde bulaşıcı, maternal, perinatal hastalıklar halen en sık ölüm nedeni olsa da, bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölümler gün geçtikçe artmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde ise ölümlerin çok büyük kısmı kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır (2,3). Kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar çoğunlukla birden fazla risk faktörünün ortak bileşimi ile ortaya çıkmaktadır. Erişkin yaşa gelmiş kişilerde kalp ve damar hastalıkları için risk faktörlerinin belirlenmesi, sağlığı koruyucu ve geliştirici yaklaşımlar açısından çok önemlidir (9).

2.2. Kalp ve Damar Hastalıkları İçin Risk Faktörleri

Risk faktörü kavramı; yaşam biçimine bağlı, biyokimyasal ve fizyolojik faktörler gibi değiştirilebilen ve değiştirilemeyen kişisel özellikleri içerir. “Risk faktörü” kavramı ilk kez kalp ve damar hastalıkları için kullanılmıştır (1).

Amerikan Kalp Derneği (AHA) koroner arter hastalıkları risk faktörlerini şu şekilde tanımlamıştır (10).

A. Değiştirilemeyen majör risk faktörleri:

- Yaş: 65 yaş üzerinde koroner arter hastalığına bağlı ölümler artmaktadır.
- Cinsiyet: Erkekler kadınlardan daha yüksek kalp krizi riskine sahiptir ve daha erken yaşlarda kalp krizi geçirirler. Menapoz sonrasında kadınlarda kalp hastalıklarından ölüm oranı artmaktadır.
- Genetik: Kalp hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarında kardiyovasküler hastalıkların daha fazla görüldüğü bilinmektedir.

B. İlaç alımı ya da yaşam tarzı değişiklikleri ile düzenlenebilir, tedavi edilebilir veya kontrol altına alınabilir major risk faktörleri:

- Yüksek kan kolesterolü: Düşük dansiteli lipoprotein (LDL) yüksekliği, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) düşüklüğü koroner arter hastalığı riskini ateroskleroz üzerinden artırmaktadır.
- Yüksek kan basıncı: Yüksek kan basıncı kalbin yükünü artırarak inme, kalp yetmezliği ve böbrek yetmezliği riskini artırmaktadır.
- Diyabet: Kan şekeri kontrol altında olmayan 65 yaş üzeri bireylerin %68'i kalp hastalıkları ve inme nedeniyle ölmektedir.
- Obezite: Kalp hastalıkları ve inme obezlerde diğer risk faktörleri olmaksızın daha fazla görülmektedir. Hipertansiyon ve diyabet görülme olasılığını artırdığı için obezite major bir risk faktörüdür.
- Fiziksel inaktivite: Düzenli yapılan fizik aktivite kan kolesterolünü regüle edip, diyabeti ve obeziteyi önleyeceğinden, fiziksel inaktivite kalp ve damar hastalıkları için önemli bir risk faktörüdür.
- Sigara kullanımı: Sigara kardiyovasküler hastalıklarda en önemli ve önlenemez bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Sigara 65 yaş öncesi

görülen kalp ve damar hastalıklarından ölümlerin yaklaşık yarısından sorumlu tutulmaktadır.

C. Kalp hastalığı riskine neden olan diğer faktörler:

- Alkol: Kan basıncını artırarak kardiyomyopati ve inme riskini artırmaktadır.
- Stres: Stres altındaki kişilerin sosyoekonomik durumları ve sağlık davranış modelleri neticesinde daha fazla kalp ve damar hastalıklarına yakalandıkları bilinmektedir.
- Diyet ve beslenme: Tuzlu beslenmenin kan basıncı yüksekliğine yol açtığı, aşırı kalorili beslenmenin ise obezite üzerinden kalp ve damar hastalıklarına yol açtığı bilinmektedir (10).

Tüm bu risk faktörlerinin yanı sıra son yıllarda moleküler düzeyde yapılan çalışmalarla yeni anlaşılan risk faktörleri ise Lipoprotein-a, homosistein, fibrinojen ve yüksek duyarlı C-reaktif proteindir (CRP). Lipoprotein-a, homosistein, fibrinojen ve CRP artışının kalp ve damar hastalıkları ile ilişkili olduğu gösterilmektedir (11,12).

Akut Miyokard İnfarktüsü Risk Faktörleri için Küresel Vaka-Kontrol Çalışması (INTERHEART) sonuçları kullanılarak yapılan hesaplamalarda klasik risk faktörlerine eklenen diyabet, fizik inaktivite, obezite, beslenme tarzı gibi risk faktörleriyle kalp ve damar hastalıkları riskinin %90'ının açıklanabildiği belirtilmektedir. Bu bulgular, kalp ve damar hastalıkları risk faktörlerine yapılacak girişimlerle önlenebileceği konusunda önemli kanıtlar oluşturmaktadır. Kalp ve damar hastalıklarında tedavi yaklaşımlarının merkezinde risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ya da kontrol altına alınması yer almalıdır (13).

2.2.1. Tütün Kullanımı

2.2.1.1. Tanımlar

Tütün; pancargiller ailesinin “nicotiana” cinsi içinde yer alan, genellikle yıllık bir bitkidir. Yaprığı ticari açıdan bitkinin en önemli ve en çok yararlanılan kısmı olup; tütünde önemli olan, yaprağın kimyasal yapısında bulunan organik azotlu bir madde olan nikotindir. Kökte sentezlenip yapraklarda biriken bu madde, keyif verici

ve alışkanlık yapıcı güçlü bir alkaloiddir. Tütün ürünü ise; tütün yaprağının tamamen ya da kısmen hammadde olarak kullanılması ile yapılan içme, burma çekme, emme veya çiğneme amaçlı tüm ürünleri ifade eden kavramdır (14,15).

2.2.1.2. Tütün Epidemiyolojisi

Tütün ürünlerinin kullanım oranları ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. DSÖ Dünya Sağlık İstatistikleri 2015 verilere göre herhangi bir tütün ürününü kullanma prevalansı dünya genelinde 15 yaş ve üzeri yetişkin erkeklerde %36,1 iken, kadınlarda %6,8'dir. Tütün ürünü kullanma sıklığı 13-15 yaş arası adölesan erkeklerde %18,2 iken, kadınlarda %8,3'tür. DSÖ Dünya Sağlık İstatistikleri 2015 verilere göre ülkemizin yer aldığı DSÖ Avrupa Bölgesinde 15 yaş ve üzerinde yetişkinlerde herhangi bir tütün ürününü kullanma prevalansı erkeklerde %39,0 kadınlarda %19,3'tür (16).

Dünya genelinde tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle yılda yaklaşık 6 milyon kişi ölmektedir. Ülkemizdeki tüm ölümlerin % 23'ü tütüne bağlı hastalıklar sebebiyle olmaktadır. Tütün kullanımı bu şekilde devam ederse 2030 yılına gelindiğinde tütün kullanımı nedeniyle ölen kişi sayısının dünyada yılda 8 milyonu geçmesi beklenmektedir. Sigara içme davranışı kontrol edilmez ve bu şekilde devam ederse bugün hayatta olan kişilerden 500 milyonunun sigara nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir. Yirmi birinci yüzyıl boyunca 1 milyara yakın kişi sigara nedeniyle ölmesi beklenmektedir. Türkiye'de ise eğer önlem alınmazsa sigaraya bağlı olan yılda 100.000 ölümün, 2030 yılına gelindiğinde yılda 240.000 olması beklenmektedir (17,18)

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2008 sonuçlarına göre Türkiye'de sigara kullanım sıklığı %31,2'dir. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde %47,9 kadınlara %15,2'dir. Bu değerlere göre 2008 yılında 16 milyon (12 milyon erkek, 4 milyon kadın) kişi tütün ürünü kullanmaktadır. KYTA 2012 sonuçlarına göre ise Türkiye'de toplam olarak 14,8 milyon kişi (%27,1) tütün ürünü kullanmaktadır. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde %41,5 kadınlarda %13,1'dir. Tütün ürünü kullananların %94,8'i mamul sigara içmekte olup, sadece %0,8 kadarı nargile kullanmaktadır. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması

(TKrHRF) 2011 sonuçlarına göre erkeklerin %43'ü, kadınların %17'si sigara içmektedir (19,20,21).

KYTA 2008 sonuçlarına göre tütün kullanım sıklığı eğitim düzeyine paralel olarak artmaktadır. En düşük sıklık kırsal bölgede yaşayan ve eğitimi olmayan kadınlarda, en yüksek sıklık ise hem erkeklerde hem de kadınlarda lise mezunu olan gruplardadır. Yaş grupları olarak en yüksek sıklığın 25-44 yaşlarında, en düşük sıklığın ise erkek ve kadınlarda 65 ve üzeri yaş grubunda olduğu saptanmıştır (19). TKrHRF 2011 sonuçlarına göre en yüksek sigara kullanma prevalansı 25-44 yaş aralığındadır (21).

KYTA 2008'e göre sigara içenlerin %58,9'u sigara içmeye 18 yaşından önce başlamıştır. Sigaraya başlama yaşı ortalaması erkeklerde 16,6 kadınlarda 17,8'dir. Araştırma sonuçlarına göre günde içilen ortalama sigara sayısı 17,7'dir (19). KYTA 2012'ye göre sigara içmeye başlanılan yaş ortalaması 17,1'dir. KYTA 2012'ye göre sigara içen erkeklerin %69,8'i, kadınların %49,0'u sigara içmeye 18 yaşından önce başlamıştır. Sigara içenlerin %46,0'sı çalışmanın yapılmasından önceki son bir yıl içinde sigarayı bırakmayı denemişlerdir (20). TKrHRF 2011'e göre en yüksek bırakma oranları erkeklerde 55 ve üzeri, kadınlarda 45 ve üzeri yaşlardadır. Sigarayı bırakmış olanların oranı %9'dur, içenlerin %57'si bırakmayı denemiştir. Erkekler günde ortalama 17,2 adet sigara içerken, kadınlar ortalama 11,0 adet sigara içmektedir (21).

KYTA 2012'ye göre çalışmaya katılan yetişkinlerin %15,6'sı işyerinde sigara dumanından pasif olarak etkilendiğini ifade etmiştir (20). TKrHRF 2011'e göre evlerin %37'sinde, işyerlerinin %23'ünde sigara içilmektedir (21).

Ülkemizde 2004 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi (UHY-MEP) çalışmasına göre tütün kullanımı, ilişkili olan hastalıklara bağlı yük içerisinde %8,6 gibi büyük bir paya sahiptir. Tütün kullanımının önlenmesi ile kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan önlenebilir ölüm sayısı yılda 21.317 olup tüm ölümlerin %5'idir. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığına (KOAH) bağlı ölüm sayısı 12.902 (tüm ölümlerin %3'ü) ve trakea-bronş ve akciğer kanserine bağlı ölüm sayısı ise 10.510 (tüm ölümlerin %2,4'ü)'dur. Tütün kullanımının önlenmesi ile toplam önlenebilecek ölüm sayısı 54.699 olup tüm ölümlerin %12,7'sini oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oran daha da yüksek olup tütün kullanımının

önlenmesi ile erkeklerde ölümlerin %22,7'si ve toplam DALY'nin %15,4'ü önlenebilmektedir (6).

2.2.1.3. Tütün Kullanımının Kalp ve Damar Hastalıkları Üzerine Etkileri

Tütün ürünü kullanımı kalp sağlığı açısından en başta gelen risk faktörüdür. Sigara, önlenebilir ölümlerin yaklaşık yarısından sorumludur. Bu ölümlerin de yarısı kalp ve damar hastalıklarıdır. Sigaraya başlama yaşı, sigara sayısı ve içme süresi, diğer risk faktörlerinin varlığı, sigaranın kalp ve damar hastalıklarına olan katkısını etkiler. Sigaranın bırakılması kalp ve damar hastalıkları riskini azaltmaktadır (2,3,9).

Framingham Kalp Çalışması'nda 30-62 yaşlar arasında 5.209 kişi 34 yıl boyunca izlenmiş ve bu sürenin sonunda sigaranın kümülatif dozunun inme, geçici iskemik atak, kardiyovasküler hastalıklar mortalitesi ile anlamlı bir ilişkisinin olduğu gösterilmiştir (22).

Sigara içimi ile kalp ve damar hastalıkları arasındaki ilişki ile ilgili önemli saptamalar şunlardır:

- Sigara içiminin kalp ve damar hastalıklarını etkileme mekanizması, aterosklerotik lezyonların kronik olarak ilerlemesi ve akut risk faktörü olarak sempatik stimülasyonda ve pıhtılaşmada artışa yol açmasıdır. Sigara kullanımı trombosit agregasyonu ve adezyonunda artış ile tromboza eğilim yaratır. Sigara kullanımı ile vücutta artan karbonmonoksit, plazma vizkozitesi ve fibrinojen seviyelerinde artışa neden olur. Fibrinojen seviyelerindeki artış, tek başına kardiyovasküler riski artırır. Sigara bu mekanizma ile koroner arterlerde spazm oluşturabilir.
- Günlük tüketilen sigara miktarı ile ilişkili olarak kolesterol seviyesi artar ve HDL kolesterol azalır. Sigaranın bırakılması HDL düzeyinde artış sağlar. Pasif sigara içimi HDL kolesterol üzerinde olumsuz etkilere sahiptir.
- Nikotinin etkisi ile sistolik ve diyastolik kan basıncı artarken, periferik damarlarda vazokonstriksiyon meydana gelir.
- Tütün ürünü kullanımı vasküler endotelde hasarlanmaya yol açar. Endotelin antitrombotik özellikleri kaybolur ve ateroskleroz gelişimini kolaylaştırır.

- Miyokard oksijen talep artışı aritmileri kolaylaştırır, insülin direncine yol açar.
- Kalp ve damar hastalıkları sigara dumanına maruz kalmakla doğrudan ilişkilidir. Pasif sigara dumanından etkilenim kalp ve damar hastalıkları riskinde %25 kadar artışa yol açmaktadır. Risk artışı çok az miktarlardaki etkilenim durumunda da olmaktadır.
- Kardiyovasküler hastalıkların etyolojisinde rol oynayan hipertansiyon, diyabet, obezite ve hiperlipidemi gibi faktörler, sigara ile birlikte sinerjik etki yapmaktadırlar.
- Sigara, miyokard infarktüsü, ani ölüm, inme, periferik vasküler hastalıklar gibi majör kalp ve damar hastalıkları ile doğrudan ilişkilidir (13,22,23).

Sigara kullanımı, kardiyovasküler hastalık riskini iki kat artırmaktadır. Miyokard enfarktüsü ve kardiyovasküler ölüm riski sigara içen erkeklerde içmeyenlere göre 2,7, kadınlarda 4,7 kat daha fazla bulunmuştur. Bununla birlikte, pasif içici konumundaki bireylerde de kardiyovasküler risk artmaktadır. Nurses Health Study’de halen sigara içiyor olmanın kadınlarda hem ölümcül hem de ölümcül olmayan miyokard infarktüsü riskini artırdığı gösterilmiştir (24).

Nurses Health Study’de sigarayı bırakma durumunda, sigaranın kalp ve damar hastalıkları üzerine olumsuz etkisinin 2-3 yıl içinde kaybolduğu gösterilmiştir. Sigaranın bırakılması en önemli girişimdir ve öncelikli hedef olmalıdır (24).

2.2.1.4. Tütün Kullanımının Önlenmesi ve Kontrolü

Tütün kullanımının giderek artması, dünya çapında sağlığa olan tehdidi ve tütün şirketleri tarafından gelişmekte olan ülkelerde pazar oluşturma stratejilerine karşı geliştirilen ve 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 Asamblesinde kabul edilmiştir (25).

DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin (TKÇS) ana başlıkları şunlardır:

1. Çocuk Hakları Sözleşmesinde yer aldığı şekilde “çocuk” tanımı 18 yaşından küçükleri ifade etmektedir.

2. Tütün kullanımının yol açtığı sonuçlar halk sağlığı sorunları olarak algılanmalıdır.
3. Tütün kullanımının yoksul gruplardaki sağlık, sosyal ve ekonomik açıdan olan ağır yüküne özel önem verilmelidir.
4. Tütün kullanımı kadınlar arasında artmaktadır ve bu açıdan cinsiyete özel kontrol mekanizmaları gerekmektedir.
5. Sigara ve diğer tütün ürünleri bağımlılığa neden olur ve bu durum uluslararası ortamlarda özel bir hastalık olarak ele alınmalıdır.
6. Tütün ürünü kullanan kişilerin yanı sıra tütün ürünleri dumanına maruz kalan kişiler de korunmalıdır.
7. Tütün endüstrisine karşı güçlü ve kapsamlı mücadele yapılmalıdır.
8. Tütün firmalarının sponsorluk yapması önlenmelidir.
9. Etkili tütün kontrolü için kültürel, sosyal, ekonomik, politik ve yasal konularda yerel özellikler dikkate alınmalıdır.
10. Tütüne karşı yapılan mücadelede sektörler arası işbirliği gereklidir (25).

DSÖ TKÇS'nin kabul edilmesinden 5 yıl sonra DSÖ Tütün Salgını Raporu olan Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce, Raise (izle, koru, öner, uyar, reklamı yasakla, vergiyi artır) başlıklarından oluşturulmuş MPOWER paketi yayınlanmıştır. Bütün ülkelere tütün kontrolü konusunda yol haritası olanağı sağlayan bu rapor tütün kontrolü konusunda etkili olduğu kanıtlanmış olan 6 stratejiyi içermektedir.

- Tütün kullanımı ve koruma politikalarını izleme
- İnsanları pasif sigara dumanının zararlarından koruma
- Tütün kullanımının bırakılmasına uygun yardım önerme
- Tütün kullanımının zararları hakkında uyarma
- Tütün reklam, promosyon ve sponsorluklarını yasaklama
- Tütün ürünlerinden alınan vergileri artırma (26).

Türkiye'de tütün kontrolü konusunda 1996 yılında çıkarılan Tütün Kontrolü Kanunu ile ilk defa sağlık ve eğitim kurumları, toplu taşıma araçları ile spor ve kültür hizmetlerinin verildiği yerler ve bazı kamu binaları gibi kapalı alanlarda sigara kullanımı yasaklanmıştır. Ayrıca 18 yaşından küçük çocuklara sigara satışı ile tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımı yasaklanmıştır (27).

Tütünle mücadelede ilk uluslararası anlaşma olan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi 28 Nisan 2004 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Ülkemiz sözleşmeyi imzalayan 43. ülke konumundadır.

TKÇS'nin imzalanması ile birlikte ülkemizde başlatılan tütün kontrolüne yönelik çalışmalar hızlanmıştır. Ulusal Tütün Kontrol Programı 07 Ekim 2006 tarihinde Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır. Ulusal Tütün Kontrol Programının uygulanması için Aralık 2007'de 81 ilimizde "İl Tütün Kontrol Kurulları" oluşturulmuş ve tütünle mücadele etkinliklerinin yerel düzeyde yürütülmesi için görevlendirilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından Aralık 2007'de Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı kurulmuştur.

TKÇS'nin rehberliğinde ülkemizde yürütülecek faaliyetler için "Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2008-2012" hazırlanmıştır. 2008-2012 yıllarını kapsayan Eylem Planı içinde 10 temel başlık bulunmaktadır. Bunlar:

- Tütün kullanımına bağlı sağlık sorunları konularında halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi
- Sigaranın bırakılmasının sağlanması
- Fiyat ve vergilendirmenin artırılması
- Sigara dumanından pasif etkilenimin önlenmesi
- Reklam, promosyon ve sponsorluğun yasaklanması
- Ürün kontrolü ve tüketicinin bilgilendirilmesi
- Yasadışı ticaretin önlenmesi
- Gençlerin ulaşılabilirliğinin önlenmesi
- Tütün üretiminin azaltılması ve alternatif politikaların üretilmesi
- Tütün kullanımı ve kontrol yöntemlerinin izleme ve değerlendirmesidir (28).

5727 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" 03 Ocak 2008 tarihinde TBMM'de kabul edilmiştir. Kanunun kamuya açık kapalı alanları ile ilgili hükümleri 19 Mayıs 2008, özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde tütün ürünlerinin tüketilmemesi ile ilgili hükmü ise 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu kapsamda evler hariç tüm kapalı alanlarda sigara içme yasağı getirilmiştir (29).

Sigara paketleri üzerinde resimli sağlık uyarıları 01 Mayıs 2010 tarihi itibariyle kullanılmaya başlanmıştır. ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı 27 Ekim 2010 tarihinde faaliyete geçmiştir. “Tütün Mamulleri ve Alkollü İçeceklerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” 07 Ocak 2011 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

On iki Temmuz 2012 tarihinde çıkarılan 6354 sayılı Kanunla marka paylaşımı yasaklanmış, tütün paketleri ve nargile şişeleri üzerine, iki yüzünden her birine bu yüzlerin alanlarının %65’inden az olmamak üzere özel çerçeve içinde tütün ürünlerinin zararlarını belirten resimli Türkçe uyarı veya mesajların konulması sağlanmıştır. Tütün ürünü ihtiva eden ve etmeyen nargile ile benzerlerinin 18 yaşını doldurmamış kişilere satılamayacağı ve onların tüketimine sunulamayacağı belirtilmiş, denetim yapan yetkililer tarafından işletme sorumlularına yazılı uyarı yapılmadan ceza verme yetkisi getirilmiştir. Son olarak Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2015-2018 27 Ocak 2015’de resmi gazetede yayımlanmıştır (30).

2.2.2. Alkol Kullanımı

2.2.2.1. Tanımlar:

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 CH₃-CH₂-OH’dır. Meyve ve tahıllardaki karbonhidratların fermentasyonu sonucu ortaya çıkar. Kalori değeri yüksektir (31).

Dünya Sağlık Örgütü alkol bağımlısını “uzun süre ve alışılmışın dışında alkol alan, alkole bağlı ruhsal-bedensel-toplumsal sağlığı bozulan, buna karşın durumunu değerlendiremeyen; değerlendirse bile alkol alma isteğini durduramayan, tedavi gereksinimi olan bir hastadır” diye tanımlar (31).

Amerikan Psikiyatri Birliğinin sınıflamasında Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-V (DSM-V) alkol bağımlılığı “Madde Kullanım Bozuklukları” başlığı altında ayrı bir bölüm olarak ele alınmıştır (32).

Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırması olan DSM V'e göre alkol bağımlılığının tanı ölçütleri aşığıdaki gibidir;

Alkol bağımlılığı 12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkan, aşığıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz alkol kullanım durumu olarak tanımlanır.

1. Aşığıdakilerden biri ile tanımladığı üzere alkole karşı vücutta direnç artışı olması:
 - a. İntoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda alkol kullanma durumu
 - b. Sürekli olarak aynı miktarda alkol kullanımı ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması
2. Aşığıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:
 - a. Alkole özgü yoksunluk sendromu
 - b. Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için alkol alımı
3. Alkol çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alımı
4. Alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar
5. Alkolü sağlamak, alkol kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama
6. Alkol kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinliklerini bırakma, yapamama
7. Alkolün neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımının sürdürölmesi (32).

Alkol Bağımlılık Sendromu: Dünya Sağlık Örgütü sınıflandırması olan Uluslararası Hastalık Sınıflaması ICD-10'a göre aşığıdakilerden üç ya da daha fazlası son bir yıl içerisinde bulunuyorsa, kesin bağımlılık tanısı konabilir.

1. Maddeyi almak için güçlü bir istek veya zorlanma
2. Madde alma davranışını denetlemede güçlük

3. Madde kullanımı azaltıldığında ya da bırakıldığında fizyolojik bırakma sendromu: Maddenin tipik bırakma sendromu ya da bırakma belirtilerini giderebilmek için aynı ya da benzer maddeyi kullanma
4. Tolerans belirtileri, daha düşük dozlarda ortaya çıkan etkilerin ortaya çıkabilmesi için daha yüksek madde dozlarına gereksinim duyulması
5. Maddeyi elde etmek, kullanmak, etkilerinden kurtulmak için harcanan zamanın diğer ilgi ve uğraşlara yer bırakmayacak şekilde giderek artması
6. Aşırı içki nedeniyle karaciğer bozukluğu, ağır madde kullanımı dönemlerini izleyen depresif duygu-durum, bilişsel yetilerde ilaç kullanımına bağlı bozulma gibi zarar gördüğüne ilişkin açık verilere karşın madde kullanımını sürdürme (33).

2.2.2.2. Alkol Epidemiyolojisi

DSÖ'nün 2015 yılında yayınladığı dünya sağlık istatistiklerine göre, 15 yaş üzeri nüfusta dünyada ortalama alkol kullanımı yılda 6,2 litredir. Gelişmiş ülkelerde 10,3 L, gelişmekte olan ülkelerde 3,1 L ile 6,7 L arasında değişmektedir. Alkol kullanımı DSÖ bölgelerinden en çok Avrupa'da yaygındır. Avrupa'da kişi başı 10,9 litre alkol tüketilmektedir. Dünya Sağlık İstatistikleri Raporu 2015'e göre Türkiye'de kişi başı tüketim 4,3 litredir (16). Alkol kullanımının özellikle gelişmiş ülkelerde ciddi sağlık sorunlarının temelinde rol oynadığı bilinmektedir (16).

Küresel açıdan alkol tüketimi, engellilik ve ölüm vakalarında önemli bir risk faktörüdür. 2012 tahminlerine göre alkolün zararlı kullanımına bağlı 3,3 milyon ölüm gerçekleşmiştir. Bu da dünyadaki toplam ölümlerin %5,9'udur. Alkolün zararlı kullanımının küresel ölçekteki DALY'nin %5,1'ine sebep olduğu bilinmektedir (3).

2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması sonuçlarına göre çalışmaya katılanların %8'i ayda bir veya daha az, %3'ü ayda 2-4 kez, %2'si daha sık olarak, toplamda %13'ü alkol kullanmaktadır. TKrHRF sonuçlarına göre erkeklerin %23'ü, kadınların %4'ü alkol kullanmaktadır. Alkol kullanma prevalansı yaş gruplarına göre değişkenlik göstermektedir, en yüksek alkol kullanma prevalansı 35-44 yaş grubundadır. Riskli kullanım olan bir günde 5 ve üzeri standart içki tüketimi %7'dir (erkeklerde %8, kadınlarda %1). Kırdaki alkol

kullanımı %11, kentte %14'dür. En yüksek alkol kullanımı %20 ile Batı Marmara bölgesindedir, bunu izleyen iki bölge Ege ve İstanbul bölgeleridir. En düşük kullanım Güneydoğu Anadolu bölgesindedir (21).

Ülkemizde 2004 yılında yapılan UHY-MEP çalışmasına göre alkol tüketimine atfedilen ölümler en fazla iskemik kalp hastalıklarında ve hemorajik inmede görülmektedir. Hipertansif kalp hastalıkları, trafik kazaları ve karaciğer sirozu ölümleri de diğer önemli alkole bağlı atfedilen ölümler içerisinde yer almaktadır. Alkol kullanımının önlenmesiyle iskemik kalp hastalığından kaynaklanan 3.540 ölüm, hemorajik inmeden kaynaklanan 2.088 ölüm, alkol kullanımına bağlı bozukluklarda toplam 204.797 DALY önlenebilmektedir. Toplumda alkol kullanımının önlenmesi ile toplam hastalık yükünün %4,3'ü önlenebilmektedir. Erkeklerde alkol tüketiminin önlenmesi ile önlenecek Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı (YLD) ve DALY sayıları 165.550 ve 388.526 olup toplam YLD ve DALY içindeki yüzdeleri ise %4,9 ve %6,9'dur. Kadınlarda bu oran biraz daha düşük olup %1,5 ve %1,4 olarak görülmektedir (6).

2.2.2.3. Alkol Kullanımının Kalp ve Damar Hastalıkları Üzerine Etkileri

Eski çağlardan beri alkol alımı toplumlarda sık rastlanan bir alışkanlıktır. Fazla alkol alımının hipertansiyona ve serebral kanamaya sebep olabileceği belirtilmişse de; son yıllarda yapılan çalışmalarda hafif ve orta derecede alkol alımının kardiyak fonksiyonlar üzerinde koruyucu etkisinin olduğu gösterilmiştir (34).

Epidemiyolojik çalışmaların çoğunda şarap tüketimi ile koroner kalp hastalığına bağlı mortalite arasında güçlü bir ters ilişki olduğu, buna karşılık bira ve diğer içkilerde bunun geçerli olmadığı ileri sürülmüştür. Bazı çalışmalar bu görüşü doğrulasa da, başka birçok çalışmada şarap içenlerin genellikle daha az şişman kişiler olduğu, egzersiz yapma oranının daha fazla olduğu, ayrıca şarabın genellikle yemekle ancak 1-2 kadeh içildiği gibi karıştırıcı faktörlerden dolayı şarap içenlerde koroner kalp hastalığı riskinin daha düşük olduğu öne sürülmüştür (35).

Fransız toplumunda kolesterol ve satüre yağlardan zengin beslenmenin yaygın olmasına karşın KVH prevalansında beklenen yüksekliğin olmaması yaygın

şarap tüketimine bağlanmış olup, bu durum "Fransız paradoksu" olarak tarif edilmiştir (36).

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 (36,37).

Alkol tüketiminin koroner arter hastalığı riskini azaltıcı etkisi büyük oranda HDL ve insülin duyarlılığını artırmasına ve fibrinojeni azaltmasına bağlanmıştır. Yapılan bir çalışmada şarap tüketiminin HDL kolesterol değerinin %11-16 arasında artırdığı, fibrinojen düzeyini ise %8-15 arasında azaltarak kardiyovasküler süreçleri azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (38).

Yoğun alkol alımı (>4 kadeh/gün) hipertansiyon ile ilişkilidir. Günde 6-8 kadeh alkol alan erkek ve kadınlarda içki kullanmayanlara göre sistolik kan basıncında 9,1 mmHg, diyastolik kan basıncında ise 5,6 mmHg artış saptanmıştır. Orta derecenin üzerinde alkol tüketimi hipertansiyon açısından açık bir risk oluşturmaktadır. Bu açıdan hipertansif hastalara alkolden kaçınmaları önerilmektedir (39).

Alkol tüketiminin bilinen kötü etkileri fetal alkol sendromu, kardiyomiyopati, hipertansiyon, hemorajik inme, kardiyak artimi ve ani ölümdür. Bu yan etkilerin çoğu, kronik alkol alımı olarak tanımlanan günde 3 kadehten fazla uzun süreli alkol tüketimlerinde görülmektedir (40).

Alkol tüketimi başlıca üç temel mekanizma ile miyokard hasarına yol açabilir. Bunlar: Doğrudan toksik etki, nutrisyonel etki (tiamin eksikliği sonucu) ve daha nadiren alkollü içeceklere eklenen kobalt gibi maddelerin neden olduğu toksik etkilerdir. Deneysel çalışmalarda alkol tüketimi ile kalp kasında kollajen birikimi olduğu ve bunun da erken dönemde diyastolik disfonksiyona yol açtığı, uzun dönemde ise sistolik disfonksiyonun geliştiği ileri sürülmüştür (41).

2.2.2.4. Alkol Kullanımının Önlenmesi ve Kontrolü

Dünya Sağlık Örgütü tarafından İlk Küresel Alkol Durum Raporu 1999 yılında yayımlanmıştır. Bu raporu 2001 yılında yayımlanan Alkol ve Gençlerle İlgili Küresel Durum Raporu izlemiştir. Alkol Politikası adlı rapor ise 2004 yılında

yayınlanmıştır. İki bin beş yılında toplanan 58'inci Dünya Sağlık Asamblesinde “Alkolün Zararlı Kullanımından Doğan Toplum Sağlığı Problemleri” hakkındaki karar, 2008 yılında toplanan 61'inci Dünya Sağlık Asamblesinde “Alkolün Zararlı Kullanımına İlişkin Stratejiler” hakkındaki karar kabul edilmiştir. İki bin sekiz yılında yapılan 63'üncü Dünya Sağlık Asamblesinde ise “Alkolün Zararlı Etkilerinin Azaltılmasına İlişkin Küresel Strateji” konulu karar kabul edilmiştir (42,43)

Küresel alkol stratejisinin 5 hedefi vardır.

1. Alkol kullanımı ile ortaya çıkan sağlık, sosyal ve ekonomik problemlerin niteliği ve büyüklüğü hakkında küresel farkındalık oluşturmak ve hükümetlerin bu sorunların önlenmesi konusunda kararlı olmalarının sağlanması
2. Alkole bağlı zararların büyüklüğü ve belirtileri ile bu zararların önlenmesine yönelik çabaların sonuçları hakkında güçlü bir bilgi bankasının oluşturulması
3. Üye ülkelerin alkolün zararlı kullanımını önleme ve alkole bağlı ortaya çıkan hastalıkların üstesinden gelinmesi yönünde kapasitelerinin artırılması için teknik destek sağlanması
4. İş birliğinin güçlendirilmesi, paydaşlar arasında daha iyi bir koordinasyon sağlanması ve alkolün zararlı etkilerinin önlenmesi için gerekli olan kaynakların harekete geçirilmesi
5. Farklı düzeylerde izleme ve sürveyans için gelişmiş bilgi sistemlerinin kurulması, politika geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması için doğru bilginin paylaşımı (42).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 yılında yayınladığı Alkol ve Gençlerle İlgili Küresel Durum Raporunda ise;

1. Alkol tüketmeye başlayacak gençlerin sayısının azaltılması
2. Gençlerin içkiye başlama yaşlarının geciktirilmesi
3. Çocuklar ve genç yetişkinler arasındaki yüksek riskli içme sıklığının ve meydana gelişinin tam olarak azaltılması
4. Gençlerle çalışanların eğitim ve öğretim imkanlarını artırmak ve alkol ve uyuşturucuya alternatiflerin geliştirilmesi
5. Alkolle ilgili sağlık sorunlarında gençlerin desteklenmesi
6. Alkol konusunda gençlerin eğitiminin artırılması

7. Alkol promosyonları, bedava dağıtımlar, reklam, sponsorluk vb. faaliyetler aracılığıyla gençlerin alkol kullanması üzerindeki baskıların azaltılması
8. Yasadışı alkol satışlarına karşı olan faaliyetlerin desteklemesi
9. Alkol problemi olan gençlerin ve alkol bağımlısı aile fertlerinin sağlık ve tedavi hizmetlerinden faydalanmalarının sağlanması
10. Gençlerin maruz kaldığı kazalar, saldırı ve şiddete ilişkin alkol kaynaklı zararların azaltılması, öne çıkmaktadır (43).

Ülkemizde bu kapsamda 2013 yılında 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile alkol tüketimi ile ilgili yeni düzenlemeler getirilmiştir (44).

Bu düzenlemeye göre; alkollü içkilerin reklamı ve tüketicilere yönelik tanıtımı yapılamaz. Bu ürünlerin kullanılmasını ve satışını özendiren veya teşvik eden kampanya, promosyon ve etkinlik yapılamaz. Uluslararası düzeyde tanıtımına yönelik ihtisas fuarları ile bilimsel yayın ve faaliyetler düzenlenebilir. Alkollü içkileri üreten, ithal eden ve pazarlayanlar, hiçbir etkinliğe ürünlerinin marka, amblem ya da işaretlerini kullanarak destek olamazlar. Televizyonlarda yayınlanan dizi, film ve müzik kliplerinde alkollü içkileri özendirici görüntülere yer verilemez.

Alkollü içkileri üretenler, ithal edenler ve pazarlayanlar teşvik, hediye veya bedelsiz olarak alkollü içki dağıtamazlar. Alkollü içkiler, tüketilmek veya beraberinde götürülmek üzere on sekiz yaşını doldurmamış kişilere satılamaz. On sekiz yaşını doldurmamış kişiler, alkollü içkilerin üretiminde, pazarlanmasında, satışında ve açık sunumunda istihdam edilemez. Yasal düzenlemeler uyarınca gerçekleştirilen eğitim amaçlı çalışmalar bu hükmün dışındadır.

Alkollü içkiler, otomatik satış makineleri ile satılamaz, oyun makineleri veya farklı yöntemlerle oyun ve bahse konu edilemez. Bu ürünler basın ve yayın yoluyla tüketicilere satılamaz ve posta ile satış yöntemi kullanılarak gönderilemez. Alkollü içkiler, 22:00 ila 06:00 saatleri arasında perakende olarak satılamaz. Alkollü içkiler sunum izni verilen yerlerde açık olarak tüketilebilir ve bu yerlerde tesis sınırları dışında tüketilmek üzere alkollü içki satışı yapılamaz.

İhraç amaçlı üretilenler hariç olmak üzere, Türkiye’de üretilen veya ithal edilen alkollü içkilerin ambalajları üzerine, zararlarını belirten Türkçe yazılı uyarı mesajları konulur. Uyarı mesajları resim, şekil veya grafik biçimlerinde de olabilir. Uyarı mesajlarını taşımayan alkollü içkiler satılamaz. Uyarı mesajlarının şekli,

boyutu ve içeriği Sağlık Bakanlığının uygun görüşü alınarak Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu tarafından belirlenir.

Alkollü içkilerin marka, tanıtıcı ve ayırt edici hiçbir işareti, alkolsüz içki ve sair ürünlerde; alkolsüz içki ve sair ürünlerin marka, tanıtıcı ve ayırt edici hiçbir işareti de alkollü içkilerde kullanılamaz. İhraç amaçlı üretilenlerde bu fıkra hükmü uygulanmaz. Meskun mahaller ve konaklama yerleri hariç olmak üzere, otoyollardaki ve devlet karayollarındaki yapı ve tesislerde alkollü içki satışına ve tüketimine izin verilmez. Öğrenci yurtları, sağlık hizmeti verilen yerler, spor müsabakası yapılan stadyum ve kapalı spor salonları, her türlü eğitim ve öğretim kurumları, kahvehane, kiraathane, pastane ile akaryakıt istasyonlarının mağaza ve lokantalarında alkollü içkilerin satışı yapılamaz (44,45).

2.2.3. Beslenme

2.2.3.1. Tanımlar

Beslenme, sağlığı korumak geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almayı tanımlar. Yeterli ve dengeli beslenme, kişilerin büyüme ve gelişme potansiyellerine ulaşabilmesi, hastalıklardan korunması için temel bir gereksinimdir. Yaş, cinsiyet, genetik ve fizyolojik özellikler ve hastalık durumu alınması gereken besin öğeleri miktarını etkiler. Bu yüzden beslenme bireye özgü olarak planlanmalı ve uygulanmalıdır. Toplum sağlığı için bazı temel beslenme ilkelerinin topluma özgü olarak belirlenmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir (46,47).

Yenilebilen ve yenildiğinde yaşam için gerekli besin öğelerini sağlayan bitki ve hayvan dokuları besin olarak tanımlanır. Türkçede kullanılan gıda, yiyecek gibi kelimeler besine eş anlamlı kelimelerdir. Besinlerin içinde bulunan karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve minerallere de besin öğeleri denir. Besin öğeleri vücut çalışmasındaki etkinliklerine göre proteinler, yağlar, karbonhidratlar, mineraller, vitaminler ve su olmak üzere 6 grupta toplanabilir (48,49).

Proteinler: Yetişkin insan vücudunun ortalama %16'sı proteinden oluşur. Bu depo şeklinde değil, çalışan ve belirli görevler yapan hücreler şeklindedir. Proteinler

hücrelerin esas yapısını oluştururlar. Belirli hücreler birleşerek vücut dokuları ve organları yapılır. Protein büyüme ve gelişme için başta gelen besin ögesidir. Vücudun savunma sistemlerinin, vücut çalışmasını düzenleyen enzimlerin, bazı hormonların da esas yapıları proteindir (48,49).

Yağlar: Yetişkin insan vücudunun ortalama %18'i yağdır. Genelde kadınların vücudunda erkeklere göre daha çok yağ bulunur. Vücut yağı insanın başlıca enerji deposudur. Enerji yeterli alınmadığında vücut bu depoyu kullanır. Yağ en çok enerji veren besin ögesidir. Vitaminlerin bir bölümü vücuda yağla alınır. Yağ mideyi yavaş terk ettiğinden doygunluk verir (48,49).

Karbonhidratlar: Yetişkin insan vücudundaki toplam karbonhidrat miktarı %1'dir. Karbonhidratların başlıca etkisi enerji sağlamalarıdır. Günlük enerjinin çoğu karbonhidratlardan sağlanır (48,49).

Mineraller: Yetişkin insan vücudunun ortalama %6'sı minerallerden oluşmuştur. Başta kalsiyum ve fosfor olmak üzere minerallerin bir bölümü iskelet ve dişlerin yapı taşıdır (48,49).

Vitaminler: İnsan vücudunda az miktarlarda bulunmasına karşın vitaminlerin vücuttaki etkinlikleri oldukça fazladır. B vitaminleri grubu besinlerle aldığımız karbonhidrat, yağ ve proteinden enerji ve hücrelerin oluşması ile ilgili biyokimyasal olayların düzenlenmesine yardımcı olurlar. D vitamini kalsiyum ve fosfor gibi minerallerin kemik ve dişlerde yerleşmesine yardımcıdır. A, E, C vitaminleri vücut hücrelerinin hasarını önleyerek normal işlevlerini sürdürmeleri ve bazı zararlı maddelerin etkilerinin azaltılmasında yardımcıdırlar (48,49).

Su: Besinlerin sindirimi, dokulara taşınması, hücrelerde kullanılması sonucu oluşan zararlı atıkların atılması ve vücut ısısının düzenlenmesi için gereklidir. Vücutta bütün kimyasal olaylar çözelti içinde olduğundan, vücutta yeterince su bulunması yaşam için zorunludur (48,49).

Besin piramidi günlük almamız gereken besin gruplarını ifade eden bir terimdir. Ülkemizde besin piramidi dört yapraklı yonca olarak özelleştirilmiş besinler dört grup altında toplanmıştır (48).

Grup 1: Süt ve süttten yapılan yiyecekler: Bu gruptaki yiyecekler özellikle gelişme çağındaki çocuklar, gençler ve gebeler için oldukça önemlidir. Bu grup kalsiyum yönünden zengin besinlerden oluşmaktadır.

Grup 2: Et, tavuk, balık, yumurta, nohut, fasulye ve bu besinlerden yapılan ürünler: Bu gruptaki besinler protein yönünden zengindir.

Grup 3: Taze sebze ve meyveler: günlük beş porsiyon sebze ve meyve tüketimi önerilmektedir. C vitamini başta olmak üzere vitaminden zengin besinlerin yer aldığı gruptur.

Grup 4: Tahıllar ve tahıllardan yapılan ürünler: Bu grup temel enerji kaynağını oluşturur (48).

2.2.3.2. Beslenme Epidemiyolojisi

CDC'nin 2013 yılında hazırladığı bir rapora göre ABD'de yetişkinler günde ortalama 1,1 porsiyon meyve, 1,6 porsiyon sebze tüketmektedir. Adölesan yaş grubu ise günde 1,0 porsiyon meyve, 1,3 porsiyon sebze tüketmektedir (50).

Dünya Sağlık Örgütü, yetişkinlerde kalp hastalıkları ve inme risklerinin azalması için, günde 2 gramdan daha az sodyum ya da en fazla 5 gram tuz kullanımını önermektedir. Kişi başına günlük tüketilen normal tuz miktarı dünya ortalaması 9-12 gram'dır. 1,7 milyon ölümün aşırı tuz tüketimine bağlı olduğu tahmin edilmektedir (51).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması 2011 sonuçlarına göre erkeklerin %11,5'i, kadınların %15,8'i kepekli, çavdarlı veya yulaflı ekmek tüketmektedir. Kepekli, çavdarlı veya yulaflı ekmek tüketimi, erkek ve kadınlarda yaşla birlikte artmaktadır. Yemeklerde en sık tüketilen yağ türü sorulduğunda tereyağı %7,1, margarin %3,2, zeytinyağı %27,6 ve çiçek yağı, mısırözü, soya, fındık yağı gibi sıvı yağlar %62,1 oranında belirtilmiştir. Her 10 kişiden dokuzu sıvı yağları tüketmektedir. Kişilerin yaklaşık beşte biri yemeğe tadına bakmadan tuz atmaktadır. Genç erkek ve kadınların yaklaşık dörtte biri yemeğin tadına bakmadan tuz attığını belirtmiştir. Yaşla birlikte bu oran azalarak 65-74 yaş grubunda yaklaşık %10 düzeyine düşmekle birlikte 75 yaş üzerinde tekrar artmaktadır (Erkek ve kadınlar için sırasıyla %17,7 ve %14,1). Yemeğe tadına bakmadan tuz atma davranışı açısından kırsal ve kentsel farklılık yoktur (21).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yapılan beyana dayalı Ulusal Hane Halkı Araştırması 2003 sonuçlarına göre ülkemizde 18 yaş üstü bireylerin günde

ortalama 1,64 porsiyon meyve ve 1,57 porsiyon sebze tükettikleri ve bu oranın bölgelere ve kırsal/kentsel yerleşim yerlerine göre farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. TKrHRF 2011 sonuçlarına göre kişilerin %13,3'ü günde beş ya da daha fazla meyve/sebze porsiyonu tüketmektedir. Günlük toplam tüketilen meyve veya sebze porsiyon sayısı ortalaması 2,7'dir. Erkek ve kadınların, kırsal ve kentsel yerleşim yerlerinin meyve ve sebze tüketimi benzerdir (21). Yeterli ve dengeli beslenme için DSÖ tarafından günde 400 gram, Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'nde ise günde en az 5 porsiyon meyve ve sebze tüketilmesi önerilmektedir (21,52,53).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 verilerine göre, Türkiye'deki konutların yaklaşık yarısında şehir suyu, %28,5'inde şişe suyu/damacana/pet su kullanılmaktadır. Kentte en yaygın kullanılan içme suyu %49,4 ile şehir suyu ve %37 ile şişe suyudur. Kırdaki hanelerde en yaygın içme suyu kaynağı %51,8 ile şehir suyu, %27,8 ile şebekeyle pınar suyu ve %7,2 ile kuyu suyudur (54).

UHY-MEP çalışması sonuçlarına göre yetersiz sebze ve meyve tüketimine atfedilen ölüm sayısı 38.734 olup tüm ölümlerin %9,0'una denk gelmektedir. Beslenmeye atfedilen hastalık yükü 416.876 DALY olup, toplam hastalık yükünün %3,9'unu oluşturmaktadır. Yetersiz sebze ve meyve tüketimi ile ilgili hastalık yükünün en büyük kısmını YLL oluşturmaktadır. Atfedilen YLL 364.597 olup toplam YLL'nin %6,1'ini oluşturmakta iken, atfedilen YLD 52.279 olup toplam YLD'nin %1,1'ini oluşturmaktadır (6).

2.2.3.3. Beslenmenin Kalp ve Damar Hastalıkları Üzerine Etkisi

İnsanın beslenme biçimi ile kalp ve damar hastalıkları arasındaki ilişkiler yapılan epidemiyolojik, deneysel ve klinik çalışmalarla ortaya konmuştur. Epidemiyolojik çalışmaların çoğunluğu, farklı toplumların beslenme alışkanlıkları ile bu ülkelerdeki kalp ve damar hastalıkları görülme sıklığını karşılaştıran çalışmalardır. Bununla beraber koroner kalp hastalığı morbidite ve mortalitesinde bireysel diyetin rolünü ileri süren çalışmalar da bulunmaktadır (55, 56, 57).

Tuz alımının kısıtlanması kardiyovasküler hastalığı olanlarda uygulanması gereken bir beslenme davranışıdır. Günlük sodyum alımının ortalama 1,8 gr azaltılması ile hipertansif bireylerde sistolik KB ortalama 4 mmHg, diyastolik KB ortalama 2 mmHg düşüş göstermektedir. Diyetle sodyum alımının kısıtlanması hipertansiyon gelişme olasılığını %20 oranında azaltmaktadır. Günlük sodyum alımı 2,4 gramın altında tutulmalıdır (55).

Diyette doymuş yağ asitleri, kolesterol, trans yağ asitleri ve hayvansal yağların artması kalp ve damar hastalıkları etiopatogenezinde yer almaktadır. Çoklu doymamış yağ asitlerini içeren bitkisel yağlar ve balık yağı, tekli doymamış yağ asitlerini içeren zeytinyağı, fındık, ceviz gibi besinler ve antioksidanları içeren taze sebze ve meyve ile posa içeriği yüksek kuru baklagil ve tahılların fazla alınması koruyucu olarak bilinmektedir. Omega 3 yağ asitlerinin antitrombotik, hipolipidemik ve antiaritmik etkilerinden dolayı koroner kalp hastalığına karşı koruyucu olduğu kabul edilmektedir. Posa, barsaklardan safra asitlerinin emilimini engelleyerek, karaciğerde kolesterol sentezi için gerekli öncü öğelerin konsantrasyonunu azaltmaktadır (56).

Kalp ve damar hastalıkları ile işlenmiş şeker tüketimi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki, diğer birçok diyet bileşeni nedeniyle oldukça karmaşıktır. Genel anlamda rafine şekerlerin hastalık riskini artırma nedeni; şekerlerin glisemik indeksinin çok yüksek olması ve bu nedenle insülin duyarlılığını olumsuz yönde etkilemesine bağlıdır. Rafine şekerlerin fazla tüketimi, obeziteye yol açarak kardiyovasküler hastalıklar için de risk oluşturmaktadır (57).

2.2.3.4. Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin Önlenmesi ve Kontrolü

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

- Sebze meyve tüketiminin artırılması
- Bebek ve küçük çocukların beslenmesine ilişkin küresel stratejilerin uygulanması

- Tuz alımının kısıtlanması
- Trans yağların doymamış yağlarla ikame edilmesi
- Beslenmeye ilişkin toplumsal farkındalığın artırılması
- Okullar ve tüm kurumlarda sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi
- Okullarda beslenme eğitimi programlarının yürütülmesi
- Beslenme konusunda ulusal rehberlerin hazırlanması ve benimsenmesi stratejileri öne çıkmaktadır (58).

Türkiye’de bu çerçevede Halk Sağlığı Kurumu tarafından Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2013-2017 oluşturulmuştur. Program kapsamında;

- Sosyo-ekonomik bakımdan gelişmemiş bölgeler başta olmak üzere ülke genelinde yeterli ve dengeli beslenme için temel gıdalara ulaşılabilirliğe yönelik ekonomik önlemler alınması
- Özel gruplara yönelik (gebe ve emzikli, bebek ve çocuklar, okul çağı çocukları, yaşlılar, sağlık çalışanları vb.) beslenme araştırmaları yapılması
- Okul öncesi, ilköğretim, ortaöğretim ve üniversitelerde yeterli ve dengeli beslenme ve fizik aktivite ile ilgili müfredat programlarının iyileştirilmesinin sağlanması
- Çocukluk ve adolesan döneminde yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması için temel besin gruplarında yer alan besinlerin tüketiminin özendirilmesine yönelik beslenme programlarının yürütülmesi, beslenme hizmetlerinin periyodik olarak denetlenmesinin sağlanması
- Çalışanların yeterli ve dengeli beslenme ve fizik aktivite konularında bilgi düzeyinin artırılması
- Ulusal politikalarda gıda sektörü ile işbirliğinin sağlanması
- Gıdalardaki trans yağların çoklu doymamış yağ asitleri ile değiştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması
- Tuz alımının ve gıdalardaki tuz oranının azaltılmasının sağlanması
- Gıda sanayinin üst düzey yöneticilerinin obezite ile mücadele konusunda bilgilendirilmesi
- Toplumun yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilgilendirmesi ve bilinçlendirmesi

- Reklam ve pazarlama faaliyetlerinin, uluslararası uygulamalar dikkate alınarak tüketicilerin doğru seçim yapmalarını sağlayacak şekilde geliştirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması
- Gıda reklamları ve tanıtım faaliyetleri ile ilgili yasal düzenlemelerin yeniden değerlendirilerek gerekli düzenlemelerin yapılması, yürürlüğe koyulması ve uygulamaların denetlenmesi
- Topluma yazılı ve görsel basın aracılığı ile yeterli ve dengeli beslenme, fizik aktivite ve obezite konularında doğru bilgilerin verilmesi sağlanmalıdır (59).

2.2.4. Fizik Aktivite

2.2.4.1. Tanımlar

Fizik aktivite: Kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketimiyle gerçekleşen herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda oyun oynamak, ev işleri, bahçe işleri, yürümek, merdiven inip çıkmak, yemek yemek, banyo yapmak gibi günlük yaşamımızı sürdürmek için yapılan etkinliklerin yanı sıra, egzersiz ve spor da fizik aktivitedir.

Egzersiz (Düzenli Fizik Aktivite): Fizik uygunluğun bir veya daha fazla bileşeninin korunmasını veya geliştirilmesini amaçlayan düzenli, planlanmış ve tekrarlı fizik aktivitelerdir.

Spor: Belirli kurallar içerisinde yapılan, genellikle yarışma amacı taşıyan, lisanslı amatör ve profesyonel sporcuların gerçekleştirdiği aktivite türüdür (60).

Fizik Aktivite Şiddeti:

Fizik aktiviteler ağırlıklarına göre üç grupta değerlendirilir:

Düşük fizik aktivite: Nefes almanın ve kalp atım sayısının dinlenme değerinin biraz üzerinde olduğu, çok az çaba gerektiren günlük aktivitelerdir. Buna örnek olarak yavaş yürüyüş ve ev işleri gösterilebilir.

Orta fizik aktivite: Nefes almanın ve kalp atım sayısının normalden daha fazla olduğu, kasların zorlanmaya başladığı, orta dereceli çaba gerektiren aktiviteleri ifade eder. Hızlı yürümek, düşük tempolu koşular, dans etmek, ip atlamak, masa tenisi

oynamak, yavaş tempoda bisiklet sürmek orta şiddette fizik aktiviteye örnek olarak gösterilebilir.

Ağır fizik aktivite: Nefes almanın ve kalp atım sayısının normalden çok daha fazla olduğu veya kasların daha fazla zorlandığı, çok fazla çaba gerektiren aktiviteleri tanımlar. Tempolu koşu, basketbol, futbol, voleybol, hentbol ve tenis oynamak, tempolu dans, ağır kaldırma, odun kesme, bahçede çukur kazma bu gruba örnektir (60).

DSÖ 18-64 yaş arası kişilere haftada en az 150 dakika orta şiddette fizik aktivite yapmasını veya haftada 75 dakika ağır şiddette fizik aktivite yapmasını önermektedir (61).

2.2.4.2. Fizik Aktivite Epidemiyoloji

Yetersiz fizik aktivite dünya genelinde ölüme sebep olan ilk 10 risk faktörü arasındadır. Yetersiz fizik aktivite kalp ve damar hastalıkları için majör risk faktörlerinden biri olarak tanımlanmaktadır. Dünyada her 4 yetişkinden 1'i hayatında yeterli fizik aktiviteye yer vermemektedir (62).

DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Raporu 2014'e göre fiziksel aktivite azlığına bağlı dünyada 3,2 milyon ölüm ve 69,3 milyon DALY kaybı olmaktadır. Dünyada 18 yaş üzeri nüfusun %23'ü yetersiz fizik aktivite yapmaktadır. Kadınlar erkeklerden daha az fizik aktivite yapmaktadır. Adölesanların ise %81'i yetersiz fizik aktivite yapmaktadır. Gelişmiş ülkelerde fizik aktivite yapma oranı gelişmekte olan ülkelere göre daha azdır. Düzenli fizik aktivite ile kalp ve damar hastalıkları, inme, kolon kanseri, diyabet ve hipertansiyon riski azalmaktadır (3).

2004 yılında yürütülen yedi coğrafik bölgeden seçilen 7 ilde 30 yaş üstü 15468 bireyde yapılan Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım (SBKK) çalışmasında bireylerin fizik aktivite alışkanlığı sorgulanmış ve bireylerin sadece %3,5'i düzenli (haftada en az 3 gün, 30 dakika orta şiddette) fizik aktivite yaptıklarını belirtmişlerdir (63).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması sonuçlarına göre erkeklerin %23'ü yeterli, %22'si orta ve %55'i düşük düzeyde fizik aktivite yapmaktadır. Kadınların %13'ü yeterli, %18'i orta ve %69'u düşük düzey fizik

aktivite yapmaktadır. Erkek ve kadınlarda yeterli ve orta düzeyde fizik aktivite yapan kişilerin oranı yaş arttıkça azalmaktadır. Erkeklerin ve kadınların yaklaşık yarısı televizyon veya bilgisayar başında günde dört saatten daha fazla zaman geçirdiğini belirtmiştir. Erkekler kadınlara göre bilgisayar başında daha fazla süre geçirmektedir. Kadınların erkeklere göre televizyon izleme süresi daha fazladır. Erkeklerin yaklaşık dörtte biri, kadınların ise yaklaşık beşte biri günde 5 kat veya daha fazla merdiven çıktığını belirtmiştir. Erkeklerin kadınlara göre çalışma ortamında fizik aktivite düzeyi daha fazladır. Çalışan her 10 erkekten ikisi orta düzey, üçü ağır düzey fizik aktivite yaptığını belirtmiştir. Çalışan kadınların ise yalnızca %10'u orta düzey, %18'i ağır düzey fizik aktivite yapmaktadır. Erkek ve kadınlarda benzer olmak üzere yakın dönemde fizik aktivite düzeyini arttıranların oranı %8; fizik aktivite düzeyini arttırmayı düşünenlerin oranı ise yaklaşık %40 olarak saptanmıştır (21).

UHY-MEP çalışması sonuçlarına göre fizik aktivite alışkanlığının yeterli olması durumunda kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin 31.519'u, serebrovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin 10.269'u önlenabilmektedir. Önlenebilen hastalık yüküne bakıldığında ise fizik aktivitenin olması ile iskemik kalp hastalığına bağlı 300.850 DALY önlenabilmekte; iskemik inme ve diyabet de eklendiğinde toplamda ise 464.627 DALY önlenabilmekte ve bu tüm hastalık yükünün %4,3'üne denk gelmektedir. Fizik aktivite yetersizliğine bağlı erkeklerde 22.515 ölüm olmakta ve bu tüm ölümlerin %9,7'sini oluşturmaktadır. Kadınlarda ise bu oran biraz daha yüksek olup tüm ölümlerin %11,5'i, toplamda ise tüm ölümlerin % 10,5'i, önlenabilmektedir (6).

2.2.4.3. Fizik Aktivitenin Kalp ve Damar Hastalıkları Üzerine Etkisi

Yetersiz düzeyde yapılan fizik aktivitenin koroner kalp hastalığı ve Tip 2 diyabet ölümlerinin 1/3'ünden sorumlu olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalar fizik aktivitenin her iki cinsten orta yaş ve üzeri bireylerde kalp ve damar hastalıkları riskini ve buna bağlı ölümleri azalttığını ortaya koymaktadır (65,66)

Çalışma yaşamında yapılan fizik aktivite kalp ve damar hastalıkları açısından önemlidir. Aktif hareket gerektirmeyen bir işte çalışan kişilerde fizik olarak aktif bir

işte çalışanlara göre 1,9 kat daha fazla kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölüm gerçekleştiği saptanmıştır (66).

Fizik aktivite kan damarlarındaki vazomotor işlevi ve vazodilatasyonu sağlayan endotel üzerine etkilidir. Fizik aktivite ile kilo verilmesi, kan şekerinin ve kan basıncının kontrol altına alınması sağlanabilir. Fizik aktivitenin kalp ve damar hastalıkları riski üzerindeki en önemli etkisi aslında kalp ve damar hastalıkları için belirlenmiş risk faktörleri üzerindeki etkisidir. Orta ve üzeri yaşlarda orta düzey fizik aktivite yapılması kalp ve damar hastalıkları mortalitesini anlamlı olarak azaltmakta ve yaşam kalitesini arttırmaktadır (67).

2.2.4.4. Fizik İnaktivitenin Önlenmesi ve Kontrolü

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. Bunlar:

1. Fizik aktiviteyi geliştirmek için liderlik ve koordinasyonun sağlanması
2. Çocuk ve adolesanların gelişiminin desteklemesi
3. Erişkinler için ulaşımda, işyerlerinde ve sağlık sistemi içinde fizik aktivitenin teşvik edilmesi
4. Yaşlı insanların fonksiyonel kapasitesinin eski haline getirilmesi ve sürdürülmesi için çalışılması
5. İzleme, değerlendirme ve araştırmalarla programların takibinin yapılmasıdır (68).

Amerikan Kalp Birliği tarafından hazırlanan Fizik Aktivite Rehberi'nde aşağıdaki hususlar yetişkinlere önerilmektedir (69):

1. 18-65 yaş arasındaki yetişkinler fizik olarak aktif bir yaşam sürdürmelidir.
2. Yetişkinler, haftanın 5 günü en az 30 dakikalık hafif-orta düzeyde bir fizik aktivite veya haftanın 3 günü 20 dakika ağır düzeyde bir fizik aktivite gerçekleştirmelidir.
3. Hafif-orta ve ağır düzeydeki bu fizik aktiviteler günlük yaşama ek olarak önerilmektedir.

4. Hafif-orta düzeydeki aerobik hareketler, tempolu bir yürüyüşe eşit olup kalp atışlarını artırmaktadır. Aynı yarar 30 dakika süreli hafif koşularla da sağlanabilir.
5. Ağır düzeydeki fizik aktivitelerde hızlı nefes alma ile kalp atışlarında somut bir artış sağlanmalıdır.
6. Yetişkinler, haftada en az iki kez kas güçlerini ve dayanıklılıklarını sürdürmek için ana kaslarını çalıştıran aktivitelerden yarar sağlayacaklardır.
7. Fizik aktivite ile sağlık arasındaki doz-yanıt ilişkisi nedeniyle kişisel formlarını daha ileri derecede geliştiren bireyler kronik hastalık risklerini azaltarak kilo kontrollerini sağlayacaklarından, önerilen minimum fizik aktivitenin üzerine çıkmak önerilmektedir.
8. 65 yaşın üzerindeki yetişkinler ile 50-64 yaş grubundaki eklem iltihabı gibi kronik rahatsızlıkları olanlar için ek olarak denge egzersizleri önerilmektedir (69).

Türkiye’de fizik inaktivite ile mücadele kapsamında Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2014-2017’yi hayata geçirmiştir. Fizik aktivite, sağlıklı beslenme ve obeziteye yönelik geniş tabanlı çok sektörlü bir yaklaşım benimsenmesi sağlanmıştır. Bu kapsamda fizik aktivite özelinde,

1. Okul öncesi, ilköğretim, ortaöğretim ve üniversitelerde yeterli ve dengeli beslenme ve fizik aktivite ile ilgili müfredat programlarının iyileştirilmesinin sağlanması
2. Okul öncesi, ilköğretim, ortaöğretim ve üniversitelerde fizik aktivite imkanlarının (spor salonu, okul bahçelerinin düzenlenmesi, araç-gereç temini vb.) bütçe imkanları dahilinde geliştirilmesinin sağlanması
3. İşyerlerinde fizik aktiviteyi teşvik eden çok bileşenli programlar geliştirilmesi
4. Yerel yönetimlerin işbirliğinde toplumda düzenli fizik aktivitenin yaygınlaştırılması, spor tesislerinin ve rekreasyon alanlarının oluşturulması için gerekli mevzuat çalışmalarının yapılması
5. Ev içinde kolaylıkla uygulanabilecek tarzda fizik aktivite uygulamalarının geliştirilmesi stratejileri üzerinde durulmuştur (59).

2.2.5. Obezite

2.2.5.1. Tanımlar

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır. Obezite alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Vücuttaki yağ kitlesinin artması ile seyretmektedir. Günümüzde önlenebilir ölümlerin sigaradan sonra gelen ikinci önemli nedeni obezitedir. Obezite, önceden gelişmiş ülkelerde görülürken, batı yaşam tarzının benimsenmesi, kırsaldan kentlere göçün artması, fizik aktivite azlığı ile artık tüm dünyayı etkileyen bir salgın haline gelmiştir (70).

Obeziteyi belirlemek için DSÖ’nün obezite sınıflandırması kullanılmakta ve genellikle Beden Kitle İndeksi (BKİ) esas alınmaktadır. BKİ, bireyin kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine ($BKİ=kg/m^2$) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. DSÖ tarafından BKİ 30 kg/m^2 ve üzeri olması obez olarak kabul edilmektedir. 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 kabul edilmektedir (71).

BKİ vücut yağ dağılımı hakkında yeterli bilgi vermemektedir. Vücut yağ dağılımı hakkında bilgi vermesi için bel çevresi ve bel kalça oranı kullanılmaktadır. Erkeklerde bel çevresinin 102 cm’yi kadınlarda 88 cm’yi geçmesi kalp ve damar hastalıkları yönünden yüksek riskli kabul edilmektedir. BKO’nun erkeklerde 0,95’i kadınlarda 0,88’i geçmesi abdominal obezite olduğunu göstermektedir (72,73).

2.2.5.2. Obezite Epidemiyolojisi

DSÖ Dünya Sağlık İstatistikleri 2015 raporuna göre 2014 yılında dünyada 18 yaş üzeri erkeklerin %10,7’si, kadınların %15,3’ü obezdir. Gelişmiş ülkelerde bu oran erkeklerde %22,6 kadınlarda %24,3’tür. DSÖ bölgelerinde obezite en fazla Amerika ve Avrupa bölgelerinde görülmektedir (16).

1980-2013 yılları arasında 188 ülkeden gelen verilerle obezitedeki değişimin incelendiği çalışmada obezitede %28 artış gözlenmiştir. Aşırı kilolu ve obezlerin

sayısı 1980 yılında 857 milyondan 2013'te 2,1 milyara ulaşmıştır. 671 milyon obez kişinin yarısından fazlası ABD, Çin, Hindistan, Rusya, Brezilya, Meksika, Mısır, Almanya, Pakistan ve Endonezya'da yaşamaktadır. Geçen otuz yılda, kadınlar arasında obezite seviyelerinden en fazla artış, Mısır, Suudi Arabistan, Umman, Honduras ve Bahreyn'de, erkekler arasında ise Yeni Zelanda, Bahreyn, Kuveyt, Suudi Arabistan ve ABD'de görülmüştür. Gelişmiş ülkelerde erkeklerde obezite oranı kadınlara göre daha yüksekken, gelişmekte olan ülkelere kadınlarda obezite daha fazladır. Halen dünyadaki obez insanların %62'si gelişmekte olan ülkelere yaşamaktadır (74).

Obezitenin en sık görüldüğü Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yürütülen Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (NHANES) çalışmasına göre 2003-2004 yıllarında obezite (Beden Kitle İndeksi=BKİ $\geq$ 30) prevalansı erkeklerde %31,1, kadınlarda %33,2'dür. 2005-2006 yıllarında ise erkeklerde %33,3, kadınlarda %35,3 olarak saptanmıştır (75).

Türkiye'de 24788 kişi üzerinde yürütülen Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması-I (TURDEP-I) çalışmasının sonuçlarına göre obezite prevalansı 1998 yılında kadınlarda %30, erkeklerde %13, genelde ise %22,3'dür. Yaş dağılımına göre incelendiğinde prevalansın 30'lu yaşlarda arttığı, 45-65 yaşları arasında pik yaptığı görülmüştür. Obezite prevalansı kentsel alanda %23,8 iken kırsal alanda %19,6 olarak tespit edilmiştir. Ülke geneli değerlendirildiğinde doğu bölgelerinde obezite daha az görülmektedir. Santral obezite (bel çevresi kadında >88cm, erkekte >102cm) prevalansı kadınlarda %49, erkeklerde %17, genelde %35 olarak tespit edilmiştir (76).

TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra yapılan 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasında obezite prevalansının erişkin nüfusta %31,2 olduğu görülmüştür. Kadınlarda obezite prevalansı %44, erkeklerde ise %27 olarak saptanmış ve son 12 yılda prevalansın kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 arttığı bildirilmiştir (77).

Ülkemizde 5 yılda bir tekrarlanan 15-49 yaş grubu kadınların çalışma kapsamına alındığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçları incelendiğinde de obezitenin kadın nüfusta giderek arttığı görülmektedir. Bu

araştırmaların sonuçlarına göre 15-49 yaş grubu kadınlarda fazla kiloluluk (BKİ=25-29,9 kg/m²) prevalansı 1998, 2003, 2008 ve 2013 yıllarında sırasıyla %33,4, %34,2, %34,4 ve 28,6'dır. Obezite prevalansı ise sırasıyla %18,8, %22,7, %23,9 ve 26,5 olarak bulunmuştur. Kadınlarda obezite sıklığında artış izlenmektedir (78-81).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 sonuçlarına göre obezite sıklığı; 19 yaş ve üzerinde bireylerde %30,3 iken bu oran erkeklerde %20,5 ve kadınlarda %41 olarak bulunmuş, ayrıca fazla kilolu olma oranı ise %34,6 olarak tespit edilmiştir (54).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri alışması sonuçlarına göre erkeklerin %15'i, kadınların %29'u obezdir. Erkeklerin %37'si kadınların %29'u fazla kiloludur. Obezite her iki cinste de en sık 55-64 yaş grubunda görülmektedir (erkek: %26, kadın: %57). Çalışmada kadınlarda geniş bel çevresi görülme sıklığı erkeklerin yaklaşık iki katıdır (erkek: %21, kadın: %44). Bel-kalça oranı yüksekliği ise genel olarak erkeklerde kadınlara göre daha sıktır (erkek: %30, kadın: %25). Kentsel bölgede yaşayan erkekler kırsalda yaşayanlara göre daha riskli BKİ, bel çevresi ve bel-kalça oranı değerlerine sahip iken, kırsal bölgede yaşayan kadınlar daha riskli değerlere sahiptir (21).

TURDEP-I'de santral obezite prevalansı kadınlarda %49, erkeklerde %17, TURDEP-II'de ise kadınlarda %64, erkeklerde ise %35'tir. TURDEP-I'de santral obezite sıklığı genel toplumda %34, TURDEP-II'de ise %53 olup santral obezite yıllar içinde artış göstermektedir (76,77).

Obezite oluşmasında başlıca risk faktörleri:

- Aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları
- Yetersiz fizik aktivite
- Yaş
- Cinsiyet
- Eğitim düzeyi
- Sosyo-kültürel etmenler
- Gelir durumu
- Hormonal ve metabolik etmenler
- Genetik etmenler
- Psikolojik problemler

- Sigara- alkol kullanma durumu
- Kullanılan bazı ilaçlar (antidepresanlar vb.)
- Doğum sayısı ve doğumlar arası süre (73).

UHY-MEP çalışmasına göre obezitenin önlenmesi ile önlenebilecek ölüm sayıları iskemik kalp hastalığında 29.581, iskemik inmede 11.109, diyabette 7.674'dür. Toplamda ise 57.143 ölüm önlenebilmekte olup bu tüm ölümlerin %13,3'ünü oluşturmaktadır. Obezitenin önlenmesi ile önlenebilecek DALY sayıları iskemik kalp hastalığında 346294, diyabette 152.240, iskemik inmede 146.930 olarak hesaplanmıştır. Önlenebilecek DALY sayısı toplam DALY'nin %7,3'ünü oluşturmaktadır (6).

2.2.5.3. Obezitenin Kalp ve Damar Hastalıkları Üzerine Etkisi

DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Raporu 2014'e göre, obezite ve fazla kiloluluk, Avrupa'daki yetişkinlerin tip 2 diyabet vakalarının %80'inden, iskemik kalp hastalıklarının %35'inden ve hipertansiyonun %55'inden sorumludur. Bel çevresi ve bel kalça oranının artmasına neden olan abdominal obezite, yağın daha çok karın bölgesinde toplanmasını ifade eder ve hem kadın hem erkeklerde koroner arter hastalığı için bir risk faktörüdür. Kadın ve erkeklerde BKO artışının miyokard enfarktüsü, angina, inme ve metabolik sendrom gelişmesi ile ilişkisi bulunmuştur (3,73)

1990-1998 yılları arasında yürütülen Nurses Health Study kohortunda, 30-55 yaş arasında 44702 hemşire 8 yıl boyunca izlenmiş, bu süreçte 320 kardiyovasküler olay olmuştur. Çalışmaya göre BKİ'den bağımsız olarak bel çevresi ya da bel kalça oranı arttıkça kardiyovasküler hastalık riskinin de arttığı belirtilmiştir (82).

2004 yılında elli iki ülkede 27000 kişi üzerinde yapılan bir olgu kontrol çalışması olan INTERHEART çalışmasında ise obezitenin myokard infarktüsü (MI) üzerine etkisi incelenmiştir. BKİ ve bel kalça oranı beşte birlik dilimlere ayrılmış, her beşte birlik dilim için Mİ riski hesaplanmıştır. Buna göre çalışmada öngörülen risk etmenlerine göre düzeltildiğinde bel kalça oranı arttıkça MI riski anlamlı olarak artmaktadır. BKİ'de ise düzeltmelerle anlamlılık kaybolmaktadır (13).

2004 yılında Avustralya’da kentte yaşayan 20-69 yaş arasındaki 9309 kişinin 11 yıllık izlem sonucunda ise BKİ, bel çevresi, bel kalça oranı ve bel boy oranı karşılaştırılmış, kardiyovasküler ölümleri öngörmeye erkeklerde bel kalça oranı, kadınlarda ise bel boy oranı diğer tüm değerlendirmelerden daha başarılı bulunmuştur (83).

Abdominal obesitenin kardiyovasküler hastalıklardan ölümleri ve kardiyovasküler sorunları öngörmeye BKİ’ye göre daha başarılı olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte Onat’ın 2003 yılında yürüttüğü çalışmaya göre Türk kadınlarının %61’inde abdominal obesitenin varlığı KKH risk durumunun belirlenmesinin bu gruptaki önemini göstermektedir. Bu çalışmaya göre %10’luk bir kilo kaybı, hipertansiyonu olan ya da olmayanlarda kan basıncını önemli şekilde iyileştirmekte, glukoz toleransı ya da insülin direncinde iyileşme yapmakta ve LDL kolesterol, trigliserid azalması ve HDL kolesterolün yükselmesi gibi lipoprotein profilinde olumlu düzeltilmeler sağlamaktadır (84).

1998 yılında İngiltere’de yürütülen kadınlarda abdominal obezite ve kalp hastalıkları ilişkisinin ortaya konduğu Nurses Health Study kohortunda Tip 2 diyabetin tüm etnik gruplarda obeziteyle güçlü şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmaya göre Tip 2 diyabetin %80’den fazlası obezite ile birlikte dir. Obezitede tip 2 diyabet riski obezite derecesiyle orantılı olarak artar. Tip 2 diyabet riski visceral yağ dokusuyla ilişkili olarak da artmaktadır, ancak total vücut yağı veya cilt altı yağ ile ilişkili bulunmamıştır. Bu çalışmaya göre obez olguların yaklaşık yarısı hipertansiftir. 5,0 ile 9,9kg şişmanlayan kadınlarda hipertansiyon riski 1,7 kat, 25kg ve üzerinde şişmanlayanlarda ise 5,2 kat artmıştır (82).

2004 yılında yapılan INTERHEART çalışmasında BKİ ≥ 30 kg/m² olan kişilerde obez olmayanlara göre kalp yetersizliği riski 2 kat, atriyal fibrilasyon riski ise 1,5 kat yüksek bulunmuştur. Diğer komorbid durumlara göre düzeltildikten sonra BKİ’de her 1 kg/m² artışın, kalp yetersizliği riskini erkeklerde %5, kadınlarda ise %7 arttırdığı tespit edilmiştir. Erkeklerde kalp yetmezliği olgularının %11’i, kadınlarda %14’ü sadece obeziteyle ilişkilidir. BKİ ≥ 27 kg/m² olması ve 18 yaşından sonra kilo almış olmanın iskemik inme riskinde artışa neden olduğu gösterilmiştir. İskemik inmede BKİ < 21 kg/m² olmasına göre rölatif risk 27-28,9 kg/m² arasında 1,8, BKİ 29-31,9 kg/m² arasında olanlarda 1,9 ve BKİ ≥ 32 kg/m² olanlarda ise

2,4'tür. Obezite ayrıca derin ven trombozu ve pulmoner emboli riskinde de artışa neden olur (13).

Türkiye'de 2003 yılında yapılan Onat'ın yürüttüğü TEKHARF çalışmasına göre erkeklerde bel çevresi ve bel kalça oranı BKİ'ye göre KKH olgularının öngörülmesinde daha başarılı iken, kadınlarda bel çevresi ve BKİ daha uygun bulunmuştur. Bu durumda her iki cinsiyette bel çevresinin kullanılması önerilmektedir (84).

2.2.5.4. Obezitenin Önlenmesi ve Kontrolü

Obezite ile mücadelede DSÖ başta olmak üzere pek çok uluslararası kuruluş, tüm dünyada beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının yerleştirilmesi ve hareketli yaşam biçiminin benimsenmesi konularında çeşitli programlar geliştirerek öncülük etmektedir. DSÖ tarafından Küresel Beslenme, Fizik Aktivite ve Sağlık Stratejisi geliştirilmiştir (46).

Sağlık 21 Herkes İçin Sağlık programında obezitenin hipertansiyon, diyabet ve kalp damar hastalıkları için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiş ve 2020 yılına kadar primer koruma yaklaşımı ile 40 yaş ve üzeri nüfusta obezite prevalansının %10 azaltılması hedeflenmiştir (85).

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı'nda da KVH için risk faktörü olan obezitenin önlenmesi için ulusal bir programın hazırlanması hususu yer almıştır (86).

T.C. Sağlık Bakanlığı sektörler arası bir yaklaşımla "Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı"nı oluşturmuş ve 2010 yılında uygulamaya koymuştur. Program; politika, kontrol programı ve 2010-2014 eylem planı ana başlıklarını içermektedir (87). Program obezite ile mücadelede yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasına yönelik önlemlerin yanı sıra toplumda düzenli fizik aktivitenin teşvik edilmesine dair hususları da kapsadığından adı "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" olarak değiştirilerek 29 Eylül 2010 tarihli ve 27714 sayılı Resmi Gazete'de Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır (59).

Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programında;

1. Obezite ile mücadele stratejilerinin ulusal sağlık stratejileri ve politikaları arasında yer almasının sağlanması
2. Ulusal ve yerel düzeyde tüm paydaşların yıllık bütçelerinde obezite ile mücadele programlarını desteklemek amacıyla bütçe imkânları çerçevesinde kaynak ayrılması
3. Kanıta dayalı politikalar geliştirilmesi için obezite ile ilgili bilimsel verilerin güncel araştırmalar aracılığı ile sağlanması
4. Sağlık personelinin obezite ile mücadele konusunda bilgi düzeyinin artırılmasına katkı sağlanması amacıyla hizmet içi eğitim programlarının sürekli düzenlenmesi
5. Sağlık kuruluşlarına başvuran bireylerin obezite ile mücadele konusunda bilgilendirilmelerinin sağlanması
6. Koruyucu sağlık ve aile hekimliği hizmetleri kapsamında öncelikli olarak risk gruplarına (bebekler, çocuklar, gebe ve emzikliler, yaşlılar, engelliler, sigarayı bırakanlar vb.) yönelik obezite ile mücadele uygulamalarının yaygınlaştırılması
7. Obezite ile mücadele ile ilgili konularda topluma doğru mesajların ulaştırılması amacıyla medya ile işbirliğinin sağlanması ve bu kapsamda bilgi ve bilinç düzeyinin artırılması
8. Sağlık personelinin obezitenin tanı ve tedavisi konularında bilgilerinin artırılmasına ve topluma yönelik uygulamaların yaygınlaştırılmasına katkı sağlanması
9. Sağlık kuruluşlarına başvuran bireylerin fazla kiloluluk ve obezite açısından değerlendirilmesi ve tedavilerinin sağlanması
10. Fazla kilolu ve obez hastaların 1. 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinde sürveyans sisteminin kurulması
11. Obezitenin tedavisinde cerrahi müdahalelerin (mide balonu, kelepçe, bypass vb.) uygulama şartlarının ve bu yöntemlerin bedelinin ödenmesine yönelik resmi düzenlemelerin yapılması başlıkları yer almaktadır (59).

2.2.6. Hipertansiyon

2.2.6.1. Tanımlar

Erişkin bireylerde yetkili sağlık personeli tarafından yapılan standart ölçüm ile sistolik kan basıncı 140 mmHg ve üzerinde; ve/veya diyastolik kan basıncı 90 mmHg ve üzerinde olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır. Koroner arter hastalığı, diyabet, kronik böbrek yetmezliği varlığında hedef kan basıncı 130/80 mmHg'nin altı olmalıdır. Sistolik kan basıncı özellikle önemlidir ve çoğu hastada tanıda esastır. Hipertansiyon tanısı için en az iki veya daha fazla ölçümün ortalaması değerlendirilmelidir. Genel popülasyonda kan basıncı düzeylerine göre sınıflandırma Tablo 2.1.'de gösterilmiştir. Avrupa Kalp Cemiyeti ve Avrupa Hipertansiyon Cemiyeti (ESC/ESH) 2013 kılavuzuna göre sistolik kan basıncı (KB)<120 ve diyastolik KB<80 optimal, sistolik KB 120-129 ve/veya diyastolik KB 80-84 normal, sistolik KB 130-139 ve/veya diyastolik KB 85-89 yüksek normal, sistolik KB 140-159 ve/veya diyastolik KB 90-99 evre 1, sistolik KB 160-179 ve/veya diyastolik KB 100-109 evre 2, sistolik KB $\geq$ 180 ve/veya diyastolik KB $\geq$ 110 evre 3, sistolik KB $\geq$ 140 ve/veya diyastolik KB<90 izole sistolik hipertansiyon olarak sınıflandırılmıştır (88).

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	$\geq$ 180	ve/veya	$\geq$ 110
İzole Sistolik	$\geq$ 140	ve	<90

2.2.6.2 Hipertansiyon Epidemiyolojisi

DSÖ Dünya Sağlık İstatistikleri 2015 raporuna göre 18 yaş ve üzeri nüfusta 2014 verilerine göre kan basıncı yüksekliği dünyada erkeklerde %24,0 kadınlarda %20,5'tir. Hipertansiyon gelişmekte olan ülkelerde daha fazla görülmektedir (16).

Dünyada hipertansiyon nedeniyle 2010 yılında 9,4 milyon ölüm gerçekleşmiştir. Hipertansiyon ilişkili ölümler, tüm ölümlerin %18'ine denk gelmektedir. 25 yaş üzeri 10 yetişkinden 4'ü hipertansiftir. Hipertansiyonun yaklaşık %30'u artmış tuz tüketimine, %20'si fiziksel inaktiviteye, %30'u obeziteye bağlıdır. Kan basıncı yüksekliği kalp hastalıkları ve inmelerin yaklaşık yarısının nedeni olarak gösterilmektedir (89).

ABD'de 1988-1991 yıllarında Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması (NHANES) III yürütülmüştür. Çalışmada kan basıncı 140/90 mmHg sınır olarak alınmış ve anti hipertansif ilaç kullananlar da hipertansif gruba dahil edilmiştir. NHANES III'e göre ABD'de hipertansiyon prevalansının %29 olduğu, yaşla arttığı, zencilerde hipertansiyon görülme sıklığının beyazlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu kişilerin %70'inin hipertansiyonu olduğunun farkında olduğu ve %59'unun tedavi almakta olduğu, ancak %34'ünde kan basıncının kontrol altında olduğu bildirilmektedir. Kırk yaş altında erkeklerde, kırk yaş üzerinde ise kadınlarda hipertansiyon prevalansı daha yüksek bulunmuştur (90).

Ülkemizde 1990 yılında yapılan TEKHARF çalışmasına göre sistolik KB 140 mmHg ve/veya diyastolik KB 90mmHg'nın üzerinde bulunan 30 yaş ve üzeri erişkinlerde sıklık %33,7'dir. Erkeklerde %28,4, kadınlarda %38,0 olup, kentsel kesimde %31,7, kırsal kesimde %36,4 olarak bulunmuştur. 2000 yılında Onat'ın yürüttüğü kalp hastalıklarında mortalite belirleyicisi olarak hipertansiyon ele alınmış 10 yıllık bir izlem sonucunda sistolik KB ortalamasının 5,4mmHg (erkeklerde 4,4mmHg, kadınlarda 6,4mmHg) ve diyastolik KB ortalamasının 3,5mmHg (erkeklerde 2,7mmHg, kadınlarda 4,2mmHg) arttığı bildirilmiştir (91,92).

Ülkemizde 2003 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT)'na göre 18 yaş ve üzeri erişkinlerde hipertansiyon prevalansı %31,8 olarak bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %27,5, kadınlarda %36,1 olup kadınlarda erkeklerden daha yüksektir. Kırsal ve kentsel kesimde yaşayanlar arasında

hipertansiyon prevalansları arasında fark olmamakla beraber hem kırsal hem de kentsel kesimde prevalans kadınlarda yüksek saptanmıştır. Sistolik KB ortalaması $127,9 \pm 21,1$ mmHg, erkeklerde $126,2 \pm 17,4$ mmHg, kadınlarda $129,8 \pm 24,2$ mmHg'dir. Diyastolik KB ortalaması ise $81,4 \pm 12,7$ mmHg, erkeklerde $80,8 \pm 11,0$ mmHg, kadınlarda $82,0 \pm 14,3$ mmHg olarak ölçülmüştür. Hipertansiyonu olanların sadece %40,7'sinin hastalıklarının farkında olduğu, %31,1'in antihipertansif tedavi aldığı bilinmektedir. PatenT çalışmasına göre tüm hipertansiflerde kan basıncı kontrolü %8, tanısı olan ve tedavi alanlarda ise %20,7'dir (93).

1998 yılında yapılan TURDEP-I çalışmasında 20 yaş üzeri grupta hipertansiyon sıklığı %29,5 bulunmuştur. 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasına göre hipertansiyon sıklığı ise %31,3 bulunmuştur. Erkeklerde %30,9, kadınlarda ise %32,3'tür. TURDEP-II sonuçlarına göre hipertansiyon prevalansı kentsel kesimde %30,6, kırsal kesimde %32,2 olarak bulunmuştur. Hipertansiyon prevalansının kadınlarda fazla görüldüğü ve yaşla birlikte artmakta olduğu saptanmıştır (76,77).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması 2011 sonuçlarına göre 18 yaş ve üzerinde hipertansiyon prevalansı %24'dür. Erkeklerde bu oran %21, kadınlarda %26'dır. Hem erkeklerde hem de kadınlarda hipertansiyon prevalansı yaşla birlikte artmaktadır. Hipertansiyon prevalansı 15-24 yaş grubunda %3 iken 35-44 yaş grubunda %14'e yükselmektedir. 55-64 yaş grubunda oran %53'tür. 65 yaş ve üzerinde hipertansiyon prevalansı %68'dir (erkeklerde %59, kadınlarda %76). Hipertansiyon prevalansı 45-54 yaş grubundan başlayarak, her yaş grubunda geçerli olmak üzere kadınlarda daha yüksektir. İzole sistolik hipertansiyon prevalansı erkeklerde %5 kadınlarda %6 bulunmuştur. Kırsal yerleşim bölgelerinde yaşayanlarda hipertansiyon prevalansı %26, kentsel bölgede yaşayanlarda %22'dir. Kırsal bölgelerde yaşayanlarda tedavisiz olanların oranı, kentsel bölgede yaşayanlara göre daha yüksektir (kırsal %44, kentte %41). Kırsal bölgelerde yaşayanlarda yüksek tansiyonu kontrol altında olan hastaların oranı kentsel bölgede yaşayanlara göre daha düşüktür (kırsal %25, kentte %32) (21).

Hipertansiyon gelişiminde rol oynayan başlıca risk faktörleri:

- Yaş
- Cinsiyet
- Genetik öykü
- Obezite varlığı
- Diyabet varlığı
- Aşırı tuz tüketimi
- Fizik aktivite azlığı
- Alkol kullanımı
- Stres
- Tütün ürünü kullanımı
- Bozulmuş kan yağları
- Aile öyküsü
- Sosyoekonomik düzeyi düşük bireyler ve etnik azınlıklar
- Bozulmuş açlık glikozu ve/veya bozulmuş glikoz tolerans testi sonucuna sahip olan bireyler (94).

UHY-MEP çalışmasına göre hipertansiyona atfedilen, yani hipertansiyonun kontrol altına alınması ile önlenen ölüm sayıları iskemik kalp hastalıklarında 50.717, serebrovasküler hastalıklarda 39.731, hipertansif kalp hastalıklarında ise 11.503'tür. Toplamda önlenen ölüm sayısı 108.468 olup, tüm ölümlerin %25,2'sini oluşturmaktadır. Yüksek tansiyonun kontrol altına alınması ile erkeklerde ölümlerin %20,4'ü, kadınlarda ise %30,8'i önlenebilmektedir. Önlenen YLL değerlerine bakıldığında erkeklerde toplam YLL'nin %11,4'ü, kadınların ise %16,2'si yüksek tansiyonun kontrol altına alınması ile önlenebilmektedir. Yüksek tansiyon erkeklerde 443.788 DALY, kadınlarda 485.162 DALY hastalık yükü oluşturmakta olup, bu tüm hastalık yükünün erkeklerde %7,8'ini, kadınlarda da %9,4'ünü oluşturmaktadır. Kan

basıncının normal seviyelerde tutulması ile toplam hastalık yükünün %8,6'sı önlenmektedir. Önlenebilir DALY sayılarına bakıldığında, toplam 928.950 DALY yüksek tansiyonun önlenmesi ile önlenmektedir (6).

2.2.6.3. Hipertansiyonun Kalp ve Damar Hastalıkları Üzerine Etkileri

Hipertansiyon yalnızca kan basıncı değerlerinin yükselmesi ile seyreden bir sorun olmayıp, oluşturduğu hedef organ hasarı ile oldukça önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Hipertansif hastalarda kan basıncı normal sınırlar içerisinde kontrol edilemediğinde birçok organ ve sistemin fonksiyonu geri dönüşümsüz olarak etkilenmektedir. Başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere pek çok sistemik hastalığa ait risk faktörleri hipertansif kişilerde normotansif olanlara göre anlamlı şekilde yüksektir. Epidemiyolojik ve klinik araştırmalarda koroner kalp hastalığı ve inme mortalitesi için hipertansiyonun risk faktörü olduğu belirtilmiştir (95).

Hipertansiyon vazomotor tonusun artışı ve periferik arter direncinin artışına sebep olur. Hipertansiyon ateroskleroza neden olur. Miyokard infarktüsü ve Serebrovasküler hastalık için major risk faktörüdür. İnme riski kan basıncı ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Framingham çalışması sonuçlarına göre sistolik kan basıncı 160 mmHg'den veya diyastolik kan basıncı 95 mmHg'den büyük olan kişiler arasında inme için relatif risk erkekler arasında %3,1, kadınlar arasında %2,9'dur (96).

Koroner kalp hastalığı birden fazla faktöre bağlı olmakla beraber, KB'nin sürekli olarak yüksek seviyede olmasının önemli bir faktördür. Özellikle 140 mmHg sistolik KB'nin üzerinde riskin belirgin düzeyde arttığı bilinmektedir. INTERHEART çalışması, miyokard enfarktüsü riskinin yaklaşık %50'sinden lipitlerin, yaklaşık %25'lik kısmından ise hipertansiyonun sorumlu olduğunu ortaya koymaktadır (13).

3.2. Kalp ve Damar Hastalıklarının Önlenmesi ve Kontrolü

Kalp ve damar hastalıkları başta olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik DSÖ tarafından 2000 yılında Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların

Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi, 2003 yılında Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, 2004 yılında Küresel Beslenme, Fizik Aktivite ve Sağlık Stratejisi, 2007 yılında Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü konulu kararlar alınmıştır. 2008 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından Küresel Tütün Epidemisi ve alkolün zararlı kullanımını azaltma stratejileri konulu karar alınmıştır. 18 Nisan 2008’de 2008-2013 Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi Eylem Planı hazırlanmış ve altı ana hedef belirlenmiştir (58). Bu hedefler:

1. Küresel ve ulusal düzeyde bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede önceliğin artırılması
2. Ulusal düzeyde politika ve planların oluşturulması ve güçlendirilmesi
3. Temel ortak risk faktörlerine (tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fizik hareketsizlik ve alkol kullanımı) yönelik müdahalelerin geliştirilmesi
4. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde araştırmaların teşviki
5. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde işbirliğinin teşviki
6. Tüm düzeylerde (ulusal, bölgesel, küresel) izleme ve değerlendirme

Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede önceliğin artırılması kapsamında küresel ve ulusal seviyelerdeki kalkınma çalışmaları içerisinde bulaşıcı olmayan hastalıklara atfedilen önceliği yükseltmek ve bu tür hastalıkların önlenmesi ve kontrolünü tüm hükümet birimlerinin politikalarına entegre etmek amacıyla:

- Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünü desteklemek ve izlemek için bulaşıcı olmayan hastalık epidemilerinin haritasını çıkarmak ve bunların sosyal, ekonomik, davranışsal ve politik belirleyicilerini tespit etmek
- Bulaşıcı olmayan hastalıklar tarafından oluşan hastalık yükünü, özellikle yoksul ve dışlanmış nüfuslara öncelik vererek değerlendirmek ve izlemek
- Bulaşıcı olmayan hastalıkların sosyal belirleyicilerini kontrol altına alan programlar geliştirmek ve uygulamak
- Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünü açık bir şekilde yoksulluğu azaltma stratejileri ve ilgili sosyal ve ekonomik politikalar ile birleştirmek

- Ulusal ve uluslararası liderlerin ilgili üst düzey forumları ve toplantılarının gündemlerinde bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne verilen önceliği arttırmak, başlıca izlenmesi gereken yollardır.

Ulusal düzeyde politika ve planların oluşturulması ve güçlendirilmesi kapsamında ülkeler, kendi ulusal sağlık politikalarının ve daha geniş ölçekli kalkınma çerçevelerinin entegre bir parçası olarak bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için yeni politikalar ve planlar oluşturmaları ve güçlendirmeleri gerekmektedir. Bu amaçla:

- Sağlık dışındaki sektörlerin katılımı ile ulusal sağlık politikasının planlanması yürütülmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesi için üst düzey ve çok sektörlü bir mekanizma kurulması sağlanmalı
- Risk faktörleri ve davranış kalıpları konularında güvenilir toplum tabanlı mortalite ve morbidite istatistikleri ve standardize edilmiş veriler sağlaması amacıyla ve risk faktörü surveyansına DSÖ'nün "STEPS" yaklaşımı üzerine inşa edilmiş, bir surveyans ve izleme sistemi kurulmalı
- Kronik hastalıklar için sağlık hizmeti sağlanması bütün sağlık sisteminin, hem kamu hem de özel sektördeki sistem altyapısının güçlendirilmesi ile mümkündür. Kronik hastalıkların etkili yönetimi ve bunlara yönelik sağlık hizmeti için gerekli tedbirler alınmalı, uygun politikalar ile eğitilmiş insan kaynakları, temel ilaçlara ve temel teknolojilere yeterli erişim, temel sağlık hizmetleri standartları ve iyi işleyen sevk mekanizmaları kurulmalıdır.

Temel risk faktörlerine (tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fizik hareketsizlik ve alkol kullanımı) yönelik müdahalelerin geliştirilmesi amacıyla:

- DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinde yer alan ilkeler doğrultusunda; Tütün kullanımını önleme politikalarını izlemeli, insanları kamusal alanlar ve işyerlerinde tütün dumanından korumalı, tütün kullanımına son vermek isteyen insanlara yardım teklif etmeli, insanları tütünün tehlikeleri hakkında uyarmalı, tütünün reklamı,

teşviki ve sponsorluğu ile ilgili yasakları yürürlüğe koymalı, tütün vergilerini ve fiyatlarını arttırmalı,

- Yaşamın ilk altı ayı için yalnızca anne sütüyle beslemeyi teşvik etmeli, beslenmeyle ilişkili bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolünü ön plana alan ulusal gıda ve beslenme politikası ve eylem planı geliştirilmelidir. Gıda tabanlı beslenme rehberleri hazırlanmalı tuz kullanım seviyeleri düşürülmeli, trans yağ asitlerinin kullanımına son verilmeli; doymuş yağların kullanım azaltılmalı, üretimde serbest şeker sınırlandırılmalıdır.
- Fizik aktivite ile ilgili yürüme, bisiklet kullanma ve diğer fizik aktivitelerin herkes için erişilebilir ve güvenli olması temin edilmeli, okullar ve işyerlerine gidiş geliş için yürüme veya bisiklet kullanma gibi aktif ve güvenli seyahat yöntemlerini teşvik eden ulaşım politikalarının tasarlanmalıdır. Spor faaliyetlerine yönelik tesisler iyileştirilmeli, sağlığı teşvik eden okullar bağlamında okul tabanlı programlarla fizik aktivite desteklenmelidir.
- Küçük yaşta alkol kullanımının önüne geçilmeli, üreme çağındaki kadınların alkol kullanımı engellenmeli ve alkolün etkisi altında araç kullananlara etkili yaptırımlar uygulanmalıdır. Zehirlenmeye varacak derecede alkol alımı, alkol kullanım bozuklukları ile mücadele edilmelidir. Yasadışı olarak üretilmiş ve dağıtılmış alkollü içeceklerin tüketimi yasaklanmalıdır.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde araştırmaların teşviki amacıyla:

- Sosyoekonomik belirleyiciler, cinsiyet, müdahalelerin maliyet-etkililiği, maliyeti karşılanabilir teknoloji ve işgücü geliştirme gibi konulu araştırmalar yürütmek üzere ulusal referans merkezleri kurulması teşvik edilmeli,
- Bulaşıcı olmayan hastalıkların yükünün ve sosyoekonomik kalkınma üzerindeki etkileri değerlendirmeli ve izlenmeli, risk faktörlerinin dağılımı üzerinde yoksulluğun ve diğer sosyoekonomik eşitsizlik göstergelerinin etkisi izlenmelidir. Toplum tabanlı müdahalelerin

farklı nüfus gruplarındaki risk faktörü düzeyleri ile morbidite ve mortalite üzerindeki etkisi değerlendirmeli ve bu gibi çalışmaların önü açılmalıdır.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde işbirliğinin teşviki amacıyla:

- Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için bölgesel ve bölge altı ağlara aktif katılım sağlanmalı, etkili ortaklıklar oluşturulmalı ve uygun olan şekilde önemli paydaşları dahil ederek işbirliği ağları geliştirilmelidir.

Tüm düzeylerde (ulusal, bölgesel, küresel) izleme ve değerlendirme amacıyla:

- Varolan DSÖ materyallerini kullanarak, sürveyans sistemlerini ve risk faktörleri, hastalık insidansı ve sebebe göre ölüm üzerine standardize veri toplanmasını güçlendirilmelidir. Yaşa, cinsiyete ve sosyoekonomik duruma göre ayrılmış bulaşıcı olmayan hastalık ve ilgili risk faktörleri, rutin bir düzene oturtulmuş şekilde, veri ve bilgi sunarak katkı sağlanmalıdır. Ulusal stratejilerin ve planların uygulanmasında sağlanan ilerleme hakkında bilgi paylaşılmalıdır (58).

Kalp ve damar hastalıklarının önlenmesinde temel olarak iki yol izlenir. Bunlardan birincisi, tüm toplumdaki risk faktörlerini değiştirmeyi hedefleyen sağlıklı geliştirme çalışmaları, ikincisi sadece yüksek riskli kişileri hedefleyen koruyucu ve tedavi edici girişimlerdir. Eğer bir toplumda risk faktörü yaygınsa ve yapılacak girişimler sonucu sağlıklı, risk faktörü taşımayan kişilere herhangi bir zarar gelmeyecekse tüm toplumu kapsayan girişimlerin seçilmesi önerilmektedir.

Toplumda risk faktörlerine yönelik girişimlere başlamadan önce risk faktörleri sıklığı ve ilişkili durumların iyi bilinmesi gerekir. Saptanacak bu sıklıklar daha sonra yapılacak girişimlerin etkililiğini değerlendirmek için kullanılır. Sağlık eğitimi veya başka yollarla yapılacak girişimler sonucu bu değerlerde ne kadar bir değişme olmasının hedeflendiği baştan belirlenmelidir. Hedefler ölçülebilir ve ulaşılabilir olmalıdır.

Girişimin yöntemi risk faktörüne göre değişebilir. Girişimler, sunulan sağlık hizmeti ve yapılan etkinlikler yoluyla bireysel ya da çevreye yapılan müdahalelerle

çevresel olabilir. Genellikle toplumsal girişimlerde pahalı ve ayrıntılı yöntemler yerine basit, kişilerce kabul edilebilirliği yüksek ve ucuz yöntemler seçilmelidir. Toplumsal girişimlerde yerel kaynakların işbirliği ve katkısı sağlanmalıdır. Toplum katılımı da denen bu yaklaşım, etkinliklerin devamlılığı ve toplum tarafından kabulü açısından önemlidir. Bu bağlamda resmi kurumlar, medya kuruluşları, vakıflar, sivil toplum örgütleri, gönüllüler, toplum liderlerinden katkılar alınmalıdır. Toplumsal girişimlerde hareket, pek çok noktadan birden başlatılmalıdır. Sağlık eğitimi yoluyla toplumda bir duyarlılık ve bilgilendirme oluşturulurken, sağlık kuruluşları da bu konuda hazırlıklı hale getirilmelidir.

Kalp ve damar hastalıkları için yüksek risklileri hedefleyen girişimler ise, toplum taramalarında veya kişilerin sağlık kurumlarına başvurmaları durumunda saptanan risk faktörlerine yönelik koruyucu veya tedavi edici hizmetleri kapsar.

Topluma yönelik girişimlerde yöntemler çok çeşitlidir ve herhangi bir yakınması olmasına bakmaksızın geniş kitleye ulaşmayı hedefler. Yüksek risklilere yönelik girişimler, hekime ulaşabilen, bir başka deyişle görünürde yakınması olan kitlelere yöneliktir. Kalp ve damar hastalıklarının sık görüldüğü toplumları kapsayan epidemiyolojik modelleme çalışmalarında toplumu hedefleyen girişimlerin yüksek riskli kişi yaklaşımına göre kalp ve damar hastalıklarını önlemede daha etkin olduğu belirtilmektedir (97).

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Doğancı Köyü, Bolu İline bağlı, merkeze 3 km uzaklıkta olan bir köydür. Köy nüfusu genel olarak tarım ve hayvancılıkla geçinmektedir. Köyde içme suyu ve kanalizasyon şebekesi mevcuttur. Köyde bir hekimin bulunduğu Aile Sağlığı Merkezi hizmet vermektedir. Nüfusu Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2014 verilerine göre 1229 olup 615 erkek, 614 kadın yaşamaktadır. İl Yüksek Seçim Kurulu'nun 30.10.2015 tarihli seçmen kaydına göre bölgede 957 erişkin yaşamaktadır.

3.2. Araştırma Tipi

Bu, kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Doğancı Köyünde ikamet eden 957 erişkin araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırma örneklem seçilmeden evrenin tamamında yürütülmüştür. 18 yaş altı bireyler, gebeler, araştırmaya katılımı kabul etmeyenler ve sağlıklı iletişim kurulamayanlar (demans, ağır mental retarde, vb.) çalışma dışı bırakılmıştır. Araştırma boyunca 796 kişiye ulaşılmıştır. 30 kişi araştırmaya katılmayı reddetmiş, 8 kişi gebe olduğu için, 9 kişi ile de sağlıklı iletişim kurulamadığı için çalışma 749 kişi üzerinde yürütülmüştür. Bölgede ikamet edenlerin %83,1'ine ulaşılmış; %78,2'si ile çalışma tamamlanmıştır. Kayıtlara göre ikamet adresi Doğancı Köyü olarak gözüken 161 kişiye ulaşılamamıştır. Bu kişilerin yurt dışında, şehir dışında ya da şehir içinde başka bir ikamet adreslerinin daha olduğu, bir kısmının ise şehir dışında okuyan öğrenciler olduğu düşünülmektedir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler:

- Sosyo-demografik özellikler: yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, sağlık güvencesi varlığı, gelir durumu, aile tipi, ısınma tipi

Bağımlı değişkenler:

- Risk faktörleri: tütün kullanımı, alkol kullanımı, fizik aktivite, obezite, kan basıncı yüksekliği

3.5. Araştırmanın Hipotezleri

- Tütün ve alkol kullanımı yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim gibi sosyo-demografik özelliklerden etkilenebilir.
- Beslenme davranışları ve fizik aktivite yapma durumu yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim gibi sosyo-demografik özelliklerden etkilenebilir.
- Kan basıncı, beden kitle indeksi yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim gibi sosyo-demografik özelliklerden etkilenebilir.
- Beden kitle indeksi tütün, alkol kullanımı, beslenme ve fizik aktiviteden etkilenebilir.
- Kan basıncı tütün, alkol kullanımı ve fizik aktiviteden etkilenebilir.
- Kan basıncı obeziteden etkilenebilir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Kronik hastalıklar için risk faktörleri sürveyansına ilişkin DSÖ tarafından STEPS yaklaşımı geliştirilmiştir. Birinci basamağa yönelik olarak uygulanabilecek, tüm bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörlerini kapsayan bu yaklaşım risk faktörleriyle ilgili temel verilerin toplanmasını hedefler. Kronik hastalık sürveyansının oluşturulması ve sürdürülmesini sağlamak için bu temel verilerin toplanması gerekmektedir. STEPS yaklaşımı üç basamaktan oluşmaktadır. Birinci adımda sosyodemografik veriler, tütün, alkol kullanımı, fizik aktivite ve beslenme davranışları yer almaktadır. İkinci adımda boy, ağırlık, bel çevresi, kalça çevresi,

nabız ve kan basıncı ölçümleri yer almaktadır. Üçüncü adım ise kan numuneleri ile ilgili olup, temelini kan şekeri ve kan yağları oluşturmaktadır (8). Bu çalışmada veriler, Q By Q STEPS Instrument V 3.0 esas alınarak geliştirilmiş veri toplama formu ile araştırmacı ve intern doktorlar tarafından yüz yüze anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Veriler iki aşamada toplanmıştır. Çalışma ilk aşamada Doğancı Köyü Orta Mahalle’de ikinci aşamada Yeni Mahalle’de yürütülmüştür.

Veri toplamak için oluşturulan anket dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcılara sosyo-demografik özellikleri sorgulayan 13 soru, ikinci bölümde kalp ve damar hastalıkları için risk faktörlerini oluşturan tütün kullanımı, alkol kullanımı, beslenme durumu ve fizik aktiviteyi sorgulayan 37 soru sorulmuştur. Üçüncü bölümde kalp ve damar hastalıkları farkındalık düzeyi sorgulanmıştır. Son bölümde ise katılımcıların boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi, kalça çevresi, kan basıncı ve nabız ölçümleri yapılmıştır. Tüm bu işlemler yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür.

3.7. Ölçümler ve Standardizasyon

Tansiyon ölçümü araştırmacılar tarafından, klasik oskültatuvar yöntemli tansiyon aleti ile yapılmıştır. Tansiyon ölçümünde Erka Perfect Aneroid 13*47 cm erişkin tipi 4 adet manometreli tansiyon ölçüm aleti ve 4 adet 3M™ Littmann® Classic II S.E. marka steteskop kullanılmıştır. Ölçüm öncesi kişinin oturur durumda en az 5 dakika dinlenmesine izin verilip, avuç açık, sağ kol kalp seviyesinde olması sağlanmıştır. Araştırmacılar tarafından 4 adet Sinbo SBS-414 Dijital Cam Baskül (100 gr hassasiyet) ile vücut ağırlığı, 4 adet 150 cm ve 300 cm’lik standart mezura kullanılarak bel, kalça çevresi ve boyu ölçülmüştür. Vücut ağırlığı, sert zemin üzerinde, üzerlerindeki fazla (ayakkabı, kazak, hırka, ceket vs.) giysiler çıkarılarak ölçülmüştür. Boy, düz bir duvara ayakları sert zeminde, ayak topukları duvara değecek biçimde yaslanarak, ayakkabısız olarak ölçülmüştür. Bel çevresi, kişi ayakta üzerindeki giysi sıyrılarak mezüre ile subcostal bölge ile krista iliaka arasındaki en dar bölgeden yapılan ölçümle kaydedilmiştir. Kalça çevresi, arkada gluteus maksimuslar önde pubis üzerinden geçen en geniş vücut çapı esas alınarak

ölçülmüştür. Kan basıncı milimetre/cıva (mmHg), vücut ağırlığı kilogram (kg), boy, bel ve kalça çevresi santimetre (cm) biriminden hesaplanmıştır.

Tütün ürünü kullanımı sigara, nargile ve diğer tütün ürününden herhangi birini kullanan kişiler olarak tanımlanmıştır. Sigara kullanımı paket/yıl üzerinden hesaplanmış; kişilerin şu anki yaşından ilk sigaraya başlama yaşı çıkarılıp yılda içilen paketle çarpımı ile elde edilmiştir. Pasif sigara maruziyeti evde, iş yerinde ya da sık gidilen komşu, kahvehane gibi ortamlardan herhangi birinde sigara dumanına maruz kalanlar için hesaplanmıştır.

Alkol kullanımı standart içki ile belirlenmiş; 1 küçük bira, 1 kadeh şarap, 1 tek rakı, 1 tek votka 1 standart içki olarak kabul edilmiştir.

Beslenme durumunu değerlendirmesinde meyve ve sebze tüketimi porsiyon olarak alınmıştır. Bir elma, bir şeftali, iki mandalina, bir portakal, bir dilim karpuz, bir dilim kavun, dört kayısı, altı erik, yarım nar, yarım greyfurt, on çilek, on beş üzüm tanesi, bir küçük muz meyve tüketiminde bir porsiyon kabul edilmiştir. Dört yemek kaşığı pişmiş sebze (kabak, patlıcan, ıspanak, pırasa vb.) yemeği, bir kase salata sebze tüketiminde bir porsiyon kabul edilmiştir.

En az 10 dakika süren kalp atışını ya da solunumu artıracak düzeyde koşma, hızlı tempo yürüme, yüzme, atlama, ağır kaldırma, odun kesme, bahçede çukur kazma gibi eylemler ağır düzey fizik aktivite olarak kabul edilmiştir. En az 10 dakika süren kalp atışı ya da solunumu orta düzeyde artıran yürüyüş, bisiklete binme hafif bahçe işleri orta düzey fizik aktivite olarak kabul edilmiştir.

BKİ, bireyin kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine ($BKİ=kg/m^2$) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. BKİ 30 kg/m^2 ve üzeri olması obez olarak kabul edilmiştir. Bel çevresinin erkekte 102 cm kadında ise 88 cm ve üzerinde olması “geniş” olarak tanımlanmıştır. Bel kalça oranı (BKO) bel çevresinin kalça çevresine bölümü ile elde edilmiş; BKO erkeklerde 0,95, kadınlarda 0,88’in üzerinde olanlar “riskli” kabul edilmiştir. 18 yaş üzeri bireylerde araştırmacı ve intern doktorlar tarafından yapılan standart ölçüm ile sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı ≥ 90 mmHg olması hipertansiyon olarak tanımlanmıştır. Daha önce bir 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.

3.8. Araştırma Etiği ve İzinler

Araştırma için Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulundan 09.12.2015 tarihli toplantısında 2015/163 protokol numarası ile etik izin alınmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için Bolu Valiliği İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden 11.12.2015 tarihli 78102020/779 sayılı yazısı ile gerekli onay alınmış, Refika Baysal Toplum Sağlığı Merkezi ve Doğancı Aile Sağlığı Merkezi'ne bilgi verilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce kişilere bilgilendirme formu okutulmuş, yazılı veya sözlü onamları alınmıştır.

3.9. Araştırma Takvimi

Araştırmanın planlanması: Literatür tarama, araştırma önerisinin verilmesi:
Haziran 2015-Kasım 2015

Uygulama aşaması: Verilerin toplanması, verilerin bilgisayara aktarılması:
Aralık 2015-Ocak 2016

Analiz aşaması: Verilerin analizi
Şubat 2016

Rapor aşaması: Tez raporunun hazırlanması ve sunulması
Mart 2016

3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın verileri Halk Sağlığı stajı almakta olan 2 ayrı intern grubu ile toplanmıştır. Her iki grupta ortak sorulmayan bölümler bulgulara ve analizlere dahil edilememiştir. Alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve fizik aktivitede her ne kadar standartlar oluşturulmaya çalışılmışsa da; kişilerin algılamaları ve cevap vermelerinde zorluklar yaşanmıştır.

3.11. Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayara aktarılmış ve analizleri bilgisayar ortamında yapılmıştır. Sayımla belirtilen verilerin tanımlayıcı bulguları frekans dağılımı ve yüzdelere olarak, ölçümle belirtilen verilerin tanımlayıcı bulguları ise ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değerlerle gösterilmiştir. Bağımsız iki grupta nitel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır.

$p < 0,05$ düzeyi istatistiksel açıdan anlamlı olarak kabul edilmiştir.



BÖLÜM 4

BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Çalışma grubunun %51,7'si (n=387) kadın, %48,3'ü (n=362) erkektir. Cinsiyet dağılımı Tablo 4.1.1.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1.1. Çalışma Grubunun Cinsiyet Dağılımı, Doğancı, 2015

Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	387	51,7
Erkek	362	48,3
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunda yaş ortalaması $47,56 \pm 16,52$, en küçük yaş 18, en büyük yaş 90 ve ortanca yaş 47,0 dir. Yaş dağılımı Tablo 4.1.1.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1.2. Çalışma Grubunun Yaş Dağılımı, Doğancı, 2015

Yaş	En Küçük	En Büyük	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
	18	90	47,0	$47,56 \pm 16,52$

Çalışma grubunun %15,2'si (n=114) 18-29 yaş, %19,8'i (n=149) 30-39 yaş, %19,0'u (n=142) 40-49 yaş, %19,5'i (n=146) 50-59 yaş, %16,2'si (n=121) 60-69 yaş arasında, %10,3'ü (n=77) ise 70 yaş ve üzerindedir. Yaş gruplarına göre dağılım Tablo 4.1.1.3.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1.3. Çalışma Grubunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı, Doğancı, 2015

Yaş	Sayı	%
18-29	114	15,2
30-39	149	19,8
40-49	142	19,0
50-59	146	19,5
60-69	121	16,2
70 ve üzeri	77	10,3
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunun %7,9'u (n=59) okur yazar değil, %6,9'u (n=52) okuryazar, %45,0'i (n=337) ilkokul mezunu, %10,3'ü (n=77) ortaokul mezunu, %21,6'sı (n=162) lise mezunu, %8,3'ü (n=62) üniversite mezunudur. Öğrenim düzeyi Tablo 4.1.1.4.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1.4. Çalışma Grubunun Öğrenim Düzeyi, Doğancı, 2015

Öğrenim Düzeyi	Sayı	%
Okuryazar Değil	59	7,9
Okuryazar	52	6,9
İlkokul	337	45,0
Ortaokul	77	10,3
Lise	162	21,6
Üniversite	62	8,3
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunun %79,3'ü (n=594) halen evli, %11,5'i (n=86) bekar, hiç evlenmemiş, %7,5'inin (n=56) eşi ölmüş %1,3'ü (n=10) boşanmıştır. Kişilerin %0,4'ü ise (n=3) halen evli olup ayrı yaşamaktadır. Medeni duruma göre dağılım Tablo 4.1.1.5.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1.5. Çalışma Grubunun Medeni Duruma Göre Dağılımı, Doğancı, 2015

Medeni Durum	Sayı	%
Evli	594	79,3
Bekar, Hiç Evlenmemiş	86	11,5
Eşi Ölmüş	56	7,5
Boşanmış	10	1,3
Halen Evli Olup Ayrı Yaşayan	3	0,4
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunun %38,1'i (n=284) ev hanımı, %22,2'si (n=166) işçi, %7,5'i (n=56) memur, %6,6'sı (n=49) çiftçi, %4,2'si (n=32) öğrenci, %2,1'i (n=16) şoför, %2,0'si (n=15) esnaf, %0,5'i (n=4) mühendistir. Kişilerin 14,1'i (n=113) emekli olup %1,9'u (n=14) çalışmamaktadır. Meslek gruplarına göre dağılım Tablo 4.1.1.6.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1.6. Çalışma Grubunun Meslek Dağılımı, Doğancı, 2015

Meslek Grubu	Sayı	%
Ev Hanımı	284	38,1
İşçi	166	22,2
Memur	56	7,5
Çiftçi	49	6,6
Öğrenci	32	4,2
Şoför	16	2,1
Esnaf	15	2,0
Mühendis	4	0,5
Emekli	113	14,1
Çalışmıyor	14	1,9
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunun %40,9'u (n=306) gelir getirir bir işte çalışmakta, %59,1'u (n=443) gelir getirir bir işte çalışmamaktadır. Çalışma durumu Tablo 4.1.1.7.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1.7. Çalışma Grubunun Gelir Getirir Bir İşte Çalışma Durumu, Doğancı, 2015

Çalışma Durumu	Sayı	%
Çalışan	306	40,9
Çalışmayan	443	59,1
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunun %71,1'i (n=533) SSK, %13,6'sı (n=102) Emekli Sandığı, %11,1'i (n=83) Bağkur, %1,5'i (n=11) Genel Sağlık Sigortası, %0,3'ü ise (n=2) özel sağlık sigortasına sahip iken, %2,4'ünün (n=18) sağlık güvencesi yoktur. Sağlık güvencesine göre dağılım Tablo 4.1.1.8.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1.8. Çalışma Grubunun Sağlık Güvencesine Göre Dağılımı, Doğancı, 2015

Sağlık Güvencesi	Sayı	%
SSK	533	71,1
Emekli Sandığı	102	13,6
Bağkur	83	11,1
Genel Sağlık Sigortası	11	1,5
Özel Sağlık Sigortası	2	0,3
Sağlık Güvencesi Olmayan	18	2,4
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunun %65,1'i (n=488) çekirdek ailede, %33,8'i (n=253) geniş ailede ve %1,1'i (n=8) tek ebeveynli ailede veya tek başına yaşamaktadır. Aile tipine göre dağılım Tablo 4.1.1.9.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1.9. Çalışma Grubunun Aile Tipine Göre Dağılımı, Doğancı, 2015

Aile Tipi	Sayı	%
Çekirdek Aile	488	65,1
Geniş Aile	253	33,8
Tek Ebeveynli Aile veya Tek Başına	8	1,1
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunun %60,1'i (n=450) kömürlü soba, %6,4'ü (n=48) odunlu soba, %33,5'i (n=251) kömürlü kalorifer, ile ısınmaktadır. Evde kullanılan ısınma türüne ait bilgiler Tablo 4.1.1.10.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1.10. Çalışma Grubunun Evde Kullandığı Isınma/Yakıt Türü, Doğancı, 2015

Isınma/Yakıt Türü	Sayı	%
Soba (Kömür)	450	60,1
Soba (Odun)	48	6,4
Kalorifer (Kömür)	251	33,5
Toplam	749	100,0

Çalışma grubu gelir düzeylerini kendilerine göre %30,4'ü (n=228) düşük, %65,6'sı (n=491) orta, %4,0'ü (n=30) yüksek olarak belirtmiştir. Gelir düzeyi Tablo 4.1.1.11.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1.11. Çalışma Grubunun Kendilerine Göre Gelir Düzeyi, Doğancı, 2015

Gelir Düzeyi	Sayı	%
Düşük	228	30,4
Orta	491	65,6
Yüksek	30	4,0
Toplam	749	100,0

4.1.2. Risk Faktörleri

4.1.2.1. Tütün Ürünü Kullanımı

Çalışma grubunun %24,0'ü (n=180) düzenli, %1,9'u (n=14) ara sıra sigara kullanmakta iken, %10,9'u (n=82) sigarayı bırakmış, %63,2'si (n=473) ise hiç sigara kullanmamıştır. Sigara kullanma durumu Tablo 4.1.2.1.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.1.1. Çalışma Grubunda Sigara Kullanma Durumu, Doğancı, 2015

Sigara Kullanma Durumu	Sayı	%
Düzenli Kullanıyor	180	24,0
Arasıra Kullanıyor	14	1,9
Bırakmış	82	10,9
Hiç Kullanmamış	473	63,2
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunun %2,0'si (n=15) nargile, %0,01'i (n=1) sarma sigara kullanmaktadır. Başka bir tütün ürünü kullanımı bulunmamaktadır. Nargile ve sarma sigara kullanımı Tablo 4.1.2.1.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.1.2. Çalışma Grubunda Nargile ve Sarma Sigara Kullanma Durumu, Doğancı, 2015

	Sayı	%
Nargile Kullanan	15	2,0
Sarma Sigara Kullanan	1	0,01

Çalışma grubunun %26,7'si (n=200) sigara, nargile veya diğer tütün ürünlerinden en az bir tanesini kullanmaktadır. Tütün ürünü kullanma durumu Tablo 4.1.2.1.3.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.1.3. Çalışma Grubunda Tütün Ürünü Kullanma Durumu, Doğancı, 2015

Tütün Ürünü Kullanımı	Sayı	%
Kullanıyor	200	26,7
Kullanmıyor	549	73,3
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunda sigara içenlerde günlük içilen sigara adeti en az 1 en çok 60'tır. Ortanca 20,0, ortalama $16,62 \pm 9,72$ 'dir. Sigara kullananlarda günlük içilen adet Tablo 4.1.2.1.4.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.1.4. Sigara Kullananlarda Günlük İçilen Adet, Doğancı, 2015

Sigara Kullanımı	En Az	En Çok	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Adet/Gün	1	60	20,0	$16,62 \pm 9,72$

Sigara kullanımı paket yıl olarak hesaplanmıştır. En az 1 en çok 168 paket yıl kullanım vardır. Ortanca 16,5, ortalama $23,29 \pm 22,96$ 'dır. Paket yıl türünden sigara kullanım miktarı Tablo 4.1.2.1.5.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.1.5. Paket Yıl Türünden Sigara Kullanım Miktarı, Doğancı, 2015

Sigara Kullanımı	En Az	En Çok	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Paket Yıl	1	168	16,5	$23,29 \pm 22,96$

Çalışma grubunda sigara kullanımına en erken başlama yaşı 7 en geç 40'dır. Ortanca yaş 18,0, ortalama yaş $17,91 \pm 4,60$ 'dır. Sigaraya başlama yaşı Tablo 4.1.2.1.6.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.1.6. Çalışma Grubunda Sigaraya Başlama Yaşı, Doğancı, 2015

Sigaraya	En Erken	En Geç	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Başlama Yaşı	7	40	18,0	17,91 $\pm$ 4,60

Sigara kullanmayı bırakan 82 kişinin sigara kullanmayı bırakma zamanı en erken 0,2 yıl, en geç 50 yıldır. Ortanca yıl 18,0, ortalama yıl 17,91 $\pm$ 4,60'dır. Sigara kullanmayı bırakma zamanı Tablo 4.1.2.1.7.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.1.7. Sigara Kullanmayı Bırakma Zamanı, Doğancı, 2015

Sigarayı	En Erken	En Geç	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Bırakma Zamanı	0,2	50	10,0	14,65 $\pm$ 13,29

Çalışma grubunun %22,4'ünün (n=168) evinde düzenli sigara içilirken, %6,9'unun (n=52) evinde arasıra içilmekte; %70,7'sinin (n=529) evinde sigara içilmemektedir. Çalışanların %15,3'ünün (n=47) iş yerinde düzenli sigara içilirken, %7,5'inin (n=23) iş yerinde arasıra içilmekte; %77,2'sinin (n=226) iş yerinde sigara içilmemektedir. Evde ve iş yerinde sigara içilme durumu Tablo 4.1.2.1.8.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.1.8. Evde ve İş Yerinde Sigara İçilme Durumu, Doğancı, 2015

	Evde		İş Yerinde	
	Sayı	%	Sayı	%
Düzenli içiliyor	168	22,4	47	15,3
Ara sıra içiliyor	52	6,9	23	7,5
İçilmiyor	529	70,7	226	77,2
Toplam	749	100,0	306	100,0

Çalışma grubunun %39,7'si (n=297) pasif sigaraya maruz kalmış, %60,3'ü (n=452) pasif sigaraya maruz kalmamıştır. Pasif sigara maruziyeti Tablo 4.1.2.1.9.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.1.9. Çalışma Grubunda Pasif Sigaraya Maruz Kalma Durumu, Doğancı, 2015

Pasif Sigara	Sayı	%
Maruz kalan	297	39,7
Maruz kalmayan	452	60,3
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunun %5,7'sinin (n=43) annesi, %53,1'inin babası (n=398) sigara kullanmakta; %54,7'sinin (n=408) anne ya da babasından herhangi birisi sigara kullanmaktadır. Ebeveynlerin sigara kullanma durumu Tablo 4.1.2.1.10.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.1.10. Çalışma Grubunun Anne ve Babalarının Sigara Kullanma Durumu, Doğancı, 2015

Ebeveyn Sigara Kullanma Durumu	Sayı	%
Annesi Sigara Kullanan	43	5,7
Babası Sigara Kullanan	398	53,1
Anne veya Babası Kullanan	408	54,4

4.1.2.2. Alkol Kullanımı

Çalışma grubunun %4,9'u (n=37) alkollü içecek kullanmakta, % 92,0'si (n=689) kullanmamaktadır. Çalışma grubunun % 3,1'i (n=23) ise alkollü içecek kullanmayı bırakmıştır. Alkol kullanımına ait bilgiler Tablo 4.1.2.2.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.2.1. Çalışma Grubunun Alkollü İçecek Kullanımı, Doğancı, 2015

Alkollü İçecek Kullanımı	Sayı	%
Kullanıyor	37	4,9
Bırakmış	23	3,1
Kullanmıyor	689	92,0
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunda bir oturuşta içilen standart içki en az 1, en çok 16, ortanca 2,0, ortalama $3,05 \pm 2,87$ içkidir. Bir oturuşta içilen standart içki miktarı Tablo 4.1.2.2.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.2.2. Alkol Kullananlarda Bir Oturuşta İçilen Standart İçki Miktarı, Doğancı, 2015

İçilen Standart İçki	En Az	En Çok	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
	1	16	2,0	$3,05 \pm 2,87$

Alkol kullananların %8,1'i (n=3) bir oturuşta 5 standart içki veya daha fazlasını ayda birden az, %16,2'si (n=6) ayda bir, %5,4'ü (n=2) haftada bir içmekte; %70,3'ü (n=26) hiç içmemektedir. Bir oturuşta 5 standart içki veya daha fazla içme durumu Tablo 4.1.2.2.3.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.2.3. Alkol Kullananlarda Bir Oturuşta 5 Standart İçki veya Daha Fazla İçme Durumu, Doğancı, 2015

5 Standart İçki	Sayı	%
Ayda Birden Az	3	8,1
Ayda Bir	6	16,2
Haftada Bir	2	5,4
Hiç İçmiyor	26	70,3
Toplam	37	100,0

Çalışma grubunda alkol kullanmayı bırakma zamanı en erken 0,5 yıl, en geç 35 yıldır. Ortanca yıl 10,0, ortalama yıl $11,50 \pm 10,29$ 'dur. Alkol kullanmayı bırakma zamanı Tablo 4.1.2.2..'da gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.2.4. Alkol Kullanmayı Bırakma Zamanı, Doğancı, 2015

Alkol Bırakma Zamanı	En Erken	En Geç	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
	0,5	35	10,0	$11,50 \pm 10,29$

4.1.2.3. Beslenme Davranışları

Çalışma grubunun %63,7'si (n=477) beyaz ekmek, %57,5'i (n=431) köy ekmeği, %6,3'ü (n=47) kepekli, çavdarlı, yulafli ekmek, %1,3'ü (n=10) ise yufka ekmek tüketmekte; Kişilerin %0,4'ü (n=3) ekmek tüketmemektedir. Ekmek tüketimine ait bilgiler Tablo 4.1.2.3.1.'de yer almaktadır.

Tablo 4.1.2.3.1. Çalışma Grubunun Tükettiği Ekmek Türüne Göre Dağılımı, Doğancı, 2015

Tükettiği Ekmek Türü	Sayı	% *
Beyaz	477	63,7
Köy Ekmeği	431	57,5
Kepekli, Çavdarlı, Yulafli	47	6,3
Yufka Ekmek	10	1,3
Ekmek Tüketmiyor	3	0,4

* Kişiler birden fazla çeşit ekmek tükettikleri için yüzdelerin toplamı 100'ü aşmaktadır.

Çalışma grubunun %63,6'sı (n=476) çeşme suyu, %26,6'sı (n=199) Kökez suyu, %9,9'u (n=74) hazır paketlenmiş su, %8,5'i (n=64) pınar/kaynak suyu ve %2,9'u (n=22) ise kuyu suyu kullanmaktadır. Kullanılan içme suyuna ait bilgiler Tablo 4.1.2.3.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.3.2. Çalışma Grubunun Kullandığı İçme Suyuna Göre Dağılımı, Doğanç, 2015

Kullanılan İçme Suyu	Sayı	% *
Çeşme Suyu	476	63,6
Kökez Suyu	199	26,6
Hazır Paketlenmiş Su	74	9,9
Pınar/Kaynak Suyu	64	8,5
Kuyu Suyu	22	2,9

* Kişiler birden fazla su çeşiti kullandığı için yüzdelerin toplamı 100'ü aşmaktadır.

Çalışma grubunun %83,8'i (n=628) ayçiçek yağı, %44,9'u (n=336) tereyağı, %19,9'u (n=149) zeytinyağı, %8,7'si (n=65) mısırözü yağı, %4,5'i (n=34) ise margarin, kullanmaktadır. Kullanılan yağ türüne ait bilgiler Tablo 4.1.2.3.3.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.3.3. Çalışma Grubunun Kullandığı Yağ Türüne Göre Dağılımı, Doğanç, 2015

Kullanılan Yağ Türü	Sayı	% *
Ayçiçek Yağı	628	83,8
Tereyağı	336	44,9
Zeytinyağı	149	19,9
Mısırözü Yağı	65	8,7
Margarin	34	4,5

* Kişiler birden fazla yağ türü kullandığı için yüzdelerin toplamı 100'ü aşmaktadır.

Çalışma grubunda en düşük günlük meyve tüketimi 0, en yüksek 8 porsiyondur. Ortanca 1,0, ortalama $1,09 \pm 1,21$ porsiyondur. En düşük günlük sebze tüketimi 0, en yüksek 10 porsiyondur. Ortanca 1,0, ortalama $1,11 \pm 1,42$ porsiyondur. Tüketilen meyve ve sebze porsiyonları Tablo 4.1.2.3.4.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.3.4. Çalışma Grubunun Bir Günde Tükettiği Meyve ve Sebze Miktarı, Doğancı, 2015

	En Düşük	En Yüksek	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Meyve Miktarı	0	8	1,0	$1,09 \pm 1,21$
Sebze Miktarı	0	10	1,0	$1,11 \pm 1,42$

Çalışma grubunun %7,3'ü (n=55) her zaman, %5,1'i (n=38) sıklıkla, %10,9'u (n=82) bazen, %6,4'ü (n=48) ara sıra yemeklere tadına bakmadan tuz attıklarını; %70,3'ü (n=526) ise tadına bakmadan hiçbir zaman tuz atmadıklarını belirtmişlerdir. Yemeklerin tadına bakmadan tuz atma durumu Tablo 4.1.2.3.5.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.3.5. Çalışma Grubunun Yemeklerin Tadına Bakmadan Tuz Atma Durumu, Doğancı, 2015

Tuz Atma	Sayı	%
Her Zaman	55	7,3
Sıklıkla	38	5,1
Ara Sıra	48	6,4
Bazen	82	10,9
Hiçbir Zaman	526	70,3
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunun zayıflama amaçlı olarak %8,3'ü (n=62) kendi bilgilerine göre diyet yaptığını, %4,0'ü (n=30) uzman görüşü alarak (hekim, diyetisyen) diyet yaptığını, %1,2'si (n=9) televizyon, gazete, internetten öğrendiği bilgilere göre diyet yaptığını, %86,5'i (n=648) ise diyet yapmadığını ifade etmiştir. Zayıflama amaçlı diyet yapma durumu Tablo 4.1.2.3.6.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.3.6. Çalışma Grubunun Zayıflama Amaçlı Diyet Yapma Durumu, Doğancı, 2015

Diyet Yapma Durumu	Sayı	%
Kendi Bilgileri	62	8,3
Uzman Görüşü	30	4,0
Televizyon, Gazete, İnternet	9	1,2
Yapmıyor	648	86,5
Toplam	749	100,0

4.1.2.4. Fizik Aktivite ve Sedanter Yaşam

Çalışma grubunun %28,7'si (n=215) orta düzeyde fizik aktivite yapmakta, %32,6'sı (n=244) ağır düzeyde fizik aktivite yapmakta; %38,7'si (n= 290) ise fizik aktivite yapmamaktadır. Çalışma grubunda fizik aktivite yapma durumu Tablo 4.1.2.4.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.4.1. Çalışma Grubunda Fizik Aktivite Yapma Durumu, Doğancı, 2015

Fizik Aktivite Yapma Durumu	Sayı	%
Orta Düzey Fizik Aktivite	215	28,7
Ağır Düzey Fizik Aktivite	244	32,6
Fizik Aktivite Yapmıyor	290	38,7
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunda günlük orta düzey fizik aktivite yapma süresi en az 10, en çok 480 dakikadır. Ortanca 40,0, ortalama $63,69 \pm 66,10$ dakikadır. Günlük ağır düzey fizik aktivite yapma süresi en az 10, en çok 480 dakikadır. Ortanca 50,0, ortalama $84,94 \pm 99,14$ dakikadır. Fizik aktivite yapma süreleri Tablo 4.1.2.4.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.4.2. Orta ve Ağır Fizik Aktivite Yapanlarda Fizik Aktivite Yapma Süreleri, Doğancı, 2015

	En Az	En Çok	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Orta Düzey	10	480	40,0	63,69 $\pm$ 66,10
Ağır Düzey	10	480	50,0	84,94 $\pm$ 99,14

Çalışma grubunda günlük çıkılan merdiven katı en az 0, en çok 60'tır. Ortanca 1,0, ortalama 3,51 $\pm$ 9,53'tür. Merdivenle çıkılan kat sayısı Tablo 4.1.2.4.3.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.4.3. Çalışma Grubunda Çıkılan Merdiven Katı Sayısı, Doğancı, 2015

Çıkılan Kat	En Az	En Çok	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
	0	60	1,0	3,51 $\pm$ 6,53

Çalışan 306 kişinin %31,1'i (n=95) servis ile, %29,8'i (n=91) yürüyerek, %20,3'ü (n=62) kendi aracı ile, %17,9'u (n=55) toplu taşıma ile, %0,6'sı (n=2) ticari taksi ile, %0,3'ü (n=1) bisiklet ile çalıştığı yere ulaşımını sağlamaktadır. İş yerine gidiş şekli Tablo 4.1.2.4.4.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.4.4. Çalışan Grupta İşyerine Gidiş Şekli, Doğancı, 2015

	Sayı	%
Servis	95	31,1
Yürüyerek	91	29,8
Kendi Aracı	62	20,3
Toplu Taşıma	55	17,9
Taksi	2	0,6
Bisiklet	1	0,3
Toplam	306	100,0

Çalışma grubunun %57,1'i (n=428) fizik aktivitelerini spor alanları oluşturulursa artırmayı düşündüğünü, %30,9'u (n=231) fizik aktivitelerini artırmayı düşünmediğini, %10,9'u (n=82) fikrinin olmadığını, %1,1'i (n=8) ise spor alanlarının olduğunu ve kullandığını belirtmiştir. Spor alanları oluşturulması halinde fizik aktiviteyi artırma durumu Tablo 4.1.2.4.5.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.4.5. Çalışma Grubunda Spor Alanları Oluşturulması Halinde Fizik Aktiviteyi Artırma Durumu, Doğancı, 2015

Fizik Aktiviteyi Arttırma	Sayı	%
Evet, Artırır	428	57,1
Hayır, Artırmaz	231	30,9
Fikri Yok	82	10,9
Spor Alanı Var, Kullanıyor	8	1,1
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunda en az günlük televizyon izleme süresi 0, en fazla 15 saattir. Ortanca 3,0, ortalama $3,48 \pm 2,58$ saattir. En az günlük cep telefonu kullanım süresi 0, en fazla 15 saattir. Ortanca 1,0, ortalama $1,72 \pm 2,02$ saattir. En az günlük bilgisayar kullanım süresi 0, en fazla 12 saattir. Ortanca 0, ortalama $0,63 \pm 1,57$ saattir. Sedanter yaşama ilişkin değerler Tablo 4.1.2.4.6.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.4.6. Çalışma Grubunun Sedanter Yaşama İlişkin Değerleri, Doğancı, 2015

	En Az	En Fazla	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Televizyon	0	15	3,0	$3,48 \pm 2,58$
Cep Telefonu	0	15	1,0	$1,72 \pm 2,02$
Bilgisayar	0	12	0,0	$0,63 \pm 1,57$

Çalışma grubunda en az uyku harici evde geçen süre 0,7 saat, en fazla 21 saattir. Ortanca 10,0, ortalama $10,30 \pm 4,65$ saattir. En az uykuda geçen süre 2 saat, en fazla 16 saattir. Ortanca 7,58, ortalama $7,52 \pm 1,37$ saattir. Evde ve uykuda geçen sürelerle ilişkin değerler Tablo 4.1.2.4.7.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.4.7. Çalışma Grubunun Evde ve Uykuda Geçen Süre Değerleri, Doğancı, 2015

	En Az	En Fazla	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Evde geçen süre	0,7	21	10,0	$10,30 \pm 4,65$
Uykuda geçen süre	2	16	7,85	$7,52 \pm 1,37$

4.1.2.5. Obezite

Çalışma grubunda en kısa boy 133 cm, en uzun boy 189 cm, ortanca 164,0 cm, ortalama $163,79 \pm 10,06$ santimetredir. En düşük kilo 39 kg, en fazla kilo 139 kg, ortanca 74,0 kg, ortalama $74,78 \pm 14,80$ kilogramdır. En düşük BKİ 16,02, en büyük BKİ 52,74, ortanca 27,28, ortalama $27,96 \pm 5,57$, 'dir. Boy, kilo ve BKİ'ye ait bilgiler Tablo 4.1.2.5.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.5.1. Çalışma Grubunun Boy, Kilo ve BKİ Değerleri, Doğancı, 2015

	En Düşük	En Fazla	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Boy (cm)	133	189	164,0	$163,79 \pm 10,06$
Kilo (kg)	37	139	74,0	$74,78 \pm 14,80$
BKİ (kg/m^2)	16,02	52,74	27,28	$27,96 \pm 5,57$

BKİ sınıflamasına göre çalışma grubunun %1,7'si (n=13) düşük kilolu, %30,7'si (n=230) normal kilolu, %36,2'si (n=271) fazla kilolu, %27,8'i (n=208) obez, %3,6'sı (n=27) ise morbid obezdir. BKİ değerlerine göre dağılım Tablo 4.1.2.5.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.5.2. Çalışma Grubunun BKİ Değerlerine Göre Dağılımı, Doğancı, 2015

BKİ	Sayı	%
Düşük Kilolu (<18,5)	13	1,7
Normal (18,5-24,9)	230	30,7
Fazla Kilolu (25,0-29,9)	271	36,2
Obez (30,0-39,9)	208	27,8
Morbid Obez (≥ 40)	27	3,6
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunun %31,4'ü (n=235) BKİ'ye göre obez iken %68,6'sı (n=514) obez değildir. Obezite sıklığı Tablo 4.1.2.5.3.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.5.3. Çalışma Grubunda Obezite Sıklığı, Doğancı, 2015

	Sayı	%
Obez	235	31,4
Obez Değil	514	68,6
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunda en düşük bel çevresi 59 cm, en yüksek bel çevresi 144 cm, ortanca 97,0 cm ortalama $97,15 \pm 14,25$ cm'dir. En düşük kalça çevresi 54 cm, en yüksek kalça çevresi 154 cm, ortanca 105,0 cm, ortalama $106,17 \pm 12,8$ cm'dir. En küçük BKO 0,65, en büyük BKO 1,42, ortanca 0,9 ve ortalama $0,91 \pm 0,08$ dir. Bel çevresi, kalça çevresi ve BKO'ya ait bilgiler Tablo 4.1.2.5.4.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.5.4. Çalışma Grubunun Bel Çevresi, Kalça Çevresi ve Bel Kalça Oranı Değerleri, Doğancı, 2015

	En Düşük	En Yüksek	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Bel Çevresi (cm)	59	144	97,0	97,15 $\pm$ 14,25
Kalça Çevresi (cm)	54	154	105,0	106,17 $\pm$ 12,89
BKO	0,65	1,42	0,9	0,91 $\pm$ 0,08

Çalışma grubunun %43,3'ünün (n=324) bel çevresi normal, %56,7'sinin (n=425) bel çevresi geniş; %44,3'ünün (n=332) bel kalça oranı normal, %55,7'sinin (n=417) bel kalça oranı geniştir. Bel çevresi genişliği ve BKO genişliği Tablo 4.1.2.5.5.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.5.5. Çalışma Grubunun Bel Çevresi ve Bel Kalça Oranına Göre Dağılımı, Doğancı, 2015

	Normal		Geniş		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bel Çevresi	324	43,3	425	56,7	749	100
BKO	332	44,3	417	55,7	749	100

4.1.2.6. Hipertansiyon

Çalışma grubunda en düşük sistolik kan basıncı 90 mmHg, en yüksek 195 mmHg'dir. Ortanca 125,0 mmHg, ortalama 128,19 $\pm$ 16,22 mmHg'dir. En düşük diastolik kan basıncı 50 mmHg, en yüksek 120 mmHg'dir. Ortanca 80,0 mmHg, ortalama 80,00 $\pm$ 10,45 mmHg'dir. Sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri Tablo 4.1.2.6.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.6.1. Çalışma Grubunun Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı Değerleri, Doğanç, 2015

	En Düşük	En Yüksek	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
Sistolik (mmHg)	90	195	125,0	128,19 $\pm$ 16,22
Diyastolik (mmHg)	50	120	80,0	80,00 $\pm$ 10,45

Çalışma grubunun %24,7'si (n=185) optimal, %27,6'sı (n=207) normal, %22,0'si (n=165) yüksek normal, %12,2'si (n=91) Evre 1, %3,7'si (n=28) Evre 2, %0,9'u (n=7) Evre 3, %8,9'u (n=66) ise izole sistolik kan basıncı düzeylerine sahiptir. Kan basıncı düzeylerine göre dağılım Tablo 4.1.2.6.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.6.2. Çalışma Grubunun Kan Basıncı Düzeylerine Göre Dağılımı, Doğanç, 2015

Kan Basıncı	Sayı	%
Optimal (<120, <80)	185	24,7
Normal (120-129, 80-84)	207	27,6
Yüksek Normal (130-139, 85-89)	165	22,0
Evre 1 (140-159, 90-99)	91	12,2
Evre 2 (160-179, 100-109)	28	3,7
Evre 3 ($\geq$ 180, $\geq$ 110)	7	0,9
İzole Sistolik ($\geq$ 140, <90)	66	8,9
Toplam	749	100,0

Hekim tarafından hipertansiyon tanısı konulan ve ölçümler sonucu sistolik kan basıncı $\geq$ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı $\geq$ 90 mmHg üzerinde saptananlar hipertansiyon prevalansına dahil edilmiştir. Çalışma grubunda hipertansiyon prevalansı %37,7'dir. Hipertansiyon sıklığı Tablo 4.1.2.6.3.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.6.3. Çalışma Grubunda Hipertansiyon Sıklığı, Doğancı, 2015

	Sayı	%
Hipertansiyon Var	282	37,7
Hipertansiyon Yok	467	62,3
Toplam	749	100,0

Çalışma grubunda hipertansiyon tanısı olanların %39,8'i (n=102) tansiyon ölçümü sonucu hipertansif saptanırken, %60,2'sinin (n=154) tansiyonu kontrol altında bulunmuştur. Hipertansiyon tanısı olmayanların %5,3'ü (n=26) hipertansif olarak saptanmıştır. Hipertansiyon tanısına göre tansiyon yüksekliği Tablo 4.1.2.6.4.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.6.4. Hipertansiyon Tanısına Göre Tansiyon Yüksekliği, Doğancı, 2015

	Tansiyon $\geq$ 140/90 mmHg		Tansiyon $\leq$ 140/90 mmHg		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
HT Tanısı Var	102	39,8	154	60,2	256	34,2
HT Tanısı Yok	26	5,3	467	94,7	493	65,8
Toplam**	128	17,1	621	82,9	749	100,0

* Satır Yüzdesi ** Sütun Yüzdesi

Çalışma grubunda en düşük nabız 53/dk, en yüksek nabız 120/dk'dır. Ortanca 75,0/dk, ortalama $76,24 \pm 8,38$ dk'dır. Nabız değerleri Tablo 4.1.2.6.5.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2.6.5. Çalışma Grubunun Nabız Değerleri, Doğancı, 2015

Nabız (/dk)	En Düşük	En Yüksek	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS
	53	120	75,0	$76,24 \pm 8,38$

4.2. Analitik Bulgular

4.2.1. Tütün Kullanımı ve İlişkili Faktörler

Çalışma grubunun sosyo-demografik özelliklerinin tütün ürünü kullanımına etkisi Tablo 4.2.1.1.'de gösterilmiştir. Erkeklerin %43,9'u kadınların %10,6'sı tütün ürünü kullanmaktadır. Cinsiyet yönünden istatistiksel anlamlı fark olup, erkekler kadınlardan istatistiksel anlamlı olarak daha fazla tütün ürünü kullanmaktadır ($p=0,0006$). Tütün ürünü kullanımı 50 yaş altında %36,8, 50 yaş ve üzerinde 14,8'dir. Yaşa göre istatistiksel anlamlı fark olup, 50 yaş altı grupta tütün kullanımı daha fazladır ($p=0,001$). Lise ve üzeri öğrenim görenlerde tütün ürünü kullanımı %41,6, ortaokul ve altı öğrenim görenlerde ise %20,6'dır. Öğrenime göre istatistiksel anlamlı fark vardır. Lise ve üzeri öğrenimi olanlar daha fazla tütün ürünü kullanmaktadır ($p=0,0006$). Çalışma grubunda evli olanların %26,3'ü, boşanmış-eşi ölmüş olanların %12,1'i, bekarların ise %40,7'si tütün ürünü kullanmaktadır. Medeni duruma göre istatistiksel anlamlı fark olup, bekarlar evli ve boşanmış-eşi ölmüş kişilerden daha fazla tütün ürünü kullanmaktadır ($p=0,0003$). Gelir getirir bir işte çalışanların %46,1'i çalışmayanların %13,3'ü tütün ürünü kullanmaktadır. Tütün ürünü kullanımı açısından çalışma durumuna göre istatistiksel anlamlı fark vardır. Çalışan grup daha fazla tütün ürünü kullanmaktadır ($p=0,0002$). Çekirdek aile ya da tek ebeveynli ailede yaşayanların %31,0'i, geniş ailede yaşayanların %23,0'ü tütün ürünü kullanmaktadır. Geniş ailede yaşayanlar çekirdek aile ya da tek ebeveynli ailede yaşayanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha az tütün ürünü kullanmaktadır ($p=0,0004$). Sağlık güvencesi varlığı ve algılanan gelir düzeyine göre tütün kullanımı yönünden istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$)

Tablo 4.2.1.1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tütün Ürünü Kullanımına Etkisi, Doğanç, 2015

Sosyo-Demografik Özellikler		Tütün Ürünü Kullanma Durumu				χ^2	p
		Kullanan (n=200)		Kullanmayan (n=549)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet	Erkek	159	43,9	203	56,1	106,12	0,0006
	Kadın	41	10,6	346	89,4		
Yaş	50 yaş altı	149	36,8	256	63,2	45,850	0,001
	50 yaş ve üzeri	51	14,8	293	85,2		
Öğrenim Düzeyi	Lise altı	108	20,6	417	79,4	33,713	0,0006
	Lise ve üzeri	92	41,1	132	58,9		
Medeni Durum	Evli	157	26,3	440	73,7	15,826	0,0003
	Boşanmış-eşi ölmüş	8	12,1	58	87,9		
	Bekar	35	40,7	51	59,3		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	141	46,1	165	53,9	99,242	0,0002
	Çalışmıyor	59	13,3	384	86,7		
Sağlık Güvencesi	SG var	194	26,5	537	73,5	0,414	0,520
	SG yok	6	33,3	12	66,7		
Aile Tipi	Çekirdek-tek ebeveyn	154	31,0	342	69,0	15,601	0,0004
	Geniş aile	46	23,0	207	81,8		
Gelir Düzeyi	Düşük	59	25,9	169	74,1	0,340	0,844
	Orta	134	27,3	357	72,7		
	Yüksek	7	23,3	23	76,7		

4.2.2. Alkol Kullanımı ve İlişkili Faktörler

Çalışma grubunun sosyo-demografik özelliklerinin alkol kullanımına etkisi Tablo 4.2.2.1.'de gösterilmiştir. Erkeklerin %8,8'i kadınların %1,3'ü alkol kullanmaktadır. Cinsiyet yönünden istatistiksel anlamlı fark olup, erkekler kadınlardan daha fazla alkol kullanmaktadır ($p=0,0001$). Alkol kullanımı 50 yaş altında %6,9, 50 yaş ve üzerinde 2,6'dır. Alkol kullanımı açısından yaşa göre istatistiksel anlamlı fark olup, 50 yaş altındaki grupta kullanım daha fazladır ($p=0,007$). Çalışma grubunda evli olanların %3,7'si, boşanmış-eşi ölmüş olanların %4,5'i, bekarların ise %14,0'ü alkol kullanmaktadır. Alkol kullanımı açısından medeni duruma göre istatistiksel anlamlı fark olup, bekarlar evli ve boşanmış-eşi ölmüş kişilerden daha fazla alkol kullanmaktadır ($p=0,0002$). Gelir getirir bir işte çalışanların %8,8'i, çalışmayanların %2,3'ü alkol kullanmaktadır. Çalışma durumuna göre istatistiksel anlamlı fark olup, çalışan grup daha fazla alkol kullanmaktadır ($p=0,0004$). Algılanan gelir düzeyine göre düşük geliri olanların %7,9'u, orta düzey geliri olanların %3,7'si, yüksek geliri olanların ise %3,3'ü alkollü içecek kullanmaktadır. Algılanan gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup, düşük gelir grubunda alkol kullanımı daha fazladır ($p=0,047$). Öğrenim düzeyi, aile tipi ve sağlık güvencesi varlığına göre alkol kullanıp kullanmama açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.2.2.1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Alkol Kullanımına Etkisi, Doğancı, 2015

Sosyo-Demografik Özellikler		Alkol Kullanma Durumu				χ^2	p
		Kullanan (n=37)		Kullanmayan (n=712)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet	Erkek	32	8,8	330	91,2	22,691	0,0001
	Kadın	5	1,3	382	98,7		
Yaş	50 yaş altı	28	6,9	377	93,1	7,315	0,007
	50 yaş ve üzeri	9	2,6	335	97,4		
Öğrenim Düzeyi	Lise altı	24	4,6	501	95,4	0,508	0,476
	Lise ve üzeri	13	5,8	211	94,2		
Medeni Durum	Evli	22	3,7	575	96,3	16,903	0,0002
	Boşanmış-eşi ölmüş	3	4,5	63	95,5		
	Bekar	12	14,0	74	86,0		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	27	8,8	279	91,2	16,617	0,0004
	Çalışmıyor	10	2,3	433	97,7		
Sağlık Güvencesi	SG var	35	4,8	696	95,2	1,496	0,221
	SG yok	2	11,2	16	88,9		
Aile Tipi	Çekirdek-tek ebeveyn	28	5,6	468	94,4	1,555	0,212
	Geniş aile	9	3,6	244	96,4		
Gelir Düzeyi	Düşük	18	7,9	210	92,1	6,101	0,047
	Orta	18	3,7	473	96,3		
	Yüksek	1	3,3	29	96,7		

4.2.3. Fizik Aktivite ve İlişkili Faktörler

Çalışma grubunun sosyo-demografik özelliklerinin fizik aktivite üzerine etkisi Tablo 4.2.3.1.'de gösterilmiştir. Erkeklerin %65,7'si kadınların %57,1'i fizik aktivite yapmaktadır. Cinsiyet yönünden istatistiksel anlamlı fark olup, erkekler kadınlardan daha fazla fizik aktivite yapmaktadır ($p=0,015$). Çalışma grubunda evli olanların %62,5'i, boşanmış-eşi ölmüş olanların %47,0'si bekarların ise %64,0'ü fizik aktivite yapmaktadır. Fizik aktivite yapma açısından medeni duruma göre istatistiksel anlamlı fark olup, boşanmış-eşi ölmüş kişiler, bekar ve evli kişilerden daha az fizik aktivite yapmaktadır ($p=0,042$). Algılanan gelir düzeyine göre düşük geliri olanların %53,1'i, orta düzey geliri olanların %64,0'ü, yüksek geliri olanların ise %80,0'i fizik aktivite yapmaktadır. Algılanan gelir düzeyine göre istatistiksel anlamlı fark bulunup, yüksek gelir grubu orta ve düşük gelir grubuna göre daha fazla fizik aktivite yapmaktadır ($p=0,002$). Yaş, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi ve sağlık güvencesi varlığına göre fizik aktivite yapıp yapmama açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.3.2.1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Fizik Aktivite Üzerine Etkisi, Doğancı, 2015

Sosyo-Demografik Özellikler		Fizik Aktivite Yapma Durumu				χ^2	p
		Yapan (n=459)		Yapmayan (n=290)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet	Erkek	238	65,7	124	34,3	5,884	0,015
	Kadın	221	57,1	166	42,9		
Yaş	50 yaş altı	247	61,0	158	39,0	0,032	0,858
	50 yaş ve üzeri	212	61,6	132	38,4		
Öğrenim Düzeyi	Lise altı	313	59,6	212	40,4	2,045	0,153
	Lise ve üzeri	146	65,2	78	34,8		
Medeni Durum	Evli	373	62,5	224	37,5	6,317	0,042
	Boşanmış-Eşi Ölmüş	31	47,0	35	53,0		
	Bekar	55	64,0	31	36,0		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	198	64,7	108	35,3	2,557	0,110
	Çalışmıyor	261	58,9	182	41,1		
Sağlık Güvencesi	SG var	448	61,3	283	38,7	0,001	0,988
	SG yok	11	61,1	7	38,9		
Aile Tipi	Çekirdek-tek ebeveyn	315	63,5	181	36,5	3,068	0,080
	Geniş aile	144	56,9	109	43,1		
Gelir Düzeyi	Düşük	121	53,1	107	46,9	12,384	0,002
	Orta	314	64,0	177	36,0		
	Yüksek	24	80,0	6	20,0		

4.2.4. Obezite ve İlişkili Faktörler

Çalışma grubunun sosyo-demografik özelliklerinin obezite üzerine etkisi Tablo 4.2.4.1.'de gösterilmiştir. Erkeklerin %22,9'u kadınların %39,3'ü obezdir. Obezite açısından cinsiyet yönünden istatistiksel anlamlı fark olup, kadınlarda obezite daha fazladır ($p=0,0001$). Obezite sıklığı 50 yaş altında %21,2, 50 yaş ve üzerinde %43,3'tür. Yaşa göre istatistiksel anlamlı fark olup, 50 yaş ve üzeri kişilerde obezite daha fazla görülmektedir ($p=0,0008$). Lise ve üzeri öğrenim görenlerde obezite sıklığı %18,8, ortaokul ve altı öğrenim görenlerde ise %36,8'dir. Öğrenime göre istatistiksel anlamlı fark olup, lise ve üzeri öğrenim görenlerde obezite daha az görülmektedir. ($p=0,0001$). Çalışma grubunda evli olanların %34,7'ü, boşanmış-eşi ölmüş olanların %31,8'i bekarların ise %8,1'i obezdir. Medeni duruma göre istatistiksel anlamlı fark olup bekarlarda obezite, evli ve boşanmış-eşi ölmüş kişilerden daha azdır ($p=0,0004$). Gelir getirir bir işte çalışanların %23,2'si çalışmayanların %37,0'si obezdir. Çalışma durumuna göre istatistiksel anlamlı fark vardır. Çalışan grupta obezite daha az görülmektedir ($p=0,0006$). Aile tipi, sağlık güvencesi varlığı ve algılanan gelir düzeyine göre obezite yönünden istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.2.4.1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Obezite Üzerine Etkisi, Doğancı, 2015

Sosyo-Demografik Özellikler		Obezite Durumu				χ^2	p
		Obez Olan (n=235)		Obez Olmayan (n=514)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet	Erkek	83	22,9	279	77,1	23,128	0,0001
	Kadın	152	39,3	235	60,7		
Yaş	50 yaş altı	86	21,2	319	78,8	42,115	0,0008
	50 yaş ve üzeri	149	43,3	195	56,7		
Öğrenim Düzeyi	Lise altı	193	36,8	332	63,2	23,658	0,0001
	Lise ve üzeri	42	18,8	182	81,3		
Medeni Durum	Evli	207	34,7	390	65,3	24,587	0,0004
	Boşanmış-Eşi Ölmüş	21	31,8	45	68,2		
	Bekar	7	8,1	79	91,9		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	71	23,2	235	76,8	16,049	0,0006
	Çalışmıyor	164	37,0	279	63,0		
Sağlık Güvencesi	SG var	229	31,3	502	68,7	0,033	0,856
	SG yok	6	33,3	12	66,7		
Aile Tipi	Çekirdek-tek ebeveyn	150	30,2	346	69,8	0,876	0,349
	Geniş aile	85	33,6	168	66,4		
Gelir Düzeyi	Düşük	67	29,4	161	70,6	0,620	0,733
	Orta	158	32,2	333	67,8		
	Yüksek	10	33,3	20	66,7		

Çalışma grubunda tütün ürünü, alkol kullanımı ve fizik aktivitenin obezite üzerine etkisi Tablo 4.2.4.2.'de gösterilmiştir. Tütün ürünü kullananların %18,5'i obez iken, kullanmayanların %36,1'i obezdır. Tütün ürünü kullananlarda obezite kullanmayanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha azdır ($p=0,0004$). Alkol kullananlarda obezite varlığı %16,2, kullanmayanlarda %32,2'dir. Alkol kullananlarda obezite istatistiksel anlamlı olarak kullanmayanlara göre daha az görülmektedir ($p=0,042$). Obezite açısından fizik aktivite yapıp yapmamanın istatistiksel olarak anlamlı farkı bulunmamıştır ($p=0,145$).

Tablo 4.2.4.2. Çalışma Grubunda Tütün Ürünü, Alkol Kullanımı ve Fizik Aktivitenin Obezite Üzerine Etkisi, Doğanç, 2015

		Obezite Durumu				χ^2	p
		Obez Olan (n=235)		Obez Olmayan (n=514)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Tütün kullanımı	Kullanıyor	37	18,5	163	81,5	21,008	0,0004
	Kullanmıyor	198	36,1	351	63,9		
Alkol kullanımı	Kullanıyor	6	16,2	31	83,6	4,154	0,042
	Kullanmıyor	229	32,2	483	67,8		
Fizik aktivite	Yapıyor	135	29,4	324	70,6	2,122	0,145
	Yapmıyor	100	34,5	190	65,5		

4.2.5. Hipertansiyon ve İlişkili Faktörler

Çalışma grubunun sosyo-demografik özelliklerinin hipertansiyon sıklığı üzerine etkisi Tablo 4.2.5.1.'de gösterilmiştir. Erkeklerin %34,5'i kadınların %40,6'sı hipertansiyon hastasıdır. Kadınlarda hipertansiyon fazla görülmekle birlikte cinsiyet yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,088$). Hipertansiyon sıklığı 50 yaş altında %19,8, 50 yaş ve üzerinde %58,7'dir. Yaşa göre istatistiksel anlamlı fark olup 50 yaş ve üzeri kişilerde hipertansiyon daha fazla görülmektedir ($p=0,0005$). Çalışma grubunda evli olanların %37,9'u, boşanmış-eşi ölmüş olanların %56,1'i bekarların ise %22,1'i hipertansiyon hastasıdır. Medeni duruma göre istatistiksel anlamlı fark olup bekarlarda hipertansiyon, evli ve boşanmış-eşi ölmüş kişilerden anlamlı olarak daha azdır ($p=0,0001$). Gelir getirir bir işte çalışanların %30,7'si çalışmayanların %42,4'ü hipertansiyon hastasıdır. Çalışma durumuna göre istatistiksel anlamlı fark vardır. Çalışan grupta hipertansiyon daha az görülmektedir ($p=0,001$). Eğitim, sağlık güvencesi varlığı ve algılanan gelir düzeyine göre hipertansiyon hastası olup olmama yönünden istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.2.5.1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Hipertansiyon Sıklığı Üzerine Etkisi, Doğancı, 2015

Sosyo-Demografik Özellikler		Tansiyon Durumu				χ^2	p
		Hipertansiyon Hastası (n=282)		Hipertansiyon Hastası Değil (n=467)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet	Erkek	125	34,5	237	65,5	2,905	0,088
	Kadın	157	40,6	230	59,4		
Yaş	50 yaş altı	80	19,8	325	80,2	120,321	0,0005
	50 yaş ve üzeri	202	58,7	142	41,3		
Öğrenim Düzeyi	Lise altı	229	43,6	296	56,4	26,642	0,0002
	Lise ve üzeri	53	23,7	171	76,3		
Medeni Durum	Evli	226	37,9	371	62,1	18,407	0,0001
	Boşanmış-Eşi Ölmüş	37	56,1	29	43,9		
	Bekar	19	22,1	67	77,9		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	94	30,7	212	69,3	10,588	0,001
	Çalışmıyor	188	42,4	255	57,6		
Sağlık Güvencesi	SG var	273	37,3	458	62,7	1,198	0,274
	SG yok	9	50,0	9	50,0		
Aile Tipi	Çekirdek-tek ebeveyn	174	35,1	322	64,9	4,130	0,051
	Geniş aile	108	42,7	145	57,3		
Gelir Düzeyi	Düşük	94	41,2	134	58,8	1,890	0,389
	Orta	178	36,3	313	63,7		
	Yüksek	10	33,3	20	66,7		

Çalışma grubunda tütün ürünü kullanımı, alkol kullanımı ve fizik aktivitenin hipertansiyon sıklığı üzerine etkisi Tablo 4.2.5.2.'de gösterilmiştir. Tütün ürünü kullananların %28,0'i hipertansiyon hastası iken kullanmayanların %41,2'si hipertansiyon hastasıdır. Tütün ürünü kullananlarda hipertansiyon kullanmayanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha azdır (p=0,001). Alkol kullananlarda hipertansiyon hastalığı %21,6, kullanmayanlarda %38,5 oranındadır. Alkol kullananlarda hipertansiyon istatistiksel anlamlı olarak kullanmayanlara göre daha az görülmektedir (p=0,039). Fizik aktivite yapanlarda hipertansiyon daha az görülmekle birlikte, fizik aktivite yapanlar ve yapmayanlar arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur (p=0,555).

Tablo 4.2.5.2. Çalışma Grubunda Tütün Ürünü, Alkol Kullanımı ve Fizik Aktivitenin Hipertansiyon Sıklığı Üzerine Etkisi, Doğancı, 2015

		Tansiyon Durumu				χ^2	p
		Hipertansiyon Hastası (n=282)		Hipertansiyon Hastası Değil (n=467)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Tütün kullanımı	Kullanıyor	56	28,0	144	72,0	10,825	0,001
	Kullanmıyor	226	41,2	323	58,8		
Alkol kullanımı	Kullanıyor	8	21,6	29	78,4	4,260	0,039
	Kullanmıyor	274	38,5	438	61,5		
Fizik aktivite	Yapıyor	169	36,8	290	63,2	0,349	0,555
	Yapmıyor	113	39,0	177	61,0		

Çalışma grubunda tuz kullanımı ve obezitenin hipertansiyon sıklığı üzerine etkisi Tablo 4.2.5.3.'te gösterilmiştir. Obez olanların %57,0'si hipertansiyon hastası iken, obez olmayanların %28,8'i hipertansiyon hastasıdır. Obezlerde hipertansiyon obez olmayanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha fazladır (p=0,0001). Bel çevresi geniş olanlarda hipertansiyon hastalığı %43,5, bel çevresi geniş olmayanlarda

%29,9 oranındadır. Bel çevresi geniş olanlarda hipertansiyon sıklığı istatistiksel anlamlı olarak bel çevresi geniş olmayanlara göre daha fazla görülmektedir (p=0,0001). BKO geniş olanlarda hipertansiyon %41,2, BKO geniş olmayanlarda %33,1 oranındadır. BKO geniş olanlarda hipertansiyon, BKO geniş olmayanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha fazla görülmektedir (p=0,023). Yemeklere tadına bakmadan tuz atanların %39,0'u hipertansiyon hastası iken, tadına bakmadan tuz atmayanların %37,1'i hipertansiyon hastasıdır. Yemeklere tadına bakmadan tuz atanlarla atmayanlar arasında hipertansiyon yönünden istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,616).

Tablo 4.2.5.3. Çalışma Grubunda Tuz Kullanımı ve Obezitenin Hipertansiyon Sıklığı Üzerine Etkisi, Doğancı, 2015

		Tansiyon Durumu				χ^2	p
		Hipertansiyon Hastası (n=282)		Hipertansiyon Hastası Değil (n=)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Tuz Kullanımı	Tuz atan	87	39,0	136	61,0	0,251	0,616
	Tuz atmayan	195	37,1	331	62,9		
Obezite Durumu	Obez Olan	134	57,0	101	43,0	54,738	0,0001
	Obez Olmayan	148	28,8	366	71,2		
Bel Çevresi Genişliği	Geniş Olan	185	43,5	240	56,5	14,446	0,0001
	Geniş Olmayan	97	29,9	227	70,1		
BKO Genişliği	Geniş Olan	172	41,2	245	58,8	5,185	0,023
	Geniş Olmayan	110	33,1	222	66,9		

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Çalışma kapsamında Doğancı Köyünde ikamet eden 749 erişkin ile görüşülmüştür. Kalp ve damar hastalıkları için risk faktörü olan tütün, alkol kullanımı, beslenme davranışları ve fizik aktivite durumları sorgulanmış; obezite ve hipertansiyonu saptamak amacıyla boy, kilo, bel çevresi kalça çevresi, tansiyon ve nabız ölçülmüştür.

Çalışma grubunun %51,7'si kadın, %48,3'ü erkektir (Tablo 4.1.1.1.). Cinsiyet yönünden her ne kadar eşit dağılım gözlense de, bölgede çalışan erkeklerin bir kısmına ulaşılamadığı tahmin edilmektedir. Bu da kadınların oranının bir miktar fazla olmasını açıklamaktadır. Bölgede yaş ortalaması $47,56 \pm 16,52$ 'dir (Tablo 4.1.1.2.). Çalışmanın 18 yaş ve üzeri grupta yürütülmüş olması, kırsal bölge olup yaşlı nüfusun fazla olması yaş ortalamasının yüksek olmasının nedeni olabilir. Doğancı Köyünde eğitim düzeyi genel olarak düşük bulunmuştur. Bölgede erişkin nüfusun yaklaşık yarısı ilkokul mezunudur (Tablo 4.1.1.4.). Kırsal bölge olması, yaş ortalamasının yüksek olması, yaşlı nüfus ağırlıklı olması eğitim düzeyinin düşüklüğünü açıklayabilir.

Tütün ürünü kullanımı kardiyovasküler hastalıklarda en önemli ve önlenabilir bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Sigara 65 yaş öncesi görülen kalp ve damar hastalıklarından ölümlerin yaklaşık yarısından sorumlu tutulmaktadır (25,26).

Doğancı Köyünde erişkin nüfusta yürütülen bu çalışmada araştırma grubunun %24,0'si düzenli, %1,9'u arasıra sigara kullanmakta iken, %10,9'u sigarayı bırakmış, %63,2'ü ise hiç sigara kullanmamıştır (Tablo 4.1.2.1.1.). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması, 2011 (21) sonuçlarına göre Türkiye'de 15 yaş üstü bireylerde düzenli sigara kullanımı %23,9, ara sıra kullanım %5,6'dır. Bırakanların oranı %8,6 iken hiç kullanmayanların oranı ise %61,9'dur. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008 (19) sonuçlarına göre Türkiye'de sigara kullanım sıklığı %31,2'dir. Her gün düzenli içme oranı %27,4, ara sıra içme oranı 3,8, sigarayı bırakanların oranı 15,9 hiç içmeyenlerin oranı ise 52,8'dir. KYTA 2012 (20) sonuçlarına göre ise sigara kullanım sıklığı 27,1'dir. Her gün içen %23,8, ara

sıra içen %3,3, bırakmış olan %13,1, hiç içmemiş olanlar ise %59,8 oranındadır. Nelson ve arkadaşlarının (98) Gana'da 2010 yılında erişkin nüfusta hastane temelli yürüttükleri çalışmada tütün kullanımı %4,8 bulunmuştur. Zaman ve arkadaşlarının (99) Bangladeşli erişkinlerde 2013 yılında yürüttüğü çalışmada %17,1'i sigara kullanıyor, %45,8'i ise hiç kullanmamıştır. Bu çalışmada sigara kullanım sıklığı günümüze daha yakın olan çalışmalarla benzer bulunmuştur. Türkiye'de son yıllarda sigara ile mücadele politikaları sonucu olarak kullanım azalma eğilimi göstermektedir. Bölgede de bu eğilimin olabileceği varsayılabilir. Bangladeş ve Gana'da yürütülen çalışmalarda ülkemize oranla tütün kullanımı daha az olması bölgesel farklılıklara bağlanabilir.

KYTA 2008'e (19) göre erkeklerin %47,9'u, kadınların %15,2'si sigara kullanmaktadır. 2011 yılında yürütülen Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışmasında (21) erkeklerde sigara kullanım sıklığı %43,0, kadınlarda %17,0'dır. KYTA 2012 (20) sonuçlarına göre ise erkeklerin 41,5'i kadınların %13,1'i sigara kullanmaktadır. ÇAN ve arkadaşlarının (100) 2003-2005 yılları arasında Doğu Karadeniz Bölgesinde yürüttüğü çalışmada erkeklerde sigara kullanımı %53,2, kadınlarda %20,3 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise erkeklerin %43,9'u, kadınların %10,6'sı tütün ürünü kullanmaktadır (Tablo 4.2.1.1.). Bütün çalışmalar erkeklerin kadınlara oranla çok daha fazla tütün ürünü kullandığını göstermektedir. Yıllar içerisinde her iki cins için de tütün ürünü kullanımının azaldığı dikkati çekmektedir. Bu çalışma sonuçları cinsiyet yönünden KYTA 2012 (20) sonuçları ile oldukça uyumludur.

ÇAN ve arkadaşlarının (100) çalışmasında lise mezunlarının %46,3'ü sigara kullanmaktadır. KYTA 2008'de (19) lise mezunlarının 40,8'i, KYTA 2012'de (20) lise mezunlarının %33,9'u tütün ürünü kullanmaktadır. Bu çalışmada ise lise ve üzeri öğrenim görenlerde tütün ürünü kullanımı %41,6, ortaokul ve altı öğrenim görenlerde ise %20,6'dır (Tablo 4.2.1.1.). Çalışma grubunda lise ve üzeri eğitim görenlerin 2/3'ünün erkek olması bu oranın ortaokul ve altı eğitim görenlerden daha yüksek olmasının sebebi olabilir.

ÇAN ve arkadaşlarının (100) çalışmasında bekarların %41,2'si sigara içmekte, bu çalışmada ise bekarların %40,7'si tütün ürünü kullanmaktadır.

Bekarlarda oranın yüksek çıkması çoğunun genç yaşta olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Gelir getirir bir işte çalışanların %46,1'i, çalışmayanların %13,3'ü tütün ürünü kullanmaktadır (Tablo 4.2.1.1.). KYTA 2008 (19) sonuçlarında ise çalışan erkeklerde %50,3, kadınlarda %22,7 oranında tütün ürünü kullanılmaktadır. Çalışma hayatındaki kişilerin sigarayı daha fazla kullandığı görülmektedir. Genç erkeklerin çalışma hayatında daha çok yer alması nedeniyle çalışan kesimde oranlar yüksek bulunmuş olabilir.

Çalışma grubunda nargile tüketimi %2,0'dır (Tablo 4.1.2.1.2.). KYTA 2008'de (19) %2,3, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışmasında (21) ise %2,9 oranında nargile tüketilmektedir. Çalışmalarda nargile kullanımı birbirine benzer oranlarda bulunmuştur.

KYTA 2008 (19) sonuçlarına göre erkekler günde ortalama 19,3 adet sigara içerken, kadınlar ortalama 12,2 adet sigara içmektedir. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması, 2011 (21) sonuçlarına göre erkekler günde ortalama 17,2 adet sigara içerken, kadınlar ortalama 11,0 adet sigara içmektedir. KYTA 2012 (20) sonuçlarına göre ise günde içilen sigara adedi erkeklerde 20,3, kadınlarda 15,3, ortalama 19,2'dir. Bu çalışmada ise günlük ortalama sigara adeti 16,6'dır (Tablo 4.1.2.1.4.). Erkeklerde 17,3, kadınlarda 13,3'tür. Tüm çalışmalarda erkekler kadınlardan günlük adet olarak daha fazla sigara kullanmaktadır.

KYTA 2008'e (19) göre kadınlarda sigaraya başlama yaş ortalaması 17,8 iken erkeklerde 16,6'dır. KYTA 2012 (20) sonuçlarına göre sigaraya başlama yaşı erkeklerde ortalama 16,8, kadınlarda 17,9, toplamda 17,1'dir. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışmasına (21) göre ilk sigaraya başlama yaş ortalaması 18,3 ortanca 17'dir. Çalışma grubunda sigara kullanımına en erken başlama yaşı 7 en geç 40'dır. Sigaraya başlamada ortanca yaş 18,0, ortalama yaş $17,91 \pm 4,60$ 'dır (Tablo 4.1.2.1.6.). Türkiye genelinde yürütülen çalışmalarla Doğancı Köyündeki çalışmanın sigara başlama yaş ortalamaları erişkinlik döneminin ilk dönemlerine denk gelip, benzerlik göstermektedir. Sigaraya ilk başlama yaşının 7 olması dikkat çekicidir.

Doğancı Köyünde çalışan nüfusun %15,3'ünün iş yerinde düzenli sigara içilirken, %7,5'inin iş yerinde arasıra sigara içilmekte; %77,2'sinin iş yerinde sigara

içilmemektedir (Tablo 4.1.2.1.8.). KYTA 2008 (19) sonuçlarına göre işyerinde pasif sigara maruziyeti %38,5 oranındadır. KYTA 2012'ye (20) göre işyerinde sigara dumanından etkilenen erişkin oranı %15,6'dır. Doğancı Köyünde yapılan çalışmanın işyerinde pasif sigaradan etkilenim oranının tütün mücadele politikaları sonrası işyerlerinde kapalı alanlarda sigara kullanımının azalması sonucu böyle çıktığı düşünülebilir. KYTA 2008 (19) sonuçlarına göre evde sigara dumanından pasif etkilenim oranı %41,1 iken KYTA 2012'ye (20) göre evlerde pasif etkilenim oranı %38,3, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışmasına (21) göre ise bu oran %37,1'dir. Çalışma grubunun %22,4'ünün evinde düzenli sigara içilirken, %6,9'unun evinde arasıra içilmekte; %70,6'sının evinde sigara içilmemektedir (Tablo 4.1.2.1.8.). İşyerlerinde pasif etkilenim oranının azalma trendi evler için geçerli değildir. Kanunların evleri kapsamaması bunun nedeni olabilir. Çalışma grubunda evlerde pasif sigaradan etkilenim ulusal çalışmalara oranla daha düşük bulunmuştur. Bu çalışma kırsal alanda yürütülmüş olup kişiler çoğunlukla müstakil bahçeli evlerde oturmaktadır. Bu sebeple evlerde sigara kullanımı diğer çalışmalara oranla daha az bulunmuş olabilir.

Çalışma grubunun %4,9'u alkollü içecek kullanmakta, %92,0'si kullanmamakta; %3,1'i ise alkollü içecek kullanmayı bırakmıştır (Tablo 4.1.2.2.1.). Ulusal Hane Halkı Araştırması 2003 (53) sonuçlarına göre kırdaki hiç alkol kullanmayanların oranı %79,3 kullananların oranı %20,4'tür. Gönül'ün (101) 2009 yılında İstanbul'da bir ilaç firmasında çalışan erişkinlerde yürüttüğü çalışmada alkol kullanan oranı %34,3, bırakan oranı %7,3 hiç kullanmayan oranı %58,4 olarak bulunmuştur. Koca'nın (102) İnönü Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinde 2011 yılında yürüttüğü çalışmada alkol kullanım oranı %16,9'dur. TBSA 2010 (54) sonuçlarına göre kırdaki alkol kullanımı %13,8 oranında bulunmuştur. TKrHRF çalışması 2011 (21) sonuçlarına göre Türkiye'de alkol kullanımı %13 olup, kırdaki %11, kentte %14'tür. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014'e (111) göre Türkiye'de alkol kullanımı %10,4 olup, kırdaki alkol kullanımı %7,3 kentte %11,8'dir. Nelson ve arkadaşlarının (98) Gana'da 2010 yılında erişkin nüfusta hastane temelli yürüttükleri çalışmada alkol kullanımı %64,8 bulunmuştur. Ülkemizde yürütülen çalışmalara göre gençler üzerinde yapılan çalışmalarda alkol kullanımının daha fazla olduğu görülmektedir. Çalışmalara göre kırdaki alkol

kullanımı kente göre daha azdır. Doğancı Köyünde de alkol kullanımı gerek kültürel, gerek dini nedenlerle diğer çalışmalara göre daha az bulunmuş olabilir.

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. Kişilerin %70,3'ü ise hiç 5 standart içki veya daha fazlasını içmemektedir (Tablo 4.1.2.2.3.). TKrHRF çalışması 2011 (21) sonuçlarına göre riskli kullanımı olan bir günde 5 ve üzeri standart içki tüketimi %7'dir. Kişilerin %11,9'u bir oturuşta 5 standart içki veya daha fazlasını ayda birden az, %2,1'i ayda bir, %1,5'i haftada bir içmekte; %84,5'i hiç içmemektedir. Çalışma grubunda alkol kullananların büyük çoğunluğunda riskli alkol kullanımı bulunmamaktadır.

Doğancı Köyünde erkeklerin %8,8'i kadınların %1,3'ü alkol kullanmaktadır (Tablo 4.2.2.1.). Ulusal Hane Halkı Araştırması 2003 (53) sonuçlarına göre erkeklerin %35,1'i alkol kullanırken kadınların %7,7'si alkol kullanmaktadır. Sağiroğlu'nun birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 30 yaş ve üzeri bireylerde yürüttüğü çalışmasına göre alkol kullanımı erkeklerde %14,0 kadınlarda %0,7'dir. TKrHRF çalışması 2011 (21) sonuçlarına göre erkeklerin %23'ü kadınların %4'ü alkol kullanmaktadır. Gökmen Durgun'un (103) Bursa'da 2012 yılında erişkin nüfusta yürüttüğü çalışmasına göre erkeklerde alkol kullanımı %33,1 kadınlarda %7,7 olarak bulunmuştur. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014'e (111) göre erkeklerin %17,2'si kadınların %3,8'i alkol kullanmaktadır. Nelson ve arkadaşlarının (98) Gana'da 2010 yılında erişkin nüfusta hastane temelli yürüttükleri çalışmada erkeklerde alkol kullanımı %72,0 kadınlarda %56,2'dir. Çalışmalar erkeklerde alkol kullanımının kadınlara oranla çok daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada da alkol kullanımı karşılaştırılan diğer çalışmalara göre daha az olmakla birlikte erkekler kadınlardan anlamlı olarak daha fazla alkol kullanmaktadır. Kırsal kesimde cinsiyetçi bakış açısının hakim olduğu, ekonomik özgürlüğü olmayan kadınların daha çok sosyal baskı altında olduğu düşünülürse, riskli davranışlar gösterme eğiliminin bu durumda kadınlarda daha az olacağı varsayılabilir.

Alkol kullanımı 50 yaş altında %6,9, 50 yaş ve üzerinde 2,6'dır (Tablo 4.2.2.1.). Ulusal Hane Halkı Araştırması 2003 (53) sonuçlarına göre alkol kullanımı 18-29 yaş grubunda %18,5 olup ilerleyen yaşlarda azalmaktadır. TBSA 2010 (54) sonuçlarına göre erkeklerde en fazla alkol tüketimi 31-50 yaş arasında olup yaş

arttıkça kullanım azalmaktadır. TKrHRF çalışması 2011 (21) sonuçlarına göre alkol kullanımı en fazla 35-44 yaş aralığındadır. Çalışma grubunda evli olanların %3,7'si, boşanmış-eşi ölmüş olanların %4,5'i bekarların ise %14,0'ü alkol kullanmaktadır (Tablo 4.2.2.1.). Çalışma sonuçları genç bekar erkeklerin alkolü daha fazla tükettiğini göstermektedir.

Gelir getirir bir işte çalışanların %8,8'i çalışmayanların %2,3'ü alkol kullanmaktadır (Tablo 4.2.2.1.). Çalışan kesimin çoğunluğunun erkek ve genç yaşta olması alkol kullanımının çalışan grupta fazla olmasını açıklayabilir.

Algılanan gelir düzeyine göre düşük geliri olanların %7,9'u, orta düzey geliri olanların %3,7'si, yüksek geliri olanların ise %3,3'ü alkollü içecek kullanmaktadır (Tablo 4.2.2.1.). Gelir düzeyi düşük grupta alkol kullanımının fazla olması ekonomik şartların getirdiği sıkıntılarla başa çıkma yolu olarak kişilerin alkol kullanımına yönelmesi olabilir.

Beslenme davranışlarının kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde önemi eskiden beri bilinmektedir.

Çalışma grubunun %63,7'si beyaz ekmek, %57,5'i köy ekmeği, %6,3'ü kepekli, çavdar, yulaflı ekmek, %1,3'ü ise yufka ekmek tüketmekte; %0,4'ü ekmek tüketmemektedir (Tablo 4.1.2.3.1.). TBSA 2010 (54) sonuçlarına göre toplumun %85,4'ü beyaz ekmek, %10,5'i esmer ekmek tüketmektedir. TKrHRF çalışması 2011 (21) sonuçlarına göre 15 yaş üzeri bireylerde kırdaki beyaz ekmek tüketimi %86,9, kepek, çavdar, yulaflı ekmek tüketimi %13,1'dir. Bu çalışmada köy ekmeği tüketimi oldukça yaygın bulunmuştur. Beyaz ekmek tüketimi en çok tüketilen ekmek türü olmakla birlikte köy ekmeğinin yaygın kullanımı neticesinde oranları birbirine yakındır. Bölgede kepek, çavdar, yulaflı ekmek tüketimi oldukça düşük bulunmasının nedeni bölgede köy ekmeğinin yaygın tüketimine bağlanabilir.

Çalışma grubunun %63,6'sı çeşme suyu, %26,6'sı Kökez suyu, %9,9'u hazır paketlenmiş su, %8,5'i pınar/kaynak suyu ve %2,9'u ise kuyu suyu kullanmaktadır. TNSA 2013 (81) sonuçlarına göre kentte en yaygın içme suyu kaynağı %51 ile evde şebeke suyu ve %44 ile şişe sudur. Kırdaki en yaygın içme suyu kaynağı evde şebeke suyu %48, kaynak suyu %22 ve sondaj borulu kuyu suyu %10'dur. Kökez suyu Bolu'ya özel yer altı suyu olup bölgede yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.

Çalışma 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 (Tablo 4.1.2.3.3.). Sağıroğlu'nun (104) birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 30 yaş ve üzeri bireylerde yürüttüğü çalışmasına göre ayçiçek yağı kullanımı %90,0, zeytinyağı %87,7, margarin kullanımı %39,0 ve tereyağı ise %78,5 olarak bulunmuştur. TBSA 2010'a (54) göre ayçiçek yağı kullanımı %67,4, zeytinyağı kullanımı %35,3, mısırözü yağı kullanımı %11,7, margarin kullanımı %11,2'dir. TKrHRF çalışması 2011 (21) sonuçlarına göre 15 yaş üzeri bireylere yemeklerde en çok hangi yağı kullandığı sorulmuştur. Buna göre kırdaki ayçiçek yağı kullanımı %58,8 zeytinyağı kullanımı %25,5, tereyağ kullanımı %12,3 margarin kullanımı %3,4 olarak bulunmuştur. Çalışmalar ayçiçek yağı kullanımının ilk sırada yer aldığını göstermektedir. Zeytinyağına göre daha ucuz olması ayçiçek yağının sıvı yağ olarak tercih etmede etkili olabilir. Doğancı Köyünde ve Türkiye'de kırsal bölgede katı yağ olarak tereyağ kullanımı margarin kullanımından daha fazla bulunmuştur. Hayvancılıkla uğraşının yaygın olduğu kırsalda kişiler kendi tereyağını yapabildiği için margarin ücret ödeyerek almayı tercih etmiyor olabilirler.

Çalışma grubunda günlük meyve tüketimi ortalama $1,09 \pm 1,21$ porsiyondur. Günlük sebze ortalama $1,11 \pm 1,42$ porsiyondur (Tablo 4.1.2.3.4.). Ulusal Hane Halkı Araştırması 2003 (53) sonuçlarına göre 18 yaş üzeri grupta günlük ortalama meyve tüketimi kırdaki $1,65 \pm 2,42$ porsiyon, günlük sebze tüketimi $1,56 \pm 2,54$ porsiyon olarak bulunmuştur. TKrHRF çalışması 2011 (21) sonuçlarına göre 15 yaş üzeri bireylerde kırdaki meyve veya sebze hiç tüketmeyen %3,7 günde bir porsiyon tüketen %10,2 iki porsiyon tüketen %40,2 bulunmuştur. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014'e (111) göre günde bir kez taze meyve yeme sıklığı %44,6, taze sebze yeme sıklığı %40,6 olarak bulunmuştur. Zaman ve arkadaşlarının (99) Bangladeşli erişkinlerde 2013 yılında yürüttüğü çalışmada günlük meyve ve sebze tüketimi 5 porsiyonun üzerinde olanların oranı %7,6'dır. 2004 yılında yayınlanan Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi (52) önerisine göre günde meyve veya sebze tüketimi toplamda 5 porsiyon olmalıdır. Çalışma grubunda bu ortalama 2,3 porsiyon olarak hesaplanmış ve önerilenin oldukça altında bulunmuştur.

Fizik aktivite kalp ve damar hastalıkları için bağımsız bir risk faktörüdür. Fizik aktivitenin kalp ve damar hastalıkları riski üzerindeki en önemli etkisi kalp ve

damar hastalıkları için belirlenmiş risk etkenleri üzerindeki etkisidir. Orta ve üzeri yaşlarda orta düzey fizik aktivite yapılması kalp ve damar hastalıkları mortalitesini anlamlı olarak azaltmakta ve yaşam kalitesini arttırmaktadır (59, 60, 61).

Çalışma grubunda fizik aktivite yapma durumu ağır düzey için hızlı tempo yürüyüş, ağır kaldırma, odun kesme, bahçede çukur kazma gibi örnekler verilerek sorgulanmıştır. Orta düzey fizik aktivite için yürüyüş, hafif bahçe işleri, bisiklete binme gibi örnekler verilmiştir. Doğancı Köyü kırsal bir bölge olup kişiler geçimini büyük oranda tarım ve hayvancılıkla sağlamaktadır. Fizik aktiviteye ilişkin bulgular bu bağlamda değerlendirilmiştir. Çalışma grubunun %28,7'si orta düzeyde fizik aktivite yapmakta, %32,6'sı ağır düzeyde fizik aktivite yapmakta, %38,7'si ise fizik aktivite yapmamaktadır (Tablo 4.1.2.4.1.). Genç ve arkadaşlarının (105) 2001'de Malatya kent merkezinde banka çalışanlarında fizik aktivite sıklığı çalışmasına göre %57,5'i fizik aktivite yaparken %42,5'i yapmamaktadır. SBKK 2004 (63) sonuçlarına göre fizik aktivite yapma oranı kırsalda %3,5'tir. SBKK 2004 (63) çalışmasında haftada en az 3 gün 30 dakika düzenli yapılan fizik aktivite esas alındığından bu çalışma ile oranlar arasında büyük bir farklılık mevcuttur. Zaman ve arkadaşlarının (99) Bangladeşli erişkinlerde 2013 yılında yürüttüğü çalışmada fizik aktivite yapma oranı %61,4 olarak bulunmuştur. Nelson ve arkadaşlarının (98) Gana'da 2010 yılında erişkin nüfusta hastane temelli yürüttükleri çalışmada fizik aktivite yapma oranı 45,7'dir. Çalışmalar arası farklar fizik aktivitenin sorgulanması ile ilişkili olabilir. Bu çalışmada günlük yapılan işler fizik aktiviteye dahil edildiğinden oranlar yüksek bulunmuş olabilir.

TBSA 2010 (54) sonuçlarına göre 30-50 yaş grubu kırdaki yaşayan erkeklerde ağır düzey fizik aktivite %34,9, orta düzey ise %34,6'dır. Aynı yaş grubunda kırdaki yaşayan kadınlar için ağır fizik aktivite düzeyi %26,1 orta düzey %56,1'dir. TKrHRF 2011 (21) çalışması sonuçlarına göre erkeklerin %23'ü yeterli, %22'si orta düzey, %55'i düşük düzeyde fizik aktiviteye sahip kadınların ise %13'ü yeterli, %18'i orta, %69'u düşük düzeyde fizik aktivite yapmaktadır. Zaman ve arkadaşlarının (99) Bangladeşli erişkinlerde 2013 yılında yürüttüğü çalışmada fizik aktivite yapma oranı erkeklerde %65,8, kadınlarda %57,5 olarak bulunmuştur. Nelson ve arkadaşlarının (98) Gana'da 2010 yılında erişkin nüfusta hastane temelli yürüttükleri çalışmada fizik aktivite yapma oranı erkeklerde %56,2, kadınlarda %34,3'tür. Doğancı

Köyünde ise erkeklerin %65,7'si kadınların %57,1'i fizik aktivite yapmaktadır (Tablo 4.2.3.1.). Bu çalışmada fizik aktivite yapma oranı erkeklerde kadınlardan anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Erkeklerin gelir getirir işlerde daha fazla çalışmaları bunun nedeni olabilir. Çalışma grubunda fizik aktivite sıklığının diğer çalışmalara göre daha fazla çıkması neyin fizik aktivite kabul edildiğiyle yakından ilişkilidir. Bölgenin kırsal olup, tarımın yaygın olması da daha fazla fizik aktivite yapılmasını açıklayabilir.

Çalışma grubunda evli olanların %62,5'i, boşanmış-eşi ölmüş olanların %47,0'si bekarların ise %64,0'ü fizik aktivite yapmaktadır (Tablo 4.2.3.1.). Boşanmış-eşi ölmüş grubun yaş ortalamasının daha fazla olabileceği ve çalışmıyor olabileceği göz önünde bulundurulduğunda fizik aktivite yapmanın daha az olacağı düşünülebilir.

Obezite toplumda görülme sıklığı giderek artan bir halk sağlığı sorunudur. Obezite ile mücadelede ilk adım ilişkili faktörlerin ortaya koyulmasıdır.

Çalışma grubunda en düşük BKİ 16,02, en yüksek BKİ 52,74, ortanca 27,28, ortalama $BKİ\ 27,96 \pm 5,57$, 'dir (Tablo 4.1.2.5.1.). 1998 yılında yürütülen TURDEP-I'de (76) ortalama BKİ 22,3, 2010 yılında yürütülen TURDEP-II'de (77) 32,0 olarak bulunmuştur. Gökmen Durgun'un (103) Bursa'da 2012 yılında erişkin nüfusta yürüttüğü çalışmasına göre BKİ ortalaması 23,5'dir.

Çalışma 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 (Tablo 4.1.2.5.2.). TURDEP-II (77) sonuçlarına göre %1'i düşük kilolu, %26'sı normal kilolu, %36,2'si fazla kilolu, %32,2'si obez, %3,2'si ise morbid obezdir. Bu çalışma sonuçları TURDEP-II (77) sonuçları ile uyumludur. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 (111) verilerine göre Türkiye'de %4,2 düşük kilolu, %42,2 normal kilolu, %33,7 fazla kilolu ve %19,9 da obez bulunmaktadır. Doğancı Köyünde obezite Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 verilerine göre daha fazla bulunmuştur. Bunun nedeni bölgenin yaş ortalamasının yüksek olması olabilir.

Çalışma grubunun %31,4'ü BKİ'ye göre obez iken, %68,6'sı obez değildir. Erkeklerin %22,9'u kadınların %39,3'ü obezdir (Tablo 4.1.2.5.4., Tablo 4.2.4.1.). Türkiye genelinde 1990 yılında yürütülen TEKHARF çalışmasında (91) 20 yaş ve üzeri nüfusta obezite prevalansı erkeklerde %12,8, kadınlarda %29,2 bulunmuştur.

TEKHARF çalışmasının 2000-2004 (107) kohortunda abdominal obezite prevalansı erkeklerde %21,6 kadınlarda %64,3 bulunmuştur. 1997-1998 yıllarında yürütülen TURDEP-I'e (76) göre bu oran erkeklerde %13,2, Kadınlarda %32,9'dur. 2010 yılındaki TURDEP-II (77) çalışmasında obezite sıklığı erkeklerde %27,3 kadınlarda %44,2 olarak saptanmıştır. 2011 yılında 15 yaş üzeri grupta yürütülen TKrHRF Çalışmasında (21) ise obezite sıklığı toplamda %26,1, erkeklerde %16,2 kadınlarda %31,1 olarak bulunmuştur. Türkiye Sağlık istatistikleri Yıllığı 2014'e (111) göre obezite sıklığı erkeklerde %15,3, kadınlarda %24,5'tir. Gökmen Durgun'un (103) Bursa'da 2012 yılında yürüttüğü çalışmasına göre erişkin nüfusta obezite sıklığı toplamda 23,5, erkeklerde %14,9 kadınlarda %25,8 bulunmuştur. Çayır'ın (106) Ankara'da 2009 yılında yürüttüğü çalışmada ise obezite sıklığı %28,0, erkeklerde %16,4 kadınlarda %35,1 bulunmuştur. Nelson ve arkadaşlarının (98) Gana'da 2010 yılında erişkin nüfusta hastane temelli yürüttükleri çalışmada obezite oranı erkeklerde %36,0, kadınlarda %45,7'dir. Tüm bu çalışmalar obezitenin gün geçtikçe arttığını, kadınlarda erkeklerden çok daha ciddi boyutlara ulaştığını göstermektedir.

Çalışma grubunda bel çevresi ortalaması $97,15 \pm 14,25$ cm, erkeklerde bel çevresi 98,05 cm kadınlarda 96,31 cm bulunmuştur (Tablo 4.1.2.5.4.). TURDEP-I (76) çalışmasında ortalama bel çevresi kadınlarda 87,2 cm, erkeklerde 90,0 cm'dir. Gökmen Durgun'un (103) Bursa'da 2012 yılında erişkin nüfusta yürüttüğü çalışmaya göre bel çevresi kadınlarda 86,7 cm, erkeklerde 95,2 cm'dir. Doğancı Köyünde diğer çalışmalara uygun olarak santral obezite erkeklerde daha fazla görülmektedir.

Bu çalışmada kalça çevresi ortalaması $106,17 \pm 12,8$ cm, erkeklerde 103,8 cm kadınlarda 108,3 cm'dir (Tablo 4.1.2.5.4.). TURDEP-I (76) çalışmasında kalça çevresi erkeklerde 101,5 cm, kadınlarda 107,2 cm saptanmıştır. Gökmen Durgun'un (103) Bursa'da 2012 yılında erişkin nüfusta yürüttüğü çalışmaya göre ise erkeklerde 104,8 cm, kadınlarda 105,5 cm'dir. Kalça çevresi literatürle uyumlu olarak kadınlarda daha fazladır.

1998 yılında yürütülen TURDEP-I (76) çalışmasında BKO kadınlarda 0,81, erkeklerde 0,88, TEK HARF'in 2000-2004 (107) kohortunun incelendiği çalışmada BKO kadınlarda 0,86, erkeklerde 0,93 saptanmıştır. Gökmen Durgun'un (103) Bursa'da 2012 yılında erişkin nüfusta yürüttüğü çalışmaya göre ise kadınlarda 0,81,

erkeklerde 0.91 saptanmıştır. Doğancı Köyünde bu oran erkeklerde 0,92 kadınlarda 0,90'dır. Çalışmalar BKO genişliğinin erkeklerde daha fazla olduğunu göstermektedir.

Çalışma grubunun %56,7'sinin bel çevresi geniş, %55,7'sinin bel kalça oranı geniştir (Tablo 4.1.2.5.5.). Çayır'ın (106) Ankara'da 2009 yılında yürüttüğü çalışma grubunun %48,4'ünün bel çevresi kalın, %53,6'sının BKO geniş bulunmuştur. TKrHRF 2011 çalışmasında (21) bel çevresi genişliği kadınlarda %44,2, erkeklerde %21,3, BKO fazlalığı erkeklerde %30,2, kadınlarda %25,6 bulunmuştur. TKrHRF çalışması (21) 15 yaş üzeri bireylerde yürütüldüğünden oranları düşük bulunmuş olabilir. Doğancı Köyünde bel çevresi genişliği ve BKO genişliğinin toplumun yarısından fazlasında görülmesi dikkat çekicidir.

Çalışma grubunda lise ve üzeri öğrenim görenlerde obezite sıklığı %18,8, ortaokul ve altı öğrenim görenlerde ise %36,8'dir (Tablo 4.2.4.1.). Çayır'ın (106) Ankara'da 2009 yılında yürüttüğü çalışmada ilkokul mezunlarının %42,4'ü lise mezunlarının %13,7'si obezdir. Öğrenim süresi arttıkça obezitenin azaldığı izlenmektedir. Öğrenim düzeyinin artması dengeli ve yeterli beslenme alışkanlıkları ve obezitenin yol açabileceği sağlık etkilerinin farkındalığının artmasına yol açarak obezite sıklığını azaltabileceği düşünülebilir.

Çalışma grubunda evli olanların %34,7'si, boşanmış-eşi ölmüş olanların %31,8'i, bekarların ise %8,1'i obezdir (Tablo 4.2.4.1.). Gökmen Durgun'un (103) Bursa'da 2012 yılında erişkin nüfusta yürüttüğü çalışmaya göre bekar erkeklerde obezite %15,7, bekar kadınlarda %8,3'tür. Çayır'ın (106) Ankara'da 2009 yılında yürüttüğü çalışmada bekarların %13,8'i, evlilerin %39,7'si obezdir. Evlilerde oran bekarlara göre yüksek olup, bekar grubun yaş ortalamasının düşük olması bunun nedeni olabilir. Evlilik sonrası gebelik gibi durumlarda kilo alımının artması da evli grubun daha fazla obez olmasını açıklayan nedenlerden biri olabilir.

Doğancı Köyünde gelir getirir bir işte çalışanların %23,2'si çalışmayanların %37,0'si obezdir (Tablo 4.2.4.1.). Gökmen Durgun'un (103) Bursa'da 2012 yılında erişkin nüfusta yürüttüğü çalışmaya göre çalışanların %9,8'i çalışmayanların %37,1'i obezdir. Çayır'ın (106) Ankara'da 2009 yılında yürüttüğü çalışmada emeklilerde obezite %37,5, ev hanımlarında %41,7'dir. Çalışmayan grup daha çok emekliler ve

ev kadınlarından oluşmakta olup, bu grupta sedanter yaşama bağlı obezitenin arttığı düşünülebilir.

Doğancı Köyünde tütün ürünü kullananların %18,5'i obez iken, kullanmayanların %36,1'i obezdir (Tablo 4.2.4.2.). 1990 yılındaki TEKHARF (108) çalışmasında sigara kullananlarda erkeklerin BKİ ortalaması 26,1, kullanmayanların 27,5'tir. Sigara kullanan kadınların BKİ ortalaması 27,3, kullanmayanların 29,6'dır. Gökmen Durgun'un (103) Bursa'da 2012 yılında erişkin nüfusta yürüttüğü çalışmaya göre sigara kullananlarda obezite sıklığı %19,5, kullanmayanlarda %26,7 olarak hesaplanmıştır. Çayır'ın (106) Ankara'da 2009 yılında yürüttüğü çalışmada sigara kullananlarda obezite sıklığı %27,8, kullanmayanlarda %29,0'dır. Çalışmalar sigara içenlerin içmeyenlerden daha zayıf olduğunu göstermektedir. Sigaranın iştahı azalttığı bu yüzden sigara içenlerde obezitenin daha az görüldüğü söylenebilir.

Bu çalışmada alkol kullananlarda obezite varlığı %16,2, kullanmayanlarda %32,2'dir (Tablo 4.2.4.2.). Gökmen Durgun'un (103) Bursa'da 2012 yılında erişkin nüfusta yürüttüğü çalışmaya göre obezite sıklığı alkol kullanmayan kadınlarda %26,5, kullanan kadınlarda %18,7, alkol kullanmayan erkeklerde %15,7, kullanan erkeklerde %13,1'dir. Çayır'ın (106) Ankara'da 2009 yılında yürüttüğü çalışmada düzenli alkol kullananlarda obezite %46,7, ara sıra kullananlarda %26,0, kullanmayanlarda %27,7 olarak bulunmuştur. Alkol kullananlarda obezitenin daha az oluşu alınan miktarla alakalıdır. Çalışma grubunda alkol kullananların %70,3'ü hiçbir zaman 5 standart ve üzeri içki içmediğini belirtmiştir. Alkol alan grubun yaş ortalamasının düşük olması da kullanmayanlarda daha fazla obezite görülmesini açıklayabilir.

Hipertansiyon kardiyovasküler hastalıklar ve serebrovasküler hastalıklar için bilinen en önemli risk faktörlerinden birisidir.

Çalışma grubunda sistolik kan basıncı ortalama $128,19 \pm 16,22$ mmHg, diyastolik kan basıncı ortalama $80,00 \pm 10,45$ mmHg'dir (Tablo 4.1.2.6.2.). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması 2003 (93) sonuçlarına göre ortalama sistolik kan basıncı $127,9 \pm 21,1$ mmHg, ortalama diyastolik kan basıncı ise $81,4 \pm 12,7$ mmHg'dir.

Çalışma grubunun %24,7'si optimal, %27,6'sı normal, %22,0'si 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 (Tablo 4.1.2.6.2.). Kan Basıncı PatenT 1'e (93) göre %26,1'i optimal, %29,9'u normal, %14,7'si yüksek normal, %17,3'ü Evre 1, %7,5'i Evre 2, %4,5'i Evre 3'tür. Sarısözen'in (109) Bursa'da 2006 yılında Nilüfer Bölgesinde yürüttüğü çalışma grubunun %21,3'ü optimal, %24,6'sı normal, %17,3'ü yüksek normal, %8,9'u Evre 1, %7,8'i Evre 2, %4,4'ü Evre 3, %2,9'u ise izole sistolik tansiyon değerlerine sahiptir. Çalışmalar arası büyük farklılıklar olmamakla birlikte Doğancı Köyünde izole sistolik tansiyon yüksek bulunmuştur.

Daha önceden hekim tarafından hipertansiyon tanısı alanlar ve ölçüm sırasında sistolik kan basıncı 140 ve/veya diyastolik kan basıncı 90 mmHg'nin üzerinde ölçülenler hipertansiyon prevalansını oluşturmaktadır. Buna göre Doğancı Köyünde prevalans %37,7 olup, erkeklerin %34,5'i kadınların %40,6'sı hipertansiyon hastasıdır (Tablo 4.1.2.6.3., Tablo 4.2.5.1.). PatenT 1 (93) sonuçlarına göre Türkiye'de 2003 yılında hipertansiyon prevalansı %31,8'dir. Kadınlarda %36,1 erkeklerde %27,5 olarak hesaplanmıştır. TEKHARF çalışmasının (34) 2007-2008 kohortunda hipertansiyon prevalansı erkeklerde %37,7, kadınlarda %46,3 bulunmuştur. 2010 yılında yürütülen TURDEP-II (77) sonuçlarına göre hipertansiyon prevalansı erkeklerde %30,9, kadınlarda %32,3 bulunmuştur. Sarısözen'in (109) Bursa'da 2006 yılında Nilüfer Bölgesinde yürüttüğü çalışmada hipertansiyon prevalansı kadınlarda %42,2, erkeklerde %30,8 toplamda %36,8 olarak bulunmuştur. Yabal'un (112) Konya'da 2011 yılında yürüttüğü çalışmada kadınlarda hipertansiyon prevalansı %57,3, erkeklerde %43,8, toplamda %50,8'dir. Zaman ve arkadaşlarının (99) Bangladeşli erişkinlerde 2013 yılında yürüttüğü çalışmada hipertansiyon sıklığı erkeklerde %20,7, kadınlarda %25,0 olarak bulunmuştur. Nelson ve arkadaşlarının (98) Gana'da 2010 yılında erişkin nüfusta hastane temelli yürüttükleri çalışmada hipertansiyon sıklığı erkeklerde %33,6, kadınlarda %35,2 olarak bulunmuştur. Çalışmalar yıllar içerisinde hipertansiyon prevalansının arttığını ve kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğunu göstermektedir. Doğancı Köyünde kadınlarda daha fazla görülmesi fizik aktivite azlığı ve obezitenin kadınlarda daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışma grubunda hipertansiyon hastalığı sıklığı 50 yaş altında %19,8, 50 yaş ve üzerinde %58,7'dir (Tablo 4.2.5.1.). PatenT 1'e (93) göre 35-64 yaş aralığında sıklık %42,3 iken, 65 yaş üzerinde %75,1'dir. TKrHRF Çalışmasında (21) 25-34 yaş

grubunda sıklık %5,2, 65-74 yaş grubunda %67,1 olarak hesaplanmıştır. Sarısözen'in (109) Bursa'da 2006 yılında Nilüfer Bölgesinde yürüttüğü çalışmada 60 yaş üzerinde sıklık %77,8 bulunmuştur. Yabul'un (112) Konya'da 2011 yılında yürüttüğü çalışmada 18-29 yaş arasında hipertansiyon prevalansı %13,2 iken 60-69 yaş arasında bu sıklık %84,6'ya kadar çıkmaktadır. Çalışmalar hipertansiyonun yaşla arttığını göstermektedir.

Çalışma grubunda evli olanların %37,9'u, boşanmış-eşi ölmüş olanların %56,1'i, bekarların ise %22,1'i hipertansiyon hastasıdır (Tablo 4.2.5.1.). Çalışmada tansiyonun yaşla arttığı gözlenmiş olup bekarların yaş ortalamalarının daha düşük olması tansiyon görülme sıklığının daha az olma nedeni olabilir

Doğancı Köyünde tütün ürünü kullananların %28,0'i hipertansiyon hastası iken, kullanmayanların %41,2'si hipertansiyon hastasıdır. Alkol kullananların %21,6'sı, kullanmayanların ise %38,5'i hipertansiyon hastasıdır (Tablo 4.2.5.2.). Parabaş'ın (110) Konya Hadim İlçesinde 2009 yılında 40 yaş üzeri nüfusta yürüttüğü çalışmaya göre sigara içenlerde hipertansiyon %46,2, içmeyenlerde %63,0 oranında bulunmuştur. Alkol kullananlarda %51,0, kullanmayanlarda %59,1 hipertansiyon görülmektedir. Bu çalışmalara göre tütün ve alkol kullananlarda hipertansiyona daha az rastlanmaktadır. Genç erkeklerin daha fazla tütün ve alkol kullandığı göz önüne alınırsa hipertansiyonun daha az görülmesi açıklanabilir.

Doğancı Köyünde yürütülen bu çalışmada obez olanların %57,0'si, obez olmayanların %28,8'i hipertansiyon hastasıdır. Bel çevresi geniş olanlarda hipertansiyon sıklığı %43,5, bel çevresi geniş olmayanlarda %29,9'dur. BKO geniş olanlarda hipertansiyon sıklığı %41,2, BKO geniş olmayanlarda %33,1 oranındadır (Tablo 4.2.5.3.). PatenT 1 (93) sonuçlarına göre hipertansif bireylerde BKİ ortalaması 29,8, normotansiflerde 25,1 olduğu BKİ ile hipertansiyon prevalansı arasında lineer bir ilişki saptanmıştır. Çayır'ın (106) Ankara'da 2009 yılında yürüttüğü çalışmada obezlerde hipertansiyon prevalansı %34,5 obez olmayanlarda %23,2'dir. Parabaş'ın (110) Konya Hadim İlçesinde 2009 yılında 40 yaş üzeri nüfusta yürüttüğü çalışmaya göre fazla kilolu grupta hipertansiyon sıklığı %60,6, normal kilolu grupta %47,8'dir. Yabul'un (112) Konya'da 2011 yılında yürüttüğü çalışmada hipertansiyon prevalansı bel çevresi geniş olan kadınlarda %70,4, geniş olmayan kadınlarda %29,5; bel çevresi geniş olan erkeklerde %67,0, geniş olmayan

erkeklerde %26,8 olarak hesaplanmıştır. Obezite artmış kan basıncı ile ilişkilidir ve kilo alımı kan basıncı artışıdaki ana belirleyicilerden biridir. Doğancı Köyünde yürütülen bu çalışma literatürde yer alan bilgilerle uyumludur.

Çalışma grubunda 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 (Tablo 4.1.2.6.3.). TKrHRF 2011 (21) sonuçlarına göre ise hipertansiyon tanısı olanların %30,2'sinin tansiyonu kontrol altındadır. PatenT 1 (93) sonuçlarına göre hipertansiyon kontrol altında olma oranı %20,7'dir. Parabası'n (110) Konya Hadim İlçesinde 2009 yılında 40 yaş üzeri nüfusta yürüttüğü çalışmaya göre hipertansiyon tanısı olanların %50,3'ünün tansiyonu kontrol altındadır. Bu çalışmada hipertansiyon tanısı alanlarda kontrol altında olma oranı Türkiye geneli ve diğer çalışmalara göre oldukça yüksek bulunmuştur. Bölgede ulaşılabilir bir Aile Sağlığı Merkezi ve yaklaşık 3 km uzaklıkta üniversite hastanesi bulunması sağlık hizmetine ulaşımın kolay olmasının kişilerin hastalıklarının daha düzenli yapılabilmesine imkan tanımaktadır. Bolu ilinde sağlık bilincinin de fazla olması, ulaşılabilir bu hizmetlerin doğru kullanımına yol açmaktadır. Bu açıdan hipertansiyonun kontrol altına alınması oranları nispeten yüksek bulunmuş olabilir.

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Çalışma kapsamında Doğancı Köyünde ikamet eden 749 erişkin ile görüşülmüştür. Kalp ve damar hastalıkları için risk faktörü olan tütün, alkol kullanımı, beslenme davranışları ve fizik aktivite durumları sorgulanmış; obezite ve hipertansiyonu saptamak amacıyla boy, kilo, bel çevresi kalça çevresi, tansiyon ve nabız ölçülmüştür.

2. Çalışma grubunun %51,7'si kadın, %48,3'ü erkek; %45,0'i ilkokul mezunu ve yaş ortalaması $47,56 \pm 16,52$ 'dir. Kişilerin %79,3'ü halen evli, %40,9'u gelir getirir bir işte çalışmaktadır. Çalışma grubunun %71,1'i SSK üzerinden sağlık sigortası olduğunu, %65,6'sı ise gelir durumunu orta olarak ifade etmektedir.

3. Çalışma grubunun %25,9'u sigara, %2'si nargile, %0,1'i sarma sigara kullanmaktadır. Tütün ürünü kullanımı %26,7'dir. Erkeklerin %43,9'u kadınların %10,6'sı; 50 yaş altındakilerin %36,8'i, bekarların ise %40,7'si, gelir getirir bir işte çalışanların ise %46,1'i tütün ürünü kullanmaktadır. Erkeklerde, 50 yaş altındakilerde, lise altı öğrenim görenlerde, bekarlarda ve çalışanlarda tütün ürünü kullanımı istatistiksel anlamli olarak fazla bulunmuştur.

4. Çalışma grubunun %4,9'u alkol kullanmaktadır. Erkeklerin %8,8'i kadınların %1,3'ü, 50 yaş altındakilerin %6,9'u, bekarların %14,0'ü, algılanan gelir düzeyine göre düşük geliri olanların %7,9'u, gelir getirir bir işte çalışanların ise %8,8'i alkol kullanmaktadır. Erkeklerde, 50 yaş altındakilerde, bekarlarda, düşük geliri olanlarda ve gelir getirir bir işte çalışanlarda alkol kullanımı istatistiksel anlamli olarak fazla bulunmuştur.

5. Çalışma grubunun %63,7'si beyaz ekmek, %57,5'i köy ekmeği tüketmekte; %63,6'sı çeşme suyu, %26,6'sı Kökez suyu kullanmaktadır. Kişilerin %83,8'i ayçiçek yağı, %44,9'u tereyağı kullanmaktadır. Ortalama günlük meyve tüketimi $1,09 \pm 1,21$ porsiyon, sebze tüketimi $1,11 \pm 1,42$ porsiyondur.

6. Çalışma grubunun %28,7'si orta düzey fizik aktivite, %32,6'sı ağır düzey fizik aktivite yapmaktadır. Erkeklerin %65,7'si kadınların %57,1'i, boşanmış-eşi ölmüş olanların %47,0'si, algılanan gelir düzeyine göre yüksek geliri olanların %80,0'i fizik aktivite yapmaktadır. Erkekler ve yüksek geliri olanlarda fizik aktivite yapma istatistiksel anlamlı olarak fazla bulunurken; boşanmış-eşi ölmüş olan kişilerde istatistiksel anlamlı olarak az bulunmuştur.

7. Çalışma grubunun %31,4'ü obez, %56,7'sinin bel çevresi geniş, %55,7'sinin bel kalça oranı geniştir. Erkeklerin %22,9'u kadınların %39,3'ü obezdir. Obezite sıklığı 50 yaş ve üzerinde %43,3, ortaokul ve altı öğrenim görenlerde ise %36,8'dir. Bekarların %8,1'i obez iken, gelir getirir bir işte çalışmayanların %37,0'si obezdir. Erkeklerde, 50 yaş altındakilerde, lise altı öğrenim görenlerde ve gelir getirir bir işte çalışmayanlarda obezite daha fazla görülmekte, bekarlarda ise daha az görülmektedir. Tütün ürünü kullananların %18,5'i, alkol kullananların %16,2'si obezdir. Tütün ve alkol kullananlarda obezite istatistiksel anlamlı olarak daha az görülmektedir.

8. Çalışma grubunun %37,7'si hipertansiyon hastasıdır. Erkeklerin %34,5'i kadınların %40,6'sı hipertansiyon hastasıdır. 50 yaş ve üzerinde %58,7, boşanmış-eşi ölmüş olanlarda %56,1, gelir getirir bir işte çalışmayanlarda %42,4 oranında görülmektedir. Hipertansiyon hastalığı 50 yaş ve üzerinde, boşanmış-eşi ölmüş olanlarda ve çalışmayanlarda istatistiksel anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Tütün ürünü kullananların %28,0'i, alkol kullananların %21,6'sı hipertansiyon hastasıdır. Tütün ve alkol kullananlarda hipertansiyon hastalığı istatistiksel anlamlı olarak daha az görülmektedir. Obez olanların %57,0'si, bel çevresi geniş olanların %43,5'i, BKO geniş olanların %41,2'si hipertansiyon hastasıdır. BKO, bel çevresi geniş olanlar ve obezlerde hipertansiyon istatistiksel anlamlı olarak fazla görülmektedir.

6.2. Öneriler

1. Tütün ürünü kullanımı açısından özellikle erkekler, 50 yaş altındakiler, lise altı öğrenim görenler, bekarlar ve gelir getirir bir işte çalışanlara yönelik planlamalar yapılmalı, bu grupların sigara bırakma yönünden farkındalığın artırılması sağlanmalıdır.

2. Alkol kullanımı yönünden erkekler, 50 yaş altındakiler, bekarlar, düşük geliri olanlarda ve gelir getirir bir işte çalışanlar çalışma sonucu riskli gruplar olarak bulunmuştur. Bu gruplara yönelik alkol kullanımının zararları konusunda eğitimler planlanmalıdır.

3. Çalışma grubunda beyaz ekmek tüketimi ve ayçiçeği yağı kullanımı kepek, çavdar ekmeğine ve zeytinyağına oranla hayli yüksek bulunmuştur. Zeytinyağı kullanımının teşvik edilmesi ve beyaz ekmek kullanımının azaltılması yönünde çalışmalar yapılmalıdır.

4. Günlük ortalama meyve-sebze tüketimi önerilenin oldukça altında bulunmuştur. Bu konuda çiftçilikle uğraşan bir bölge için beslenme davranışlarına yönelik toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

5. Fizik aktivite yönünden bölgede yaşayanların beden işi ağırlıklı çalışmaları olumlu bir faktördür. Çalışmayan kadınlara yönelik spor alanları oluşturulmalı, kişiler fizik aktiviteye teşvik edilmelidir.

6. Bölgenin yaklaşık 1/3'ü obezdir. Kadınlar ve çalışmayanlar gibi daha fazla obez olan gruplara yönelik sağlık çalışanları öncülüğünde müdahale programları hazırlanmalıdır.

7. Bölgenin yaklaşık 1/3'ünden fazlası hipertansiyon hastasıdır. Hipertansiyon hastalarının %39,8'i kontrol altında değil iken, %5,3'ü ise hipertansiyon hastası olduğunun farkında değildir. Hipertansiyona yönelik toplumda farkındalığın artırılması açısından müdahale çalışmaları planlanmalıdır.

BÖLÜM 7

KAYNAKLAR

1. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Kalp Sağlığı Politikası, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. http://www.tkdonline.org/uksp/tkd_ulusalkalpsagligipolitikasi_taslak.pdf Erişim Tarihi: 03.01.2016.
2. WHO Noncommunicable Diseases Country Profiles. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2014; P: 7-8.
3. WHO Global Status Report on Noncommunicable Diseases. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2014; P: 28-32.
4. WHO, Cardiovascular Diseases (CVDs). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en> Erişim Tarihi: 15.01.2016.
5. TÜİK, Ölüm Nedeni İstatistikleri 2013, 2014. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855> Erişim Tarihi: 18.12.2015.
6. 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.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Million Hearts: Strategies Toredue the Prevelance of Leading Cardiovascular Disease Risk Factors, United States, 2011. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2011; 60: 1248-1251.
8. WHO, STEPwise Approach to Surveillance (STEPS). <http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/en/index.html> Erişim Tarihi: 17.01.2016.
9. WHO Reducing Risks, Promoting Healty Life. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2002; P: 56-62.
10. Understand Your Risk of Heart Attack. http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/UnderstandYourRiskofHeartAttack/Understand-Your-Risk-of-Heart-Attack_ Erişim Tarihi: 18.01.2016.
11. Yenilmez ED, Toyaksi H, Bozkurt A, Tuli A, Acartürk E. Assessment of Diagnostic Efficiency of Lipoprotein (a), Homocysteine, High Sensitive CReactive Protein and Fibrinogen in Patients with Coronary Artery Disease. Cukurova Med J 2013; 38(4): 559-566.
12. Coronary Artery Diseases, Coronary Heart Diseases. <http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/MyHeartandStrokeNews/Coronary-Artery-Disease-Coronary-Heart-Disease> Erişim Tarihi: 18.01.2016.
13. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S. Effect of Potentially Modifiable Risk Factors Associated with Myocardial İnfarction in 52 Countries (The INTERHEART Study): Case-control Study. Lancet, 2004; 364: 937-952.

14. Seydioğulları M. Dünya’da ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları, Tütün ve Tütün Kontrolü. Sağlık Bakanlığı-Türk Toraks Derneği Yayınları. 2. Baskı, Ankara, Türkiye. 2011; S: 3-21.
15. Doğruel F, Doğruel AS. Osmanlı’dan Günümüze TEKEL. TEKEL Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, Türkiye. 2000.
16. World Health Statistics 2015. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2015; P: 101-111.
17. WHO Global Report Mortality Attributable to Tobacco, World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2012; P: 1-5.
18. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2015; P: 17-19.
19. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008, Türkiye Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye. 2010; S: 37-69.
20. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012, Türkiye Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, Türkiye. 2014; S: 33-55, 67-79.
21. 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.
22. D.Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, Kannel WB. General Cardiovascular Risk Profile for use in Primary Care: The Framingham Heart Study. Circulation, 2008; 117: 743-753.
23. Imke C, Rodriguez BL, Grove JS, McNamara JR, Waslien C, Katz AR, Willcox B, Yano K, Curb JD. Are Remnant-Like Particles Independent Predictors of Coronary Heart Disease Incidence? The Honolulu Heart study. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2005; Aug; 25 (8): 17.
24. Monica LB, Eric BR, Kenneth JM, Frank BH, Walter C, Cassidy A. Dietary Flavonoid Intake and Weight Maintenance: Three Prospective Cohorts of 124086 US Men and Women Followed for up to 24 Years. BMJ, 2016; 352: 1-17.
25. WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2003.
26. Bilir N. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu 2008, MPOWER Paketi. S: 23-41.
27. 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun. Resmi Gazete Tarihi: 26.11.1996, Sayısı: 22829.
28. Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008-2012, T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara, Türkiye. 2008; S: 11-35.
29. 5727 Sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’da Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmi Gazete Tarihi: 3 Ocak 2008, Sayısı: 26761.
30. 6354 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmi Gazete Tarihi: 12 Temmuz 2012, Sayısı: 28351.

31. WHO Global Status Report on Alcohol and Health. World Health Organization, Geneva, Switzerland .2014; P: 28-29.
32. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM 5). Washington DC. 2013.
33. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 1992.
34. 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.
35. Rimm E B, 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.
36. Law M, Wald N. Why Heart Disease Mortality is Low in France: The Time Lag Explanation. BMJ, 1999; 318: 1471-1476.
37. Çelik S, Görgülü Ş, Tezel T. Alkol Tüketimi ve Koroner Kalp Hastalığı. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2002; 30: 634-639.
38. Hansen AS, Marckmann P, Dragsted LO, Finné Nielsen 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.
39. 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.
40. 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): 472-5.
41. 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.
42. A summary of Global Status Report on Alcohol. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2001.
43. WHO Global Status Report: Alcohol and Young People. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2001; P: 42-43.
44. 6487 Sayılı Bazı Kanunlar ile 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Resmi Gazete Tarihi: 11.06.2013, Sayısı: 28674.
45. Kuş S. Alkol Kontrolü Stratejileri. T.C. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu. Ankara, Türkiye. 2012.
46. A Framework to Monitor and Evaluate İmplementation.
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/M&E-ENG-09.pdf?ua=1> Erişim Tarihi: 08.12.2015.
47. WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2012; P: 1-21.

48. Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, Türkiye. 2002.
49. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Eylem Planı 2014-2017. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara, Türkiye. 2013; S: 32-37.
50. State Indicator Report on Fruits and Vegetables 2013. <http://www.cdc.gov/nutrition/downloads/state-indicator-report-fruits-vegetables-2013.pdf> Erişim Tarihi: 19.02.2016.
51. WHO, Healthy Diet <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/> Erişim Tarihi: 19.02.2016.
52. 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.
53. 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.
54. Besler T, Ersoy G, Karaağaoğlu N, Pekcan G. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Ankara, 2014; S: 194-195, 324-353, 483-493.
55. Baysal A. Diyetin Koroner Kalp Hastalığının İlerlemesinin Durdurulması ve İyileştirilmesi Üzerine Etkisi. Beslenme ve Diyet Dergisi, 1997; 26 (2): 1-4.
56. Ripsin CM, Keenan JM, Jacobs DR Jr, Elmer PJ, Welch RR, Van Horn L, Liu K, Turnbull WH, Thye FW, Kestin M. Oat Products and Lipid Lowering. A Meta-Analysis. JAMA, 1992; Jun 24; 267 (24): 3317-25.
57. 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.
58. WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2013; S: 7-13.
59. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2013-2017. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, Türkiye. 2013
60. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, Türkiye. 2014; S: 1-4.
61. WHO, Physical Activity and Adults. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/ Erişim Tarihi: 16.12.2015.
62. WHO, Physical Activity. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> Erişim Tarihi: 16.12.2015.
63. Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım Projesi Araştırma Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, Türkiye. 2004; S: 23-37.
64. Lee CD, Folsom AR, Blair SN. Physical Activity and Stroke Risk: A Meta-Analysis. Stroke, 2003; 34(10): 2475-81.

65. Oguma Y, Shinoda-Tagawa T. Physical Activity Decreases Cardiovascular Disease Risk in Women: Review and Meta-Analysis. *Am J Prev Med*, 2004; 26(5): 407-418.
66. Berlin JA, Colditz GA. A Meta-Analysis of Physical Activity in the Prevention of Coronary Heart Disease. *Am J Epidemiol*, 1990; 132(4): 612-28.
67. Little P, Dorward M, Gralton S. A Randomised Controlled Trial of Three Pragmatic Approaches to Initiate Increased Physical Activity in Sedentary Patients With Risk Factors for Cardiovascular Disease. *Br J Gen Pract*, 2004; 54(500): 189-195.
68. 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-on-the-european-physical-activity-for-health-strategy> Erişim Tarihi: 17.02.2016.
69. American College of Sports Medicine. In: Thompson W.R, Gordon N.F, Pescatello L.S. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins, 2009; P: 232-250.
70. WHO, Obesity and Overweight. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Erişim Tarihi: 12.12.2015.
71. WHO Body Mass Index Classification. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html Erişim Tarihi: 12.12.2015.
72. Waist circumference and waist-hip ratio: Report of WHO expert consultation. Geneva, Switzerland. 2008; P: 27-28.
73. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, Türkiye. 2015; S: 11-17.
74. Marie Ng, Tom Fleming, Margaret Robinson, Blake Thomson, Nicholas Graetz Christopher Margono, 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.
75. Mike P, Jian L. Association Between Upper Leg Length and Metabolic Syndrome Among US Elderly Participants-results From the NHANES (2009-2010). *Journal of Geriatric Cardiology*, 2016; 13: 58-63.
76. 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.
77. Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması II. http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf Erişim Tarihi: 12.12.2015.
78. 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.
79. 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.

80. 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.
81. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye. 2014; S: 33-34.
82. 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.
83. Welborn TA, Dhaliwal SS. Preferred Clinical Measures of Central Obesity for Predicting Mortality. Eur. J. Clin. Nutr, 2007; 61(12): 1373-9.
84. Onat A. Türkiye’de Obezitenin Kardiyovasküler Hastalıklara Etkisi. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2003; 31: 279-289.
85. Sağlık 21 Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Türkiye. 2001; S: 79-86.
86. 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.
87. Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2010-2014. Sağlık Bakanlığı Yayınları, No. 773, Kuban Matbaası, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, Türkiye. 2010; S: 28-33.
88. 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.
89. WHL Hypertension Globally. <http://www.worldhypertensionleague.org/index.php/j-stuff/hypertension-globally> Erişim Tarihi: 19.02.2016.
90. Burt VI, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M. Prevalence of Hypertension in the US Adult Population. Results From the Third National Health and Nutrition Examination Survey 1988-91. Hypertension, 1995; 25: 305-313.
91. 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.
92. Onat A, Başar Ö, Keleş İ. Prospektif İncelemede Koroner Mortalitenin En İyi Belirleyicisi; Kan Basıncı. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2001; 29: 344- 353.
93. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, Sindel S, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar S. Prevalence Awareness Treatment and Control of Hypertension in Turkey (The PATENT Study) in 2003. Journal of Hypertension, 2005; 23: 1817- 1823.
94. Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi. Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği. Ankara, Türkiye. 2011; S: 9-49.

95. 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.
96. Philip A, Wolf M, Ralph B, D.Agostino RB, Albert J, Belanger M, William B. Probability of Stroke: A Risk Profile From the Framingham Study. Stroke, 1991; 22: 312-318.
97. Neye Karşı Savaşıyoruz? Koroner Kalp Hastalığı Epidemiyolojisi.
<http://webb.deu.edu.tr/halksagligi/SaglikCalisanlaraYonelikguncelKonular>. Erişim Tarihi: 18.01.2016
98. Nelson F, Nyarko K. M, Binka F.N. Prevalence of Risk Factors for Non-Communicable Diseases for New Patients Reporting to Korle-Bu Teaching Hospital. Ghana Medical Journal, 2015; 49 (1): 12-18.
99. Zaman M, Bhuiyan R, Nazmul Karim, MoniruzZaman, Mukhlesur Rahman, Abdul Waheed Akanda, Thushara Fernando. Clustering of Non-communicable Diseases Risk Factors in Bangladeshi Adults: An Analysis of STEPS Survey 2013. BMC Public Health, 2015; 15: 659-66.
100. Çan G, Çakırbay H, Topbaş M. The Prevalence of Cigarette Smoking in the Eastern Black Sea Region. Tuberk Toraks, 2007; 55: 141-7.
101. Gönül G. Bir İlaç Firmasında Çalışanların Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri ve Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul. 2009; S: 93-119.
102. Koca B. İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sigara, Alkol, Madde Kullanımına Etki Eden Etmenler ve Aileden Aldıkları Sosyal Desteğin Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ. 2011; S: 56-79.
103. Gökmen Durgun A. Bursa İlinde Obezite Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa. 2012; S: 14-33.
104. Sağıroğlu M. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran 30 Yaş ve Üzeri Bireylerde Kardiyovasküler Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri. 2014; S: 37-70.
105. Genç M, Eğri M, Kurçer M.A, Kaya M, Pehlivan E, Karaoğlu L, Güneş G. Malatya Kent Merkezindeki Banka Çalışanlarında Fizik Aktivite Sıklığı İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2002; 9(4): 237-240.
106. Çayır A. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Sıklığı ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara. 2009; S: 25-44.
107. 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.
108. Onat A, Başar Ö, Erer B, Ceyhan K, Yıldırım B, Keleş İ, Çetinkaya A, Sansoy V. Yetişkinlerimizde Sigara İçiminin Sıklığı, HDL ile İlişkisi ve Koroner Olaylara Etkisi. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2001; 29: 493-498 .

109. Sarısözen D. Nilüfer Bölgesinde Hipertansiyon Prevalansı ve Etki Eden Faktörler. Halk Sağlığı Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa. 2006; S: 39-82.
110. Parabaş N. Konya İli Hadim İlçesi Merkezindeki 40 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Prevalansı ve Farkındalık Durumu. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya. 2009; S: 38-53.
111. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Ankara, 2015
112. Yabul C. Konya İlinde Hipertansiyon Prevalansı ve Farkındalık. Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya. 2011; S: 12-37.



EK 1: Anket Formu

GÖNÜLLÜ KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında görevli Dr. İsmail Onur ve Aysu Kıyan tarafından yürütülen “Bolu ili Doğancı Köyü Erişkin Nüfusta Kalp ve Damar Hastalıkları için Risk Faktörleri Sıklığı ve İlişkili Faktörler” adlı araştırmaya davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırınız ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyunuz, isterseniz başkalarıyla tartışınız. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız lütfen bizimle iletişime geçin.

Doğancı Köyü’nde kalp ve damar hastalıkları için risk faktörlerine yönelik sağlıklı beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, tütün ve alkol kullanımı durumu; yaş, cinsiyet ve diğer sosyo-ekonomik değişkenlere göre dağılımlarının gösterilmesi amaçlanmıştır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve çalışmanın herhangi bir aşamasında gerekçe göstermeksizin araştırmadan ayrılma hakkına da sahipsiniz. Aynı şekilde araştırmayı katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir aşamasında hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan çekilebilirsiniz.

Çalışma sırasında size 58 sorudan oluşan bir anket uygulanacak ardından boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi, kalça çevresi, kan basıncı ve nabız ölçümleri yapılacaktır. Bu işlemler yaklaşık 30 dakikanızı alacaktır. Araştırma sürecinde sizden beklenen en önemli şey soruları içtenlikle yanıtlamanız ve ölçümler konusunda ölçümü yapan kişilerin yönlendirmelerine uymanızdır. Bilgileriniz grup olarak değerlendirmeye alınacak bireysel analize tabi tutulmayacaksınız.

Araştırmaya katılmanın size hemen dönecek bir faydası bulunmamakla beraber bölgenin kalp ve damar hastalıkları açısından risk faktörü olan tütün, alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve beslenme davranışları saptanacaktır. Her birey için boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi, kalça çevresi, kan basıncı ve nabız ölçümleri yapılacaktır; kalp ve damar hastalıkları yönünden değerlendirilecektir. Bu araştırmada yer almak sizin için bir dezavantaj ve risk oluşturmamaktadır. Araştırmada hiçbir fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik vb. risk ya da rahatsızlık yaşamayacağınız öngörülmektedir. Çalışmanın size rahatsızlık vermesi durumunda bu rahatsızlığı gidermekle yükümlüyüm.

Size ait veriler araştırmacılar tarafından gizli tutulacak ve sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Veriler isimle değil numaralarla kodlanacaktır. Araştırmanın yayınlanmasında sizi deşifre edebilecek herhangi bir bilgi yer almayacaktır. Araştırma yayınlanırsa bile bilgileriniz saklı kalacaktır. Size ait veriler bireysel olarak herhangi bir ortamda yayınlanmayacak ve toplu analize tabi tutulacaktır. Talep ettiğiniz takdirde araştırma sonuçlarına verilen iletişim kanallarıyla ulaşmanız ve varsa yapılan yayınlara ulaşmanız okumanız ve kopyasını almanız mümkündür. Bu çalışmaya ilişkin olarak irtibat kurabileceğiniz kişi/kişiler: Dr. İsmail ONUR AİBÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. Telefon: (0374) 254 10 00 (Dahili:3033) E-posta: ismailonur@hotmai.com

Bu araştırma Abant İzzet Baysal Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Araştırmamıza katılmanız ve değerli katkılarınız için teşekkür ederiz.

Araştırmanın koşullarını okuyup anladığımı ve gönüllü olarak katılmayı taahhüt ederim.

Ad Soyad:

İmza:

Tarih:

Anket No:

Tarih: / /

**BOLU İLİ DOĞANCI KÖYÜ ERİŞKİN NÜFUSTA KALP VE DAMAR HASTALIKLARI
İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Adres:

BÖLÜM 1: SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Adınız-Soyadınız:

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

3. Doğum Tarihiniz: / /

Yaşınız:

4. Eğitim düzeyiniz:

1 () Okuryazar değil

2 () Okuryazar

3 () İlkokul

4 () Ortaokul

5 () Lise

6 () Üniversite

7 () Lisansüstü (yüksek lisans/doktora)

5. Medeni durumunuz:

1 () Halen evli

2 () Boşanmış

3 () Eşi ölmüş

4 () Halen evli, aynı yaşıyor

5 () Bekâr, hiç evlenmemiş

6. Çalışma durumunuz:

1 () Çalışıyor

2 () Çalışmıyor-iş arıyor

3 () Çalışmıyor-iş aramıyor

4 () Emekli-çalışıyor

5 () Emekli-çalışmıyor

7. Mesleğiniz:

8. 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

9. Aile tipiniz:

1 () Çekirdek aile (anne, baba ve çocuk)

2 () Geniş aile (anneanne, babaanne, dede)

3 () Tek ebeveynli aile

4 () Diğer

10. Evde kullandığınız ısıtma/yakıt türü:

1 () Soba-Kömür

2 () Soba-Odun

3 () Kalorifer-Kömür

4 () Kalorifer-Motorin

5 () Elektrik sobası

6 () Klima

7 () Ocak-Şömine

8 () Diğer

11. Haneye giren toplam gelir:

Geliri paylaşan kişi sayısı:

12. Gelir düzeyiniz size göre nasıldır?

1 () Çok düşük

2 () Düşük

3 () Orta

4 () Yüksek

5 () Çok yüksek

13. Gelir-gider durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1 () Gelirim giderimden az

2 () Gelirim giderime eşit

3 () Gelirim giderimden fazla

BÖLÜM 2: RİSK FAKTÖRLERİ

A. SİGARA

14. Sigara kullanıyor musunuz?

1 () Hayır (18. 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*

* İttiğiniz dönemde ne sıklıkla sigara içerdiniz?

1 () Sigara adet/gün

2 () Sigara adet/hafta

3 () Sigara adet/ay

4 () Sigara adet/yıl

15. Sigaraya ilk kez kaç yaşında başladınız? yaşında

16. Ne kadar sıklıkla sigara içiyorsunuz?

1 () Sigara adet/gün

2 () Sigara adet/hafta

3 () Sigara adet/ay

4 () Sigara adet/yıl

17. 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

18. Nargile kullanıyor musunuz?

1 () Hayır

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

3 () Evet, ara sıra

4 () Bıraktım gün ay yıl önce

19. 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

20. Evinizin içinde sigara içiliyor mu?

1 () Hayır içilmiyor

2 () Evet, her gün içiliyor

3 () Evet, ara sıra içiliyor

21. Çalıştığınız işyerinde kapalı alanlarda sigara içiliyor mu?

1 () Hayır içilmiyor

2 () Evet, her gün içiliyor

3 () Evet, ara sıra içiliyor

4 () Çalışmıyorum

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

1 () Hayır içilmiyor

2 () Evet, her gün içiliyor

3 () Evet, ara sıra içiliyor

23. Babanız sigara kullanıyor mu/muydu?

1 () Evet

2 () Hayır

3 () Bilmiyorum

24. Anneniz sigara kullanıyor mu/muydu?

1 () Evet

2 () Hayır

3 () Bilmiyorum

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

1 () Evet

2 () Hayır

3 () Bilmiyorum

B. ALKOL

26. Ne sıklıkla alkollü içecek kullanıyorsunuz?

1 () Kullanmıyorum (29. sorudan devam ediniz)

2 () kez/gün

3 () kez/hafta

4 () kez/ay

5 () kez/yıl

6 () gün ay yıl önce bırakmış

27. 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)

.....

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

1 () Hiç

4 () Haftada bir

2 () Ayda birden az

5 () Her gün veya hemen her gün

3 () Ayda bir

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

1 () Evet

2 () Hayır

3 () Bilmiyorum

C. BESLENME

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

1 () Beyaz

4 () Yufka ekmek

2 () Kepekli, çavdar, yulaflı

5 () Ekmek yemiyorum

3 () Köy ekmeği

6 () Diğer

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

1 () Çeşme suyu

4 () Pınar/kaynak suyu

2 () Hazır paketlenmiş su

5 () Kökez suyu

3 () Kuyu suyu

6 () Diğer

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

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

33. Bir haftada kaç gün meyve tüketirsiniz?

34. Bir günde ne kadar meyve tüketirsiniz?

(1 porsiyon: 1 elma ya da 1 şeftali ya da 2 mandalina ya da 1 portakal ya da 1 dilim 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 da 15 üzüm tanesi ya da bir küçük muz)

-Her gün meyve tüketimi yoksa " 0" yazılacak.

.....porsiyon

35. Bir haftada kaç gün sebze tüketirsiniz?

36. Bir günde ne kadar sebze tüketirsiniz?

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

-Her gün sebze tüketimi yoksa " 0" yazılacak.

.....porsiyon

37. Yemeklere tadına bakmadan tuz atar mısınız

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1 () Her zaman | 4 () Bazen |
| 2 () Sıklıkla | 5 () Hiçbir zaman |
| 3 () Ara sıra | |

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

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

39. 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

40. 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 |

41. Genellikle her gün ortalama kaç kat merdiven çıkarsınız?

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1 () kat | 2 () Hiç çıkmam |
|-----------------|------------------|

42. En az 10 dakika süren ve kalp atışınızı ya da solunumunuzu artıracak kadar koşma, hızlı tempo ile yürüme, yüzmeye, 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

43. En az 10 dakika süren ve kalp atışınızı 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

44. İşyerinize genellikle nasıl gidirsiniz?

1 () Yürüyerek

5 () Çalışmıyorum

2 () Kendi arabamla

6 () Servisle

3 () Toplu taşıma araçlarıyla

7 () Diğer

4 () Taksiyle

45. Günün ortalama kaç saatini uyuyarak geçiriyorsunuz?

Hafta içi saat

Hafta sonu saat

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

Hafta içi saat

Hafta sonu saat

47. Günün ortalama kaç saatini bilgisayar kullanarak geçirirsiniz? (İşiniz dahil)

1 () Evet saat

2 () Bilgisayar kullanmam

48. Günün ortalama kaç saatini cep telefonu kullanarak geçirirsiniz?

1 () Evet saat

2 () Cep telefonu kullanmam

49. Günün ortalama kaç saatini televizyon seyrederek geçirirsiniz?

1 () Evet saat

2 () Televizyon seyretnem

50. 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)	DIYABET(ŞEKER HASTALIĞI)	HİPERLİPİDEMI (KAN YAĞLARININ YÜKSEKLİĞİ)	OBEZİTE
Ölçtirdünüz mü?	1 () Evet 2 () Hayır* *(Dişabet Bölümüne Geçiniz)	1 () Evet 2 () Hayır* *(Hiperlipidemi Bölümüne Geçiniz)	1 () Evet 2 () Hayır* *(Obezite Bölümüne Geçiniz)	1 () Evet 2 () Hayır* *(48. Soruya Geçiniz)
En son ne zaman ölçtirdünüz?	 gün ay yıl önce	 gün ay yıl önce	 gün ay yıl önce	 gün ay yıl önce
Tam aldınız mı?	1 () Evet, ... gün ay yıl önce 2 () Hayır* *(Dişabet Bölümüne Geçiniz)	1 () Evet, ... gün ay yıl önce 2 () Hayır* *(Hiperlipidemi Bölümüne Geçiniz)	1 () Evet, ... gün ay yıl önce 2 () Hayır* *(Obezite Bölümüne Geçiniz)	1 () Evet, ... gün ay yıl önce 2 () Hayır *(48. 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

51. Bilinen kalp hastalığınız var mı?

1 () Evet

2 () Hayır

3 () Bilmiyorum

52. Bilinen geçirilmiş inme öykünüz var mı?

1 () Evet

2 () Hayır

3 () Bilmiyorum

53. Ailenizde bilinen kalp hastalığı var mı?

1 () Evet

2 () Hayır

3 () Bilmiyorum

54. Ailenizde bilinen geçirilmiş inme öyküsü var mı?

1 () Evet

2 () Hayır

3 () Bilmiyorum

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

1 () Evet

2 () Hayır

3 () Bilmiyorum

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

1 () Evet

2 () Hayır

3 () Bilmiyorum

57. Ailenizde bilinen hiperlipidemi (kan yağları-kolesterol yüksekliği) öyküsü var mı?
1 () Evet 2 () Hayır 3 () Bilmiyorum

58. Ailenizde bilinen obezite öyküsü var mı?
1 () Evet 2 () Hayır 3 () Bilmiyorum

BÖLÜM 4: ÖLCÜMLER

Boy Uzunluğu: cm

Vücut Ağırlığı: kg

Bel Çevresi: cm

Kalça Çevresi: cm

Kan Basıncı:

Sistolik: mm/Hg

Diastolik: mm/Hg

Nabız: atım/dakika

Araştırmaya katıldığınız için teşekkürler ederiz.

Ek 2: Etik Kurul Onayı

Ek 3: İl Sağlık Müdürlüğü İzni

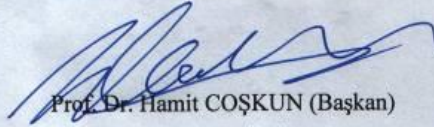


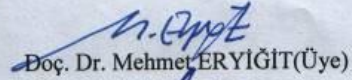
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu

Arş. Gör. Dr. İsmail ONUR
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı ABD

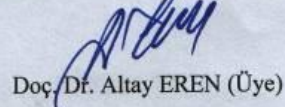
Arş. Gör. Dr. İsmail ONUR,

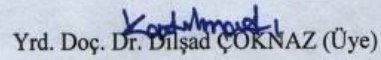
“Bolu İli Doğancı Köyü Erişkin Nüfusta Kalp ve Damar Hastalıkları İçin Risk Faktörleri Sıklığı ve İlişkili Faktörler” konulu araştırmanız ile ilgili olarak Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kuruluna yapmış olduğunuz başvuru (Protokol NO. 2015/163) Kurulumuzun 09.12.2015 tarihli ve 2015/163 toplantısında değerlendirilerek etik olarak uygun bulunmuştur. Bilgilerinize sunarız.

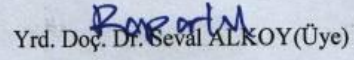

Prof. Dr. Hamit COŞKUN (Başkan)


Doç. Dr. Mehmet ERYİĞİT (Üye)

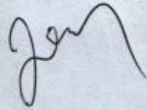

Doç. Dr. Mithat DURAK (Üye)


Doç. Dr. Altay EREN (Üye)


Yrd. Doç. Dr. Dilşad ÇOKNAZ (Üye)


Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY (Üye)

Av. Zuhale DEMİRCİ (Üye)





T.C
BOLU VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

BOLU HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - BOLU KANSER
BİRİMİ
11/12/2015 16:47 - 78102020 - 779 - E 77
00016228331

KOPYA

Sayı : 78102020/779
Konu : Tez

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı)

BOLU

İlgi: 10.12.2015 tarihli ve 49 sayılı yazınız.

A.İ.B.Ü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğrencisi Dr.İsmail ONUR'un Doç.Dr.Aysu KIYAN yürütücülüğünde ve sorumluluğunda Doğancı Köyü Bölgesinde "Erişkin Nüfusta Kalp Damar Hastalıkları İçin Risk Faktörleri Sıklığı ve İlişkili Faktörler" konusunda Tez yapma talebiniz uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Mahmut ARIK
Halk Sağlığı Müdürü

Adres: Borazanlar Mah. Hattat Emin Barın Cad. No:108 BOLU
Bulaşıcı Olm. Hast. Prog. ve Kanser Şb. Tel: (0374) 215 03 40 / (0374) 218 12 10 / (0374) 218 12 20
Fax: (0374) 215 12 52 / (0374) 218 17 59 e-posta: hsm14.bohp@sağlik.gov.tr Sağ.Mem. S.TAŞKIN

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 072c3fa3-2a73-441e-8404-9dcca1a8e7d6f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 4: Gönüllü Onam Formu

ONAM FORMU (ARAŞTIRMACI NÜSHASI)

Araştırmanın Adı:

“Bolu İli Doğancı Köyü Erişkin Nüfusta Kalp ve Damar Hastalıkları için Risk Faktörleri Sıklığı ve İlişkili Faktörler”

	Evet	Hayır
Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? Lütfen ismini yazınız....		

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı olarak kullanılmasını kabul ediyorum.

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

ONAM FORMU

(KATILIMCI NÜSHASI)

Araştırmanın Adı:

“Bolu ili Doğancı Köyü Erişkin Nüfusta Kalp ve Damar Hastalıkları için Risk Faktörleri Sıklığı ve İlişkili Faktörler”

	Evet	Hayır
Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? Lütfen ismini yazınız....		

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı olarak kullanılmasını kabul ediyorum.

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

Ek 5: İntern Doktor Listesi

Candan KEKLİK

Muhammed Revaha KIRTILLI

Özhan KOÇ

Gökhan Kodatku

Mehmet Şaban KORKMAZ

Hanzade KÖŞELİ

Yasin KULAKSIZ

Kübra MANAV

Tuba SAHİP

Eda SARIOĞLU

Esmanur SERT

Beyza ŞAHİN

Hüsnü ŞEVİK

Erdoğan TANLAK

Hüsnü TETİK

Nur TUNÇ

Fadile Nur UNUR

Fatih Mutlu ŞAHİN

Rıdvan OCAK

İlhan ÖZ

Fatma Betül ÖZCAN

Sibel ÖZÇEVİK

Zeynep PİŞKİN

Fatih YILMAZ

Dilan DEMİR

Figen UYSAL

Gülşah ÜNSAL

Hale Ahsen YARDİBİ

H. N. Zehra YAVRUTÜRK

Ayşe YAVUZ

Ahmet YILDIRIM

Onur ÜNLÜ

Asiye OK

Aslıhan KANMAZ