

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ANKARA İLİ GÜDÜL İLÇE MERKEZİNDE YAŞAYAN 18 YAŞ ÜSTÜ
NÜFUSUN BEYANA DAYALI BULAŞICI OLMAYAN HASTALIK SIKLIĞI VE
İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİNİN SAPTANMASI**

Dr. Tuğçe Mehlika ŞANVER
UZMANLIK TEZİ
Olarak hazırlanmıştır

ANKARA
2019

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ANKARA İLİ GÜDÜL İLÇE MERKEZİNDE YAŞAYAN 18 YAŞ ÜSTÜ
NÜFUSUN BEYANA DAYALI BULAŞICI OLMAYAN HASTALIK SIKLIĞI VE
İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİNİN SAPTANMASI**

Dr. Tuğçe Mehlika ŞANVER
UZMANLIK TEZİ
Olarak hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ü. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ

ANKARA
2019

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Dr. Tuğçe Mehlika ŞANVER'in 08.10.2019 tarihinde jürimiz önünde savunmasını yaptığı "Ankara İli Güdül İlçe Merkezinde Yaşayan 18 Yaş Üstü Nüfusun Beyana Dayalı Bulaşıcı Olmayan Hastalık Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörlerinin Saptanması" başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı Prof. Dr. Hakan ALTINTAŞ
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Üye (Danışman) Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ONAY

Bu Tez Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Bülent ALTUN
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışma sürecim boyunca değerli bilgi ve deneyimleriyle bana rehberlik eden, emeğini, desteğini ve ilgisini eksik etmeyen saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana rehberlik eden, tez çalışma sürecimin her aşamasında desteğini ve anlayışını eksik etmeyen, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı, saygıdeğer hocam Prof. Dr. Kerim Hakan ALTINTAŞ'a,

Tez izleme komitemde ve tez sınavımda olarak beni onurlandıran Prof. Dr. Zeliha Ferda ÖZYURDA'ya,

Bilgi ve deneyimleriyle uzmanlık eğitimi sürecim boyunca büyük katkıları bulunan ve her zaman desteklerini hissettiğim Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve görevlilerine,

Araştırmanın yapılabilmesi için izin veren ve kolaylık sağlayan Güdül Kaymakamı Sayın Doğan DİNÇ ve Güdül Belediye Başkanı Sayın Havva YILDIRIM'a, veri toplama sürecine katkı veren Güdül Belediyesi çalışanlarına,

Araştırmanın veri toplama formuna önerileri ile katkı veren Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Tartı ve boy ölçer kullanımı için destek sağlayan Doç. Dr. Nazan YARDIM'a,
İstatistiksel analiz aşamasında yardımcı olan Öğr. Gör. Dr. Hande KONŞUK ÜNLÜ'ye,
Görüşmeyi kabul edip, sabırla ve içtenlikle anket sorularını yanıtlayan araştırmanın tüm katılımcılarına,

Uzmanlık eğitimim süresince her zaman yanımda olan, dostluklarını kelimelerle anlatamayacağım, çok kıymetli araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Hayatlarına girdiğim günden itibaren ve tez çalışma sürecim boyunca sevgi ve desteklerini esirgemeyen eşimin sevgili ailesine,

Bugüne gelmemde en büyük pay sahibi, hayat boyu desteklerini hissettiğim, varlıklarıyla bana güç veren sevgili babam Dinçer DÜZENLİ'ye, sevgili annem Gökçen DÜZENLİ'ye ve sevgili ablam Gülfem Selcen KERİMOĞLU'na,

Hayatımdaki her sınavı birlikte aştığımız, en büyük destekçim, yol arkadaşım, sevgisini ve desteğini her daim hissettiğim çok kıymetli eşim Ahmet ŞANVER'e,
en içten duygularıyla teşekkür ederim.

ÖZET

Şanver TM, Ankara İli Güdül İlçe Merkezinde Yaşayan 18 Yaş Üstü Nüfusun Beyana Dayalı Bulaşıcı Olmayan Hastalık Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörlerinin Saptanması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2019.

Güdül İlçe Merkezinde yaşayan 18 yaş ve üstü nüfusun bulaşıcı olmayan hastalık görülme durumunun ve ilişkili risk faktörlerinin saptanmasının amaçlandığı kesitsel tipteki bu araştırmada 526 haneden birer kişi ile görüşülmüştür. Ayrıca aynı hanede yaşayan 18 yaş ve üstü 1111 kişinin bulaşıcı olmayan hastalık varlığı değerlendirilmiştir. Veriler, Ekim-Kasım 2018'de yüz yüze görüşme ile toplanmış, ek olarak boy ve kilo ölçümü yapılmıştır. Katılımcıların %27,6'sında hipertansiyon, %14,3'ünde diyabet, %11,8'inde koroner kalp hastalığı, %10,0'ında kolesterol yüksekliği, %7,1'inde kronik solunum yolu hastalığı, %6,4'ünde psikiyatrik hastalık, %1,8'inde kanser, %1,8'inde inme/felç tanısı bulunmaktadır. Risk faktörleri sorgulanan 526 katılımcının %22,2'si tütün ürünü kullanmakta olup, %52,5'i obez, %30,8'si fazla kiloludur. Katılımcıların yalnızca %28,7'si yeterli fiziksel aktivite yapmaktadır. Hipertansiyon görülme durumu; ileri yaşta 7,7 diyabet varlığında 2,6, kolesterol yüksekliği varlığında 2,8, koroner kalp hastalığı varlığında 2,3 katına çıkmıştır. Diyabet görülme durumu; ileri yaşta 2,5, obezite varlığında 11, hipertansiyon varlığında 2,8, kolesterol yüksekliği varlığında 3,3, koroner kalp hastalığı varlığında 1,9 katına çıkmıştır. Kolesterol yüksekliği varlığı, hipertansiyon varlığında 3, diyabet varlığında 3,2 katına çıkmıştır. Koroner kalp hastalığı varlığı ileri yaşta 4,4, hipertansiyon varlığında 2,2, diyabet varlığında 1,9, kolesterol yüksekliği varlığında 1,8 katına çıkmıştır. Katılımcılara bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri konusunda eğitimler verilmesi, düzenli doktor kontrollerinin ve sağlıklı yaşam davranışı geliştirmenin önemi, bunların hastalık seyri üzerine olumlu etkilerinin vurgulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile ve hanehalkı, Bulaşıcı olmayan hastalıklar, Kronik hastalık, Risk faktörleri

ABSTRACT

Şanver TM, Declaration Based Determination of Non-Communicable Disease Prevalence and Related Risk Factors of Adults Aged 18 and Older Living in Güdül. Ankara, Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Public Health, Public Health Speciality Thesis, Ankara, 2019.

In this cross-sectional study aimed to determine the non-communicable disease status and related risk factors of the population aged 18 and older living in Güdül, one person from each household was interviewed out of a total of 526 households. In addition, the presence of non-communicable diseases in 1111 people aged 18 and older, living in the same household was evaluated. Data were collected by face-to-face interviews in October and November 2018, and height and weight of each participant was measured. Hypertension was prevalent in 27.6% of the participants, diabetes in 14.3%, coronary heart disease in 11.8%, high cholesterol in 10.0%, chronic respiratory disease in 7.1%, psychiatric disease in 6,4%, cancer in 1.8% and 1.8% had suffered from a stroke. Of the 526 participants whose risk factors were questioned, 22.2% were using tobacco, 52.5% were obese and 30.8% were overweight. Only 28.7% of the participants had adequate physical activity. Hypertension was present 7.7 times in the elderly, 2.6 times in the presence of diabetes, 2.8 times in the presence of high cholesterol, 2.3 times in the presence of coronary heart disease. Diabetes was present 2.5 times in the elderly, 11 times in the presence of obesity, 2.8 times in the presence of hypertension, 3.3 times in the presence of high cholesterol, 1.9 times in the presence of coronary heart disease. The presence of high cholesterol was 3 times in the presence of hypertension, 3.2 times in the presence of diabetes. The presence of coronary heart disease increased to 4.4 times in the elderly, 2.2 times in the presence of hypertension, 1.9 times in the presence of diabetes and 1.8 times in the presence of high cholesterol. Participants should be educated about non-communicable diseases and risk factors, the importance of regular physician controls and development of healthy living behavior and their positive effects on the course of the disease should be emphasized.

Keywords: Chronic disease, Households, Noncommunicable diseases, Risk factors

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER	x
TABLolar	xi
1. GİRİŞ	1
2. AMAÇLAR	4
3. GENEL BİLGİLER	5
3.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Önemi	5
3.2. Türkiye'deki Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri	8
3.3. Hipertansiyon	10
3.4. Obezite	16
3.5. Tütün Kullanımı	23
3.6. Alkolün Zararlı Kullanımı	27
3.7. Beslenme	30
3.8. Fiziksel Aktivite	36
4. GEREÇ ve YÖNTEM	39
4.1. Araştırmanın Yeri	39
4.2. Araştırmanın Evreni, Örnekleme ve Araştırma Grubu	42
4.3. Araştırmanın Tipi	44
4.4. Araştırmanın Değişkenleri	44
4.5. Araştırmanın Veri Toplama Aracı ve Yöntemi	44
4.6. Araştırmanın Ön Denemesi	45
4.7. Araştırmada Kullanılan Bazı Tanım, Kriter ve Ölçekler	46
4.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirme	48
4.9. Araştırma İçin Gerekli İnsan Gücü	50
4.10. Etik Konular ve Kurumsal İzinler	50
4.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	51
4.12. Araştırmanın Güçlü Yanları	52
4.13. Araştırmanın Tahmini Bütçesi	52
4.14. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	53
5. BULGULAR	54
6. TARTIŞMA	148
7. SONUÇLAR	165

8. ÖNERİLER	168
9. KAYNAKLAR	170
EKLER	
Ek 1. Veri Toplama Formu	
Ek 2. Etik Kurul Onayı	
Ek 3. Kurum Onayı	
Ek 4. 'Bulaşıcı Olmayan Hastalıklardan Korunma' kitapçığı kapak sayfası	
Ek 5. Cinsiyete göre tabakalı analizler	

SİMGELER VE KISALTMALAR

Kısaltma	Açıklama
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BM	Birleşmiş Milletler
BKİ	Beden Kitle İndeksi
Bkz	Bakınız
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalık
DALY	Disability Adjusted Life Year, Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GA	Güven Aralığı
GATS	Global Adult Tobacco Survey, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
Gr	Gram
IBM	International Business Machines
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KB	Kan Basıncı
Kg	Kilogram
Kkal	Kilokalori
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
m	Metre
mmHg	Milimetre cıva
MET	Metabolik Eşdeğer
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
SPSS	Statistics Package for the Social Sciences
SS	Standart Sapma
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
UFAA	Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi
vb.	ve benzeri

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1. Küresel ölüm nedenlerinin ve küresel bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölüm nedenlerinin dağılımı, 30-70 yaş, 2012	6
3.2. Sağlıklı yemek tabağı	33
4.1. Ankara ili haritası	39
4.2. Güdül ilçesi 2017 yılına ait nüfus piramidi	40
5.1. Katılımcıların beden kitle indekslerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	62
5.2. Katılımcıların günlük beslenmede beş besin grubunun tamamından tüketim dağılımları (Güdül Merkez, Kasım 2018)	67
5.3. Katılımcıların (görüşülen 526 kişi) beyana dayalı bulaşıcı olmayan hastalık ve metabolik risk faktörleri yüzdelerinin grafiksel dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	78
5.4. Katılımcıların kendilerinin ve birlikte yaşadıkları 18 yaş ve üstü hanehalkının (1111 kişi) beyana dayalı bulaşıcı olmayan hastalık ve metabolik risk faktörleri yüzdelerinin grafiksel dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	78

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3.1. Bulaşıcı olmayan hastalıklar için küresel hedefler ve Türkiye hedefleri	7
3.2. Türkiye’de 2000 ve 2013 yıllarındaki ilk 25 DALY nedeni	9
3.3. Kan basıncı değerlerine göre hipertansiyon sınıflandırılması	10
3.4. Yetişkinlerde BKİ’ye göre antropometrik değerlendirme	16
4.1. GÜDÜL ilçesi 2017 yılı nüfusunun yaş bantlarına ve cinsiyete göre dağılımı	40
4.2. GÜDÜL ilçe merkezi 2017 yılı nüfusunun yaş bantlarına ve cinsiyete göre tahmini dağılımı	41
4.3. Lojistik regresyon analizinde, seçilmiş durumlar için risk faktörü olarak alınan değişkenler	50
4.4. Araştırmanın bütçe kalemleri ve harcama tutarları	53
5.1. Hanehalkının bazı sosyodemografik özellikleri (GÜDÜL Merkez, Kasım 2018)	55
5.2. Hanehalkının oturdukları konutların bazı özelliklerinin dağılımı (GÜDÜL Merkez, Kasım 2018)	56
5.3. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (GÜDÜL Merkez, Kasım 2018)	57
5.4. Araştırmaya katılan kadınların bazı doğurganlık özelliklerinin dağılımı (GÜDÜL Merkez, Kasım 2018)	58
5.5. Araştırmaya katılan ve gebelik öyküsü olan kadınların gebelikte yaşadıkları sağlık sorunlarının dağılımı (GÜDÜL Merkez, Kasım 2018)	59
5.6. Katılımcıların tütün ürünleri kullanımıyla ilgili bazı özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı (GÜDÜL Merkez, Kasım 2018)	60
5.7. Daha önce sigara kullanıp şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakma nedenlerinin dağılımı (GÜDÜL Merkez, Kasım 2018)	61
5.8. Katılımcıların cinsiyete göre beden kitle indekslerinin dağılımı (GÜDÜL Merkez, Kasım 2018)	62
5.9. Katılımcıların ekmek ve yağ tüketimi ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (GÜDÜL Merkez, Kasım 2018)	63
5.10. Katılımcıların şekerli içecek ve şeker oranı yüksek işlenmiş gıda tüketimlerinin dağılımı (GÜDÜL Merkez, Kasım 2018)	63
5.11. Katılımcıların tuz tüketimi ile ilgili bazı alışkanlıklarının dağılımı (GÜDÜL Merkez, Kasım 2018)	64

Tablo	Sayfa
5.12. Katılımcıların yemeğe tuz ve tuzlu çeşni ekleme ve tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketim alışkanlıklarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	65
5.13. Katılımcıların tuzun azaltılmasının sağlık üzerine etkileri hakkında düşünceleri ve tuzlu gıda tüketim alışkanlıklarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	65
5.14. Katılımcıların besin gruplarını tüketim sıklıklarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	67
5.15. Katılımcıların bazı beslenme alışkanlıklarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	68
5.16. Katılımcıların fiziksel aktivite yapma ve günde en az 10 dk yürüme durumlarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	69
5.17. Katılımcıların kanser tarama testleri ile ilgili bazı bilgi ve uygulamaları (Güdül Merkez, Kasım 2018)	70
5.18. Katılımcıların son bir yılda sadece kontrol amacıyla doktora gitme durumları ve son bir yılda gidilen herhangi bir doktorun katılımcılara sağlıklı yaşam davranışı önerilerinde bulunma durumlarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	72
5.19. Katılımcıların genel sağlık değerlendirmelerinin ve Genel Sağlık Anketi puanlarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	73
5.20. Katılımcıların son bir yıl içinde kaza-yaralanma yaşama durumlarının ve yaşadıkları kaza-yaralanma türlerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	74
5.21. Araştırmaya katılanlarda ve aynı hanede yaşayan 18 yaş ve üstü hanehalkı bireylerinde beyana dayalı bulaşıcı olmayan hastalık varlığı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	75
5.22. Araştırmaya katılanların ve aynı hanede yaşayan 18 yaş ve üstü hanehalkı bireylerinin beyana dayalı bulaşıcı olmayan hastalık varlığının ve metabolik risk faktörlerinin cinsiyetlerine göre dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	76
5.23. Katılımcılarda cinsiyete göre beyana dayalı hipertansiyon varlığı ve hipertansiyon ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	79
5.24. Katılımcılarda cinsiyete göre beyana dayalı diyabet varlığı ve diyabet ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	80
5.25. Katılımcılarda cinsiyete göre beyana dayalı yüksek kolesterol varlığı ve yüksek kolesterol ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	81

Tablo	Sayfa
5.26. Katılımcılarda cinsiyete göre beyana dayalı koroner kalp hastalığı varlığı ve koroner kalp hastalığı ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	82
5.27. Katılımcılarda cinsiyete göre beyana dayalı inme/felç varlığı ve inme/felç ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	83
5.28. Katılımcılarda cinsiyete göre beyana dayalı astım/KOAH varlığı ve astım/KOAH ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	84
5.29. Katılımcılarda cinsiyete göre beyana dayalı kanser varlığı ve kanser ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	85
5.30. Katılımcılarda cinsiyete göre beyana dayalı psikiyatrik hastalık varlığı ve psikiyatrik hastalık ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	86
5.31. Katılımcıların beyanına göre aynı hanede yaşayıp son beş yıl içinde ölen kişilerin ölüm nedenlerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	87
5.32. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ve risk faktörlerine göre beyana dayalı hipertansiyon görülme durumu dağılımları (Güdül Merkez, Kasım 2018)	88
5.33. Katılımcıların bazı risk faktörlerine göre beyana dayalı hipertansiyon görülme durumunun dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	92
5.34. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ve risk faktörlerine göre beyana dayalı diyabet görülme durumu dağılımları (Güdül Merkez, Kasım 2018)	96
5.35. Katılımcıların beyana dayalı diyabet görülme durumuna göre bazı riskli davranışlarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	100
5.36. Katılımcılarda beyana dayalı hipertansiyon, kolesterol yüksekliği ve koroner kalp hastalığı varlığına göre diyabet görülme durumu dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	102
5.37. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ve risk faktörlerine göre beyana dayalı kolesterol yüksekliği görülme durumu dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	104

Tablo	Sayfa
5.38. Katılımcıların bazı riskli davranışlarına ve yemeklerde yağ kullanımına göre beyana dayalı yüksek kolesterol görülme durumunun dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	108
5.39. Katılımcılarda beyana dayalı hipertansiyon, diyabet, koroner kalp hastalığı ve inme/felç varlığına göre kolesterol yüksekliği görülme durumu dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	110
5.40. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ve risk faktörlerine göre beyana dayalı koroner kalp hastalığı görülme durumu dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	112
5.41. Katılımcıların bazı riskli davranışlarına ve yemeklerde yağ kullanımına göre beyana dayalı koroner kalp hastalığı görülme durumunun dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	116
5.42. Katılımcılarda beyana dayalı hipertansiyon, diyabet, kolesterol yüksekliği ve inme/felç varlığına göre koroner kalp hastalığı görülme durumu dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	119
5.43. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ve risk faktörlerine göre beyana dayalı inme/felç geçirme durumlarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	121
5.44. Katılımcılarda beyana dayalı diyabet, kolesterol yüksekliği, hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı varlığına göre inme/felç görülme durumu dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	124
5.45. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ve risk faktörlerine göre beyana dayalı astım/KOAH görülme durumu dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	126
5.46. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ve risk faktörlerine göre beyana dayalı kanser görülme durumu dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	129
5.47. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ve risk faktörlerine göre beyana dayalı psikiyatrik hastalık görülme durumu dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	132
5.48. Katılımcılarda beyana dayalı bulaşıcı olmayan hastalık görülme durumuna göre genel sağlık değerlendirmeleri dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	134

Tablo	Sayfa
5.49. Katılımcıların fiziksel aktivite yapma düzeylerine göre beden kitle indekslerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)	135
5.50. Beyana dayalı hipertansiyon görülme durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi (Güdül Merkez, Kasım 2018)	137
5.51. Kadın katılımcılarda beyana dayalı hipertansiyon görülme durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi (Güdül Merkez, Kasım 2018)	138
5.52. Beyana dayalı diyabet görülme durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi (Güdül Merkez, Kasım 2018)	140
5.53. Kadın katılımcılarda beyana dayalı diyabet görülme durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi (Güdül Merkez, Kasım 2018)	141
5.54. Beyana dayalı kolesterol yüksekliği görülme durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi (Güdül Merkez, Kasım 2018)	143
5.55. Kadın katılımcılarda beyana dayalı yüksek kolesterol görülme durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi (Güdül Merkez, Kasım 2018)	144
5.56. Beyana dayalı kalp hastalığı görülme durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi (Güdül Merkez, Kasım 2018)	145
5.57. Kadın katılımcılarda beyana dayalı kalp hastalığı görülme durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi (Güdül Merkez, Kasım 2018)	146

1. GİRİŞ

Bulaşıcı olmayan hastalıklar; genellikle süregelen özellikte, uzun ve yavaş seyirli, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, tedavisi ileri uzmanlık gerektiren, komplikasyonları ölümle sonuçlanabilen veya sakatlığa yol açabilen, izlem ve tedavileri yüksek maliyetli hastalıklardır (1).

Yirminci yüzyılda dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, beslenme alışkanlıklardaki değişim, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasına neden olmuştur. Yaşam süresinin uzaması istenen bir durum olmakla birlikte, aynı zamanda bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların görülme sıklığında da artış meydana gelmiştir. Yaşlı nüfusun çocuk nüfusuna oranında artış, toplumdaki sağlık sorunlarının çocukluk çağı hastalıklarından yaşlı nüfusta görülen bulaşıcı olmayan hastalıklara kaymasına yol açmıştır. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıkların etkisinde artış görülmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların artan öneminin anlaşılması ve vakit kaybetmeden müdahale edilmesi hayati bir önem taşımaktadır (2).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle her yıl 41 milyon insan hayatını kaybetmektedir. Bu sayı dünya genelindeki tüm ölümlerin %71'ini oluşturmaktadır. Her yıl 30-69 yaş aralığındaki 15 milyon insan bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Bu prematür (erken) ölümlerin %85'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin çoğunu kardiyovasküler hastalıklar oluşturmaktadır (17,9 milyon). Bunu kanser (9 milyon), solunum yolu hastalıkları (3,9 milyon) ve diyabet (1,6 milyon) izlemektedir. Bu dört grup hastalık bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı erken ölümlerin %80'inden fazlasını oluşturmaktadır (3,4,5).

Tütün kullanımı, fiziksel inaktivite, sağlıksız beslenme ve alkolün zararlı kullanımı gibi değiştirilebilir davranışların tümü bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölüm riskini artırmaktadır. Metabolik risk faktörleri, bulaşıcı olmayan hastalık riskini artıran dört temel metabolik değişikliğe katkıda bulunur. Bunlar artmış kan basıncı, aşırı kiloluluk-obezite, hiperglisemi ve hiperlipidemidir. Atfedilebilir ölümler açısından

yüksek kan basıncı önde gelen metabolik risk faktörü iken (küresel ölümlerin %19'u), bunu aşırı kiloluluk ve obezite ile artmış kan şekeri izlemektedir (3,4,5).

İskemik kalp hastalığı ve inme, son 15 yılda küresel olarak ölümlerin önde gelen nedenlerini oluşturmuşlardır. KOAH 2015 yılında 3,2 milyon kişinin ölümüne neden olurken, akciğer kanseri (trakea ve bronş kanserleri ile birlikte) 1,7 milyon ölüme neden olmuştur. Diyabet, 2000'de 1 milyondan az kişinin ölümüne sebep olurken 2015 yılında 1,6 milyon insanı öldürmüştür. Demansa bağlı ölümler, 2015 yılında 2000 yılına göre ikiye katlanmış ve bu hastalık, 2015'te küresel ölümlerin en önemli 7. nedeni olmuştur (6).

Türkiye'de bir ve beş yaş altı ölümler azalırken, bulaşıcı olmayan hastalıkların toplam hastalık yükündeki ağırlığı ve etkisi artmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar, toplam ölümlerin %88'ini oluşturmaktadır. Bu artışın en önemli sebepleri olarak; tütün kullanımı, yüksek beden kitle indeksi, beslenme alışkanlıkları ile ilgili riskler gösterilmektedir (7,8).

Türkiye'de ortalama yaşam süresi ve yaşlı nüfusunun payı artmaktadır. Risk faktörüne atfedilen DALY (Disability Adjusted Life Year, Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı) oranı erkeklerde daha fazladır. Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalık yükündeki artışın sonucu olarak bu hastalıklara bağlı finansal yük artmakta, uzmanlaşmış iş gücü ve fiziksel alt yapı eksikliği meydana gelmektedir. Bu sonuçlar odağın tedavi etmekten hastalığı önlemeye kaydırılması gerektiğini ortaya koymaktadır (8).

Kronik hastalıklar hem bireyler hem de ülkelerin ekonomik durumlarını olumsuz etkilemektedir. Dünya bankasının 60 ülkede yürütülen bir çalışmasına göre erkek ve kadınlar için yoksulluğun en önemli tetikleyicilerinden birinin hastalıklar ve yaralanmalar olduğu gösterilmiştir (1).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolünde bu hastalıklar ile ilişkili risk faktörlerinin azaltılmasına odaklanmak önem taşımaktadır. Hükümetler ve diğer paydaşlar için, sık görülen değiştirilebilir risk faktörlerini azaltmaya yönelik düşük maliyetli çözümler vardır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların ilerlemesini, eğilimlerini ve risklerini izlemek, politika ve önceliklere rehberlik etmek için önemlidir (3).

Birleşmiş Milletler (BM) tarafından 2000 yılında kabul edilen Binyıl Kalkınma Hedefleri içinde bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin herhangi bir hedef yer almazken, yine BM tarafından 2015 yılında kabul edilen Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri arasında bulaşıcı olmayan hastalıklar nedenli erken ölümlerin üçte bir oranında azaltılması ile ruh sağlığının desteklenmesi de yer almaktadır. Bu da bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinin önemine vurgu yapmaktadır (9,10).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların bireyler ve toplum üzerindeki etkisini azaltmak için sağlık, finans, ulaşım, eğitim, tarım, planlama da dahil olmak üzere tüm sektörlerin, bu hastalıklar ile ilişkili riskleri azaltmak için işbirliği yapmasını ve önlemeye ve kontrol etmeye yönelik müdahalelerin teşvik edilmesini gerektiren kapsamlı bir yaklaşıma ihtiyaç vardır (3).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetimi; bu hastalıkların saptanmasını, taranmasını, tedavi edilmesini ve ihtiyaç duyan insanlar için palyatif bakımın sağlanmasını içermektedir. Bu hastalıklar için yüksek etkili temel müdahaleler, erken teşhis ve zamanında tedaviyi güçlendirmeye yönelik temel sağlık hizmetleri yaklaşımıyla sağlanabilir. Kanıtlar, bu tür müdahalelerin mükemmel ekonomik yatırımlar olduğunu göstermektedir, çünkü hastalara bu hizmetler erken dönemde sağlandığında, daha pahalı tedavilere olan ihtiyaç azaltılabilmektedir (3).

Bu kapsamda, Ankara ilinde yaşlı nüfusun payının en yüksek olduğu üç ilçe (Çamlıdere, Güdül, Evren) arasından Ankara'ya ulaşım kolaylığı göz önüne alınarak Güdül ilçesi seçilmiştir. Bu araştırmada Ankara İli Güdül İlçe Merkezinde yaşayan 18 yaş üstü bireylerin, beyana dayalı olarak bulaşıcı olmayan hastalık görülme boyutunun ve bu hastalıklarla ilişkili olabilecek risk faktörlerinin saptanması amaçlanmıştır.

2. AMAÇLAR

2.1. Kısa Dönem Amaçlar

Güdüll İlçe Merkezinde yaşayan 18 yaş ve üstü nüfusun;

- Temel tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesi,
- Beyana dayalı bulaşıcı olmayan hastalık görülme boyutu ve
- Bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilişkili risk faktörlerinin saptanmasıdır.

2.2. Uzun Dönem Amaçlar

- Araştırmanın yapıldığı ilçe merkezinde bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine veya erken tanısına yönelik ileride yapılması planlanan çalışmalara veri kaynağı oluşturmak,
- Konu ile ilgili ileride yapılacak diğer çalışmalara kaynak oluşturarak katkı sağlamak,
- Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik hizmetlerin gelişmesine katkıda bulunmak.

3. GENEL BİLGİLER

3.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Önemi

Bulaşıcı olmayan hastalıklar; bulaşıcı bir sürecin sebep olmadığı, genellikle süregelen karakterli, uzun ve yavaş seyirli, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, tedavisi ileri uzmanlık gerektiren, komplikasyonları ölümcül seyredebilen veya sakatlığa yol açabilen, tedavi ve izlemleri yüksek maliyetli hastalıklardır (1,11).

Genellikle karmaşık bir etyolojiye sahip olan Bulaşıcı olmayan hastalıklar, birçok risk faktörü ile ilişkilendirilmiştir. Dünya genelindeki ölüm ve hastalıkların önde gelen nedenlerinden olan bulaşıcı olmayan hastalıklar, 21. Yüzyılın en önemli halk sağlığı problemi olarak görünmektedir (11).

Dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki gelişmeler, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi nedenlerle beklenen yaşam süresinde artış olmuştur. Yaşlı nüfusun çocuk nüfusa oranla artış göstermesi sonucunda toplumdaki sağlık sorunları çocukluk dönemi hastalıklarından yaşlı nüfusta görülen bulaşıcı olmayan hastalıklara doğru kaymıştır (12).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde finansal ve ekonomik risk oluşturmakta, sağlık hizmeti sunan sistemlerin sürdürülebilirliğini tehlikeye atmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde bu yük daha da fazla olmakta, sağlık hizmet ve bakım masrafları kişilerin hızla yoksulluk sınırının altına düşmesine yol açabilmektedir (12).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar başlıca; kalp ve damar hastalıkları (Koroner Arter Hastalığı, infarkt, periferik arter hastalıkları vb.), kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabettir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların %48'ini kalp ve damar hastalıkları, %21'ini kanserler, %12'sini kronik solunum yolu hastalıkları, %3,5'ini diyabet oluşturmaktadır (11).

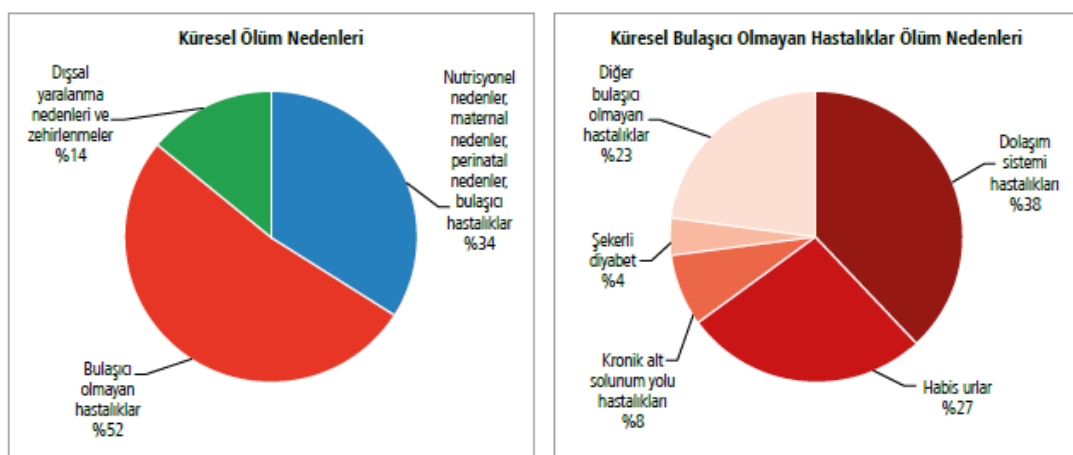
Ek olarak; kas-iskelet sistemi hastalıkları, nörobilişsel sağlık sorunları (demans, Alzheimer vb.), kronik psikiyatrik sorunlar (anksiyete, depresyon, psikozlar vb.), kronik böbrek hastalıkları, diğer sistemleri tutan kronik hastalıklar (kronik inflamasyon hastalıkları, kronik gastrointestinal sistem hastalıkları, kronik

hematolojik sorunlar), genetik ve metabolik kökenli kronik nadir hastalıklar da bu bulaşıcı olmayan hastalıklar grubundadır (11,13).

Türkiye’de 2013 yılında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı işbirliğinde yapılan Ulusal Hastalık Yükü Çalışması sonuçlarına göre bulaşıcı hastalıklar ile anne ve bebek ölümlerinin yükü azalırken, 2000 yılında %68 olan bulaşıcı olmayan hastalık yükü %81’e yükselmiştir. Türkiye’deki ölümlerin %88’inin sorumlusu olan bulaşıcı olmayan hastalıklar ile ilgili kontrol programlarının etkin yürütülememesi durumunda bu yükün daha da artacağı tahmin edilmektedir (14).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların insani, sosyal ve ekonomik sonuçları tüm ülkeler tarafından hissedilmekte, özellikle yoksul ve savunmasız topluluklarda yıkıcı olmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların küresel yükünü azaltmak, öncelikli bir durumdur ve sürdürülebilir kalkınma için bir gerekliliktir (15).

Küresel ölümlerin önde gelen nedeni olan bulaşıcı olmayan hastalıklar, 2012 yılında dünyadaki 56 milyon ölümün 38 milyonundan (%68) sorumlu olmuştur. Bunların %40'ından fazlası (16 milyon) 70 yaşın altındaki erken ölümlerdir. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin neredeyse dörtte üçü (28 milyon) ve erken ölümlerin çoğu (%82) düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (15). Şekil 3.1’de 2012 yılı 30-70 yaş arası nüfusa ait küresel ölüm nedenlerinin ve küresel bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölüm nedenlerinin dağılımları gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Küresel ölüm nedenlerinin ve küresel bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölüm nedenlerinin dağılımı, 30-70 yaş, 2012 (12).

2000 yılında 31 milyon iken 2012 yılında 38 milyona yükselen bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin 2030 yılında 52 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Ancak risk faktörleri ile mücadele, erken tanı ve zamanında tedavi ile bulaşıcı olmayan hastalıkların önemli ölçüde azaltılması mümkündür (12).

Tablo 3.1. Bulaşıcı olmayan hastalıklar için küresel hedefler ve Türkiye hedefleri (12).

Küresel Hedefler	Türkiye Hedefleri
1. Kalp ve damar hastalıkları, kanser, diyabet veya kronik solunum hastalıklarından kaynaklanan erken ölümlerden %25 görelî azalma	1. Kalp ve damar hastalıkları, kanser, diyabet veya kronik akciğer hastalıklarına bağlı erken ölümlerin %25 görelî azaltılması
2. Ulusal bağlama bağlı olarak, zararlı düzeyde alkol kullanımında en az %10 görelî azalma	2. Alkol kullanımının artışının önlenmesi
3. Yetersiz fiziksel aktivite prevalansında %10 görelî azalma	3. Fiziksel inaktivite sıklığında %10 azalma
4. Nüfusun ortanca tuz/sodyum tüketim oranında %30 görelî azalma	4. Nüfusun ortanca tuz/sodyum tüketim oranında %30 görelî azalma
5. 15 yaş üstü bireylerde tütün kullanım prevalansında %30 görelî azalma	5. 15 yaş üstü bireylerde tütün kullanma sıklığında %30 görelî azalma
6. Ulusal bağlama bağlı olarak, yüksek kan basıncı prevalansında %25 görelî azalma veya yüksek kan basıncı prevalansının kontrol altına alınması	6. Kan basıncı yüksekliği sıklığının %20 azaltılması
7. Diyabet ve obezite artışının durdurulması	7. Diyabet ve obezite artışının durdurulması
8. Kalp krizlerini ve felçleri önlemek için (glisemik kontrol dahil) ilaç tedavisi ve danışmanlık alabilecek insanların en az %50'sinin tedavi alabilmesi	8. Toplumun kalp ve damar hastalığı açısından (kalp krizi ve inme geçiren bireyler dahil) ilaç tedavisi ve danışmanlık hizmetleri almasında en az %50 iyileşme sağlanması
9. Önde gelen bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisi için gerekli makul fiyatlı temel teknolojilerin ve jenerikler dahil temel ilaçların kamu kurumlarında ve özel kurumlarda sunulabilirliğinin %80 oranına çıkarılması	9. Kronik hastalıkların tedavisi için gerekli olan temel teknolojilerin ve ilaçların sağlanmasında %80'in üstünde bir iyileşme sağlanması nedeniyle hedefler arasında yer almamaktadır.

3.2. Türkiye'deki Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri

Türkiye'de yaşanmakta olan nüfusa ve değişen yaşam şekline bağlı olarak bulaşıcı olmayan hastalıklar artmaktadır. Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar tüm ölümlerin %87,5'inden sorumludur ve bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı yaklaşık her 5 ölümden biri (%18) 70 yaş altı erken ölümdür (12).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2018 verilerine göre Türkiye'deki ilk üç ölüm nedeni sırasıyla; dolaşım sistemi hastalıkları (tüm ölümlerin %38,4'ü), iyi huylu ve kötü huylu tümörler (%19,7), solunum sistemi hastalıklarıdır (%12,5) (16).

Engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı olarak ifade edilen DALY, ölüme neden olan ya da olmayan hastalıklar veya bozukluklar nedeniyle kaybedilen yılları sayan mutlak bir sağlık kaybı ölçütüdür ve toplum sağlığı için özet bir göstergedir. Bir DALY, sağlıklı yaşamdan yitirilen bir yıldır (8). Türkiye'de 2002-2012 yılları arasında 1. Grup (bulaşıcı, gebelik, yeni doğanlar ve beslenmeyle ilgili hastalıklar) ve 3. Grup (yaralanmalar) hastalıklar ile ilişkili DALY azalırken 2. Grup (bulaşıcı olmayan hastalıklar) hastalıklara bağlı DALY artmıştır (12). Türkiye'de 2000 ve 2013 yıllarındaki ilk 25 DALY nedeni Tablo 3.2'de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Türkiye’de 2000 ve 2013 yıllarındaki ilk 25 DALY nedeni (8).

2000 yılı	2013 yılı
1. İskemik kalp hastalığı	1. İskemik kalp hastalığı
2. Konjenital anomaliler	2. Bel ve boyun ağrısı
3. Erken doğum komplikasyonları	3. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
4. Bel ve boyun ağrısı	4. Diyabet
5. Serebrovasküler hastalık	5. Konjenital anomaliler
6. Alt solunum yolu enfeksiyonları	6. Serebrovasküler hastalık
7. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	7. Trakea, bronş ve akciğer kanserleri
8. Trafik kazaları	8. Depresif bozukluklar
9. Trakea, bronş ve akciğer kanserleri	9. Trafik kazaları
10. Diyabet	10. Erken doğum komplikasyonları
11. Depresif bozukluklar	11. Migren
12. Neonatal ensefalopati	12. Deri ve subkutanöz hastalıklar
13. Demir eksikliği anemisi	13. Demir eksikliği anemisi
14. Migren	14. Duyu organı hastalıkları
15. Kendine zarar verme	15. Alzheimer ve diğer demans hastalıkları
16. Deri ve subkutanöz hastalıklar	16. Madde kullanım bozuklukları
17. İshalli hastalıklar	17. Kronik böbrek hastalığı
18. Neonatal sepsis ve diğer enfeksiyonlar	18. Alt solunum yolu enfeksiyonları
19. Duyu organı hastalıkları	19. Diğer iskelet-kas sistemi hastalıkları
20. Diğer istemsiz yaralanmalar	20. Diğer kardiyovasküler sistem hastalıkları
21. Madde kullanım bozuklukları	21. Anksiyete bozuklukları
22. Diğer kardiyovasküler sistem hastalıkları	22. Diğer neonatal hastalıklar
23. Alzheimer ve diğer demans hastalıkları	23. Mide kanseri
24. Mekanik güçlere maruz kalma	24. Epilepsi
25. Kronik böbrek hastalığı	25. Oral hastalıklar

Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması sonuçlarına göre bulaşıcı hastalıklar ile anne ve bebek ölümlerinin yüğü azalırken, 2000 yılında %68 olan bulaşıcı olmayan hastalık yüğü 2013 yılında %81’e yükselmiştir (8).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar için risk faktörleri aşağıdaki gibidir (13):

Metabolik Risk Faktörleri:

- Hipertansiyon
- Fazla kiloluluk-Obezite
- Hiperglisemi
- Hiperlipidemi

Değiştirilebilir davranışsal risk faktörleri:

- Tütün ürünleri kullanımı
- Fiziksel hareketsizlik
- Sağlıksız beslenme
- Zararlı alkol kullanımı

Bulaşıcı olmayan hastalıklar risk faktörlerine bakıldığında Türkiye’de toplumun günlük tuz tüketim düzeyi Dünya Sağlık Örgütü önerisinin üç katıdır (15gr/gün). Bunun bir sonucu olarak toplumun yaklaşık dörtte birinde hipertansiyon bulunmaktadır (17). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2016 sonuçlarına göre Türkiye’de kadınların %17,5’i, erkeklerin %41,8’i tütün kullanmaktadır (18). Bir diğer risk faktörü olan obeziteye bakıldığında Türkiye’de her üç kişiden biri obezdir (19).

3.3. Hipertansiyon

3.3.1. Hipertansiyon Tanımı ve Sınıflandırılması

On sekiz yaş üstü bireylerde, hekim tarafından yapılan standart ölçüm ile sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır. 80 yaş ve üstündeki kişilerde sistolik kan basıncının 150 mmHg’ya kadar kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir (20). Sistemik bir hastalık olan hipertansiyon, toplumda yaygın görülmesi ve ciddi komplikasyonlara sebep olabilmesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (21).

Kan basıncı değerlerine göre hipertansiyon sınıflandırılması Tablo 3.3’de gösterilmiştir.

Tablo 3.3. Kan basıncı değerlerine göre hipertansiyon sınıflandırılması (20).

Kategori	Sistolik		Diyastolik
Yüksek normal	130-139	ve/veya	85-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 hipertansiyon	160-179	ve/veya	100-109
Evre 3 hipertansiyon	≥ 180	ve/veya	≥ 110
İzole sistolik hipertansiyon	≥ 140	ve	<90

3.3.2. Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum

Yüksek kan basıncı, küresel mortalite için önde gelen risk faktörlerinden biridir. 2010 yılında, DALY'lerde ölçüldüğü gibi 9,4 milyon ölüme ve hastalık yükünün %7'sine neden olduğu tahmin edilmektedir. Yüksek kan basıncı, önemli bir kardiyovasküler risk faktörüdür. Kontrolsüz bırakılırsa, hipertansiyon inme, miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği, demans, böbrek yetmezliği ve körlüğe neden olur ve sağlık sistemlerine ağır mali ve hizmet yükleri getirir. Bilimsel araştırmalar, hem bireysel hem de toplum genelinde yapılan müdahalelerle kan basıncının düşürülmesinin sağlık üzerine olumlu etkileri olduğunu göstermiştir (15).

Kardiyovasküler hastalıklar küresel ölümlerin üçte birini oluşturmakta ve yılda yaklaşık 17 milyon ölüme neden olmaktadır. Hipertansiyona bağlı komplikasyonlar nedeniyle her yıl dünya genelinde 9,4 milyon meydana gelmektedir. Hipertansiyon, kalp hastalığına bağlı ölümlerin en az %45'inden ve inmeye bağlı ölümlerin %51'inden sorumludur (22).

2008 yılında, dünya genelinde 25 yaş ve üstü yetişkinlerin yaklaşık %40'ı hipertansiyon tanısı almıştır. Hipertansiyon tanılı kişilerin sayısı 1980 yılında 600 milyondan 2008 yılında 1 milyona yükselmiştir. Dünya Sağlık Örgütü Afrika bölgesinde 25 yaş ve üstü yetişkinlerin hipertansiyon prevalansı % 46 ile en yüksek bölge iken, %35 ile en düşük prevalans Amerika'dadır. Genel olarak, yüksek gelirli ülkelerde hipertansiyon prevalansı düşük-orta gelirli ülkelere göre daha düşüktür (22).

Hipertansiyon küresel bir halk sağlığı sorunudur. Kalp hastalığı, inme, böbrek yetmezliği ve erken ölüm ve yeti yitimi yüküne katkıda bulunur. Sağlık sistemlerinin zayıf olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerdeki nüfusları etkilemektedir. Hipertansiyon erken evrelerde nadiren semptom gösterir ve birçok kişiye tanı konulmaz. Teşhis edilenler tedaviye erişemeyebilir ve hastalıklarını uzun vadede başarılı bir şekilde kontrol edemeyebilirler. Erken tanı, yeterli tedavi ve hipertansiyonun iyi kontrolü ile sağlıkta ve ekonomide anlamlı kazançlar sağlanabilir. Davranışsal risk faktörlerini ele almak, örneğin; sağlıksız beslenme, alkolün zararlı kullanımı ve fiziksel hareketsizlik, hipertansiyonu önleyebilir. Tütün kullanımı, hipertansiyon komplikasyon riskini artırır. Bu faktörlere maruz kalmayı azaltmak için herhangi bir işlem yapılmazsa,

hipertansiyon dahil kardiyovasküler hastalık insidansı artacaktır. Tuz azaltma girişimleri, yüksek tansiyonun önlenmesi ve kontrolüne büyük katkı sağlayabilir. Bununla birlikte, yalnızca hipertansiyon kontrolüne odaklanan dikey programlar maliyet açısından uygun değildir. Birinci basamak sağlık hizmeti yaklaşımı ile uygulanan entegre bulaşıcı olmayan hastalık programları, ülkelerin hipertansiyon ile mücadele etmeleri için uygun maliyetli ve sürdürülebilir bir yoldur. Hipertansiyonun önlenmesi ve kontrolü karmaşıktır ve hükümetler, sivil toplum, akademi ve yiyecek ve içecek endüstrisi dahil olmak üzere çok paydaşlı işbirliğini gerektirir (22).

Son yıllarda bulaşıcı akut hastalıklardan bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara epidemiyolojik geçişin ardından hipertansiyon ve kardiyovasküler komplikasyonları, gelişmekte olan birçok ülkede önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Türkiye'deki hipertansiyonun mevcut durumunu saptamak amacıyla 2003 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (Patent)'na göre hipertansiyon prevalansı %31,8 iken 2012 yılında tekrarlanan çalışmaya (Patent2) göre %30,3'tür. Araştırma sonuçları kadınlardaki hipertansiyon sıklığının erkeklere göre daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Hipertansiyonu olan hastaların %47,4'ü tedavi almaktadır. Buna ek olarak hipertansiyonu olan kişilerin yalnızca %54,7'si bu durumu farkındadır ve %71,3'ünün tansiyonu kontrol altında değildir (23,24).

3.3.3. Hipertansiyon İçin Risk Faktörleri

Sistemik arteriyel hipertansiyonun sebepleri primer (esansiyel) ve sekonder olmak üzere iki başlık altında toplanabilir. Tüm hipertansiyonların %80-90'ını oluşturan primer hipertansiyonun kesin mekanizması bilinmemektedir ve altta yatan bir hastalık yoktur. Genetik yatkınlık, aşırı tuz tüketimi, obezite-insülin direnci, sempatik sinir sisteminin fazla çalışması, renin-anjiyotensin sisteminin rolü, tuz atılımında renal bozukluk, stresli kişilik yapısında olma, nedenler arasında sayılmaktadır. Ayrıca alkolün zararlı kullanımı, tütün kullanımı, fiziksel aktivite yetersizliği, sağlıksız beslenme gibi davranışsal risk faktörlerinden de etkilenmektedir.

Hipertansiyon tanılarının %10-20'sini oluşturan sekonder hipertansiyon ise aşırı aldosteron salınımı, feokromasitoma, hipertiroidi, Cushing, hiperparatiroidi, hipotiroidi, akromegali, uyku apnesi, parankimal böbrek hastalığı, renal arter stenozu ve aort koarktasyonu gibi bir nedene ikincil olarak ortaya çıkar (21,22,25).

3.3.4. Hipertansiyonun Yol Açabileceği Sağlık Problemleri

Sistolik ve diyastolik kan basıncındaki yükselmelerin koroner arter hastalığı (KAH) riskini artırdığını gösteren çok sayıda çalışma vardır. Framingham çalışmasına göre de gerek sistolik gerek diyastolik kan basıncı arttıkça her iki cinsiyette de KAH insidansı artmaktadır. Hipertansiyonla birlikte bulunması durumunda KAH'na bağlı morbidite ve mortalite belirgin olarak artmaktadır (26,27).

Hipertansif kişilerde sol ventrikül hipertrofisi beş-on kat daha sık görülmektedir. Ani ölüm ya da kalp yetmezliği ile sonuçlanabilmesi açısından, erken ve doğru tanıyarak nedenlerini hızlı bir şekilde düzeltmek önemlidir. Yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç tedavisi ile hipertansiyonun kontrol altına alınması kalp yetmezliği ve kardiyovasküler mortaliteyi azaltmaktadır (26).

Hipertansiyonun yol açtığı durumlardan bir diğeri ise aort anevrizmasıdır. Aortun bir veya daha fazla segmentinde normal lümen çapının 1,5 misline çıkması ile meydana gelir. Ruptür gelişmesi sonucunda ani ölümle sonuçlanabilir. Bu nedenle risk faktörü modifikasyonunun sağlanması, hipertansiyon ve hiperkolesteroleminin dikkatli şekilde kontrol altına alınması önemlidir. Hipertansiyonun ölümle sonuçlanan bir diğer ciddi komplikasyonu aort diseksiyonudur. Aort diseksiyonu vakalarının %70-80 kadarında hipertansiyon bulunmaktadır. Hipertansiyonu olan kişilerde sağlıklı kişilere kıyasla periferik arter hastalığı sıklığı 3 kat daha fazladır (26).

Hipertansiyona bağlı göz komplikasyonları da olmakla birlikte en sık görüleni retinopatidir. Gözdibi, vücutta arter ve arteriyollerin gözle görülebildiği tek yer olması nedeniyle hipertansiyonun yol açtığı mikrovasküler hasarın doğrudan değerlendirilmesine olanak tanır. Bu nedenle hipertansiyonlu her hastada tanı ve takip açısından retina değişikliklerinin izlenmesi önem taşımaktadır (26).

Kronik böbrek hastalığı, sekonder hipertansiyonun en sık görülen nedenidir. Bununla birlikte kan basıncı yükseldikçe böbrek yetmezliği gelişme riski de artmaktadır. Bu nedenle hipertansiyonun tedavisi, renal hasarın ilerleyişinin yavaşlatılmasında oldukça önemlidir (28).

3.3.5. Hipertansiyon Tanı ve Tedavisi

Hipertansiyonun saptanması ve tedavisinin amacı kalp, beyin, damar ve böbrek hastalıkları riskini ve eşlik eden morbidite ile ölüm oranını azaltmaktır (21).

Standart kan basıncı ölçümü; hekim tarafından, klasik oskültatuar yöntemle veya otomatik/elektronik (dijital göstergeli) hastaya uygun manşonlu ölçüm aletleri kullanılarak koldan yapılmalıdır. İlk muayenede hastanın iki kolundan da ölçüm yapılmalı, arada fark varsa ölçüm tekrarlanmalı, fark devam ediyorsa ölçümler yüksek değer alınan koldan yapılmalıdır. Ölçüm öncesinde hasta sırtını herhangi bir yere yaslayarak oturmalı, en az beş dakika dinlendirilmeli, avuç açık ve kol kalp seviyesinde olacak şekilde bir seferde en az iki ölçüm yapılarak (en az iki dk ara ile) ortalaması kaydedilmelidir (20,21).

Hastada aritmi varlığında otomatik cihaz hatalı sonuç verebilir. Bu nedenle kan basıncı ölçümü yaparken palpasyonla nabız değerlendirilmeli ve düzensizlik olması durumunda stetoskop kullanılarak kan basıncı ölçümü yapılmalıdır (20,21).

İlk değerlendirmede 140/90 mmHg ve üstünde sonuç alınan hastalar tanının doğrulanması için mutlaka ikinci kez muayeneye çağırılmalıdır. Bu süreçte imkan varsa hastaların ev veya ambulator kan basıncı ölçümleri yapması doğru tanıya ulaşmayı kolaylaştıracaktır (20,21).

Hipertansiyon tedavisinde amaç kardiyovasküler ve renal mortalitenin ve morbiditenin azaltılmasıdır. Yaşam biçimi değişikliklerini de kapsayan nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavi yöntemleri birlikte uygulanmalıdır. Hastanın sistolik ve diyastolik kan basıncı düzeyleri ve kardiyovasküler riskine göre uygun tedavi planlanır. Aynı zamanda birliktelik gösteren sigara kullanımı, dislipidemi, abdominal obezite , diyabet gibi risk faktörleri belirlenerek birlikte tedavi edilmelidir (21).

Hipertansiyon oluşumunda çevresel etkenler önemli rol oynamaktadır ve tuz kısıtlaması (günde<6gr), sağlıklı beslenme, sigaranın bırakılması, alkol alımının azaltılması, hareketli yaşam ve stres yönetimi gibi yaşam tarzı değişikliklerinin yapılması yüksek kan basıncını önemli ölçüde azaltır. Hipertansiyon tanılı hastalar, risk durumunu ve ilaç tedavisi ne olursa olsun yaşam tarzında değişiklik yapma konusunda uyarılmalıdır (20,21).

Genel popülasyonda tedaviye başlama için sınır değer; sistolik KB \geq 140 mmHg veya diyastolik KB \geq 90 mmHg'dır. Yaşı 80 ve üstünde olan kişiler için eşik sistolik KB \geq 160 mmHg'dır. Tedaviye beş grup antihipertansif ilacın biri ya da birkaçının kombinasyonu ile başlanabilir (diüretikler, beta blokörler, kalsiyum kanal blokörleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokörleri). İlaç seçiminde ilaç kontrendikasyonları, hasta yanıtı ve tolere edilebilirlik göz önünde bulundurulmalıdır (20).

3.3.6. Hipertansiyon ile Mücadele

Yüksek tansiyon, genellikle uyarı belirtileri veya semptomları olmaması nedeniyle "sessiz katil" olarak adlandırılır. Semptomlarının olmaması nedeniyle kişiler hipertansiyonu olduğunu farkına varmaz. Bu nedenle düzenli olarak kan basıncının kontrol edilmesi önemlidir (29).

Hipertansiyonun önlenmesi ve kontrolü, hükümetlerin ve politika yapıcıların adına siyasi irade gerektirir. Hipertansiyonla mücadelede sağlık çalışanları, akademik araştırma topluluğu, sivil toplum, özel sektör ve ailelerin ve bireylerin hepsinin rolü vardır (22).

Hipertansiyonla mücadelede altı önemli bileşen vardır. Bunlar:

- Entegre birinci basamak sağlık hizmetleri
- Programın uygulanma maliyeti
- Temel tanı ve ilaçlar
- Toplumdaki risk faktörlerinin azaltılması
- İşyeri temelli sağlıklı yaşam programları
- İlerlemenin izlemidir (22).

Hipertansiyonun kontrolü için birinci basamak sağlık hizmetlerinde entegre programlar oluşturulmalıdır. Entegre programın amacı, kalp krizi, inme, böbrek yetmezliği ve diğer diyabet ve hipertansiyon komplikasyonlarını önlemek için toplam kardiyovasküler riski azaltmaktır (22).

3.4. Obezite

3.4.1. Obezite Tanımı ve Önemi

Fazla kiloluluk ve obezite; Dünya Sağlık Örgütü tarafından “vücutta sağlığı bozabilecek anormal veya aşırı yağ birikimi” olarak tanımlanmaktadır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının %15-20’sini, kadınlarda %25-30’unu yağ dokusu oluşturmaktadır. Bu yüzdenin erkeklerde %25, kadınlarda %30’un üstüne çıkması durumuna obezite denir (30,31).

Obezite tanımı ve derecelendirmesi Beden Kitle İndeksi (BKİ) esas alınarak yapılmaktadır. BKİ; vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesi ile elde edilir ($BKİ=kg/m^2$). Ölçümün kolay, güvenilir, ucuz ve tekrarlanabilir olması nedeniyle epidemiyolojik araştırmalarda obeziteyi değerlendirmek için en çok tercih edilen ölçüt olmuştur. Yetişkin bireyler için BKİ’ye göre antropometrik değerlendirme Tablo 3.4’te gösterilmiştir (32,33).

Tablo 3.4. Yetişkinlerde BKİ’ye göre antropometrik değerlendirme.

	Yetişkinler (BKİ, kg/m ²)
Zayıf	<18,50
Normal	18,5-24,99
Fazla Kilolu	25,0-29,99
Obez	≥30,00
Hafif obez	30,00-34,99
Orta derecede obez	35,00-39,99
Morbid obez	40,00-49,99
Süper obez	≥50,00

Obezite günümüzde önlenemez ölüm nedenleri arasında sigaradan sonra ikinci sırada gelmektedir. Giderek artan obezite prevalansı kadın ve erkeklerin yanısıra çocukları ve gençleri de etkilemektedir. Başta Tip 2 diyabet ve prediyabet

olmak üzere kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, hiperlipidemi, serebrovasküler hastalık, çeşitli kanserler, obstrüktif uyku apne sendromu, non-alkolik karaciğer yağlanması, gastroözefageal reflü, safra yolu hastalıkları, polikistik over sendromu, infertilite, osteoartroz ve depresyon gibi birçok sağlık problemine neden olarak yaşam kalitesinin azalmasına ve ölümlere yol açmaktadır. Bununla birlikte sağlık harcamalarını artırmakta ve ülke ekonomisini olumsuz yönde etkilemektedir (31,32).

3.4.2. Dünyada ve Türkiye’de Obezite ile İlgili Mevcut Durum

İnsan ömrünün çok uzun olmadığı dönemlerde obezite güç ve refah göstergesi olarak görülmekte iken günümüzde tedavi edilmesi gereken bir hastalık ve önemli bir halk sağlığı problemi olarak kabul görmektedir (31).

Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre 2016 yılında, 18 yaş ve üstü 1,9 milyardan fazla yetişkinin fazla kilolu, bunlardan 650 milyonu aşkın yetişkinin obez olduğu belirtilmiştir. Genel olarak, 2016 yılında dünyadaki yetişkin nüfusunun yaklaşık %13’ü (erkeklerin %11’i ve kadınların %15’i) obezdir. Türkiye’deki obezite prevalansının ise %32,1 olduğu belirtilmiştir (Erkekler %24,4 kadınlar %39,2). Dünyada obezite prevalansı 1975 ile 2016 yılları arasında neredeyse üç kat artmıştır (30,34).

Türkiye’de 1990 yılında yapılan TEKHARF çalışmasına göre 30 yaş ve üstünde erkeklerde obezite sıklığı erkeklerde %12,5 kadınlarda %32 iken; 2002 yılında tekrarlandığında erkeklerde %25,3, kadınlarda %44,2’ye yükselmiştir (33). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II’ye (TURDEP-II) göre 2010 yılında Türkiye’de obezite sıklığı %32 bulunmuştur. Erkeklerde fazla kiloluluğun, kadınlarda ise obezitenin daha yaygın olduğu görülmüştür. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 yılı sonuçlarına göre ise 18 yaş üstü yetişkinlerde obezite prevalansı %30,3 (kadınlarda %41 erkeklerde %20,5) bulunmuştur (35,36).

3.4.3. Obeziteyi Etkileyen Faktörler

Obezite ve fazla kiloluluğun temel nedeni tüketilen ve harcanan kaloriler arasındaki enerji dengesizliğidir. Genetik, epigenetik, fizyolojik, davranışsal, sosyokültürel ve çevresel pek çok fizyopatolojik etmene bağlı olarak ortaya çıkabilir. Küresel olarak; yağ içeriği yüksek, enerji yoğun gıdaların alımındaki artış, ve birçok iş türünün doğası gereği hareketsizliğin artması, ulaşım biçimlerinin değişmesi ve kentleşmenin artması nedeniyle fiziksel hareketsizlikte artış obezitenin en önemli sebepleridir (30,32).

Ülkemizde obezitenin en önemli nedenlerinin başında yaşlanma, diyabet ve hipertansiyon gelmekte, bunlara ek olarak yaşanan çevre, sosyal durum, düşük eğitim düzeyi, fiziksel inaktivite, öğün sayısı, ekmek tüketimi, tütün ve alkol kullanımı gibi etkenlerin de obezite gelişimine katkısı olduğu gösterilmiştir (32).

Obezite gelişimindeki önemli faktörlerden biri de yaşamın ilk yıllarındaki beslenme şeklidir. Yapılan araştırmalarda obezite görülme sıklığının anne sütü ile beslenen çocuklarda, anne sütü ile beslenmeyen çocuklara göre daha düşük oranda olduğu bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından yayımlanan çeşitli dokümanlarda 6 ay tek başına anne sütü verilmesinin, 6. aydan sonra emzirmenin sürdürülmesi ile birlikte güvenilir, uygun kalite ve miktarda tamamlayıcı besinlerle başlanılmasının, en az 2 yıl emzirmenin devam ettirilmesinin kısa ve uzun dönemde obezite ve kronik hastalık riskini azaltabileceği belirtilmiştir (31).

3.4.4. Obezitenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları

Obezite, bulaşıcı olmayan hastalıklar da dahil pek çok sağlık sorununa sebep olmakta, morbidite ve mortaliteyi artırmaktadır. Obezitenin neden olduğu sağlık sorunları ve risk faktörleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (37):

Kardiyovasküler sistem hastalıkları	Genitoüriner sistem hastalıkları
Konjestif kalp yetmezliği	Cinsel işlev bozuklukları
Koroner arter hastalıkları	Obstetrik komplikasyonlar
Hipertansiyon	Deri hastalıkları
Periferik damar hastalıkları	Cerrahi komplikasyonlar
Nörolojik hastalıklar	Perioperatif riskler: anestezi, yara yeri komplikasyonları, enfeksiyonlar, insizyonal herni
İnme	
Subaraknoid kanama	
Periferik ve tuzak nöropatiler	Kanser
Metabolik-Hormonal Komplikasyonlar	Meme
İnsülin direnci, hiperinsülinemi	Kolon
Tip 2 DM	Serviks, endometrium, over
Dislipidemi	Safra kesesi
Hipertansiyon	Böbrek
Gut	Prostat
Solunum sistemi hastalıkları	Mekanik komplikasyonlar
Obezite-Hipoventilasyon sendromu	Artrit, artroz
Obstrüktif uyku apne sendromu	Düşmeye eğilim
Sindirim sistemi hastalıkları	Psiko-sosyal komplikasyonlar
Gastroözofagial reflü	Psikolojik sorunlar
Hiatal herni	Sosyal izolasyon
Kolelitiazis ve safra kesesi hastalığı	
Yağlı karaciğer, hepatosteatoz ve siroz	

3.4.5. Obezite Tedavisi

Obez bir kişinin vücut ağırlığını kaybetmesi, obezite ile ilişkili komplikasyonların azalmasını sağlar. Böylelikle sağlığın korunmasına katkıda bulunur ve beklenen yaşam süresini olumlu yönde etkiler (32).

Obezite tedavisi, yaşam boyu sürekliliği olan yeterli ve dengeli beslenme, artmış fiziksel aktivite ve davranış tedavilerinden oluşan bir kombinasyon tedavisidir (38).

Tıbbi beslenme (diyet) tedavisi

Obezitede beslenme tedavisinde hedef; vücut ağırlığının boya göre olması gereken düzeye indirilmesidir (BKİ=18,5-24,9 kg/m²). Ancak tedavinin bireye özgü olduğu ve başlangıçta hedeflenen ağırlığın kişinin ideal ağırlığının biraz üstünde olabileceği de unutulmamalıdır.

Kişinin beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivitesi, kişisel risk faktörleri, eşlik eden hastalıkları, daha önceki diyet deneyimleri ve kültürel özellikleri göz önüne alınarak, kişiye özgü dengeli ve kalori kısıtlı diyet düzenlenmelidir. Bu diyetler beslenme uzmanları veya diyetisyenler tarafından düzenlenmelidir. Vücut ağırlığı boya göre olması gereken düzeye indirildiğinde ise ağırlık korunmalı, tekrar kilo alımı önlenmelidir (32,37).

Egzersiz tedavisi

Düzenli fiziksel aktivite, enerji dengesinin düzenlenmesinin yanısıra obezite nedenli sağlık risklerinin ve bu risklere bağlı ölüm hızının azaltılmasında önemli bir role sahiptir. Egzersiz, pekçok olumlu sağlık etkilerinin yanında bireyin kendisini iyi hissetmesini ve sosyalleşmesini sağlar. Fiziksel aktivite diyet ile birleştirildiğinde, egzersizin kardiyometabolik risk faktörlerine etkisi sinerjistik olarak artar (32,37).

Haftada 150 dakika orta yoğunluklu veya 75 dakika yüksek yoğunluklu aerobik fiziksel aktivite veya bunların eşdeğer kombinasyonunun yapılması obezite tedavisinde önerilmektedir. Yürüyüş, bisiklete binme, hafif tempoda koşma, basketbol, voleybol, tenis gibi spor aktiviteleri önerilen egzersizlerin başlıcalarıdır. Önerilen egzersiz programı bireye özgü, uygulanabilir ve bireyin günlük yaşam alışkanlıkları ile uyumlu olmalıdır (32).

Oturularak geçirilen sedanter zaman mortalite ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle kişinin egzersiz yaptığı zamanlar dışındaki vakitlerini nasıl değerlendirdiği de oldukça önemlidir. Gün boyunca 90 dakikayı geçen fiziksel aktivitelerden kaçınılmalı, 90 dakikayı geçen hareketsizlikler de fiziksel aktivite yaparak kırılmalıdır (32).

Bilişsel davranışçı terapi

Obezite fiziksel sorunların yanında psikososyal sorunlara da yol açmaktadır. Kişinin psikososyal durumu da yeme alışkanlıklarını etkileyebilmektedir. Bu nedenle obezite tedavisinde çok yönlü yaklaşım önemlidir. Bilişsel davranışçı terapi obezite tedavi sürecinde her aşamada kullanılabilen etkili bir yöntemdir. Tedavide amaç hastanın yeme ve egzersiz davranışlarında değişim meydana getirmektir. Bunun için hastalardan beslenme ve egzersize ek olarak; kendini izleme, hedef belirleme, dürtü kontrolü, davranışsal yerine koyma ve pozitif pekiştirme becerileri edinmesi istenir. Bu süreçte sosyal destek de önem taşımaktadır (32,37).

Farmakolojik tedavi

Olbezitede ilaç tedavisi gerektiren durumlar:

- Obezite ile ilgili başka risk faktörü olmadığı durumda;
BKİ'nin $>30 \text{ kg/m}^2$ olması
- Obezite ile ilişkili risk faktörleri/komplikasyonlardan (kalp/damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, uyku apne sendromu vb.) en az birinin varlığında; BKİ'nin $>27 \text{ kg/m}^2$ olması
- Tıbbi beslenme ve egzersizi içeren tedaviye yanıt alınamayan durumlar

Bitkisel kökenli besinlerin etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmamıştır. Bu tür preparatların sağlığa zararlı sonuçları olabileceği bilinmektedir. Bu nedenle mutlaka hekim tavsiyesi ile ve hekim kontrolünde ilaç kullanılmalıdır (37).

Cerrahi tedavi

Cerrahi endikasyonlar ve kontrendikasyon açısından bariyatrik cerrahi öncesinde hastalar ayrıntılı değerlendirilmeli, hastaların uyum, istek ve kararlılık durumu netleştirilmelidir. Bu nedenle cerrahi kararı verilmeden önce hastaların en az altı ay endokrinoloji kliniğinde takip edilmeleri uygun görülmektedir. Bariyatrik cerrahi endikasyonları şunlardır:

- BKİ'nin ≥ 40 kg/m² olması (obezite ilişkili komorbidite olması şartı yoktur, cerrahi tedavinin risk artışına neden olmaması gerekir.)
- BKİ'nin ≥ 35 kg/m² olması ve obezite ilişkili Tip 2 DM, hipertansiyon, dislipidemi, uyku apne sendromu gibi en az bir komorbiditenin eşlik etmesi

Bariyatrik cerrahide besinlerin gastrointestinal sistemde emilimini azaltmak amaçlanmaktadır. Rekonstrüktif cerrahide ise vücudun çeşitli bölgelerinde lokalize olmuş mevcut yağ dokuları uzaklaştırılmaktadır. Ancak eğer hasta tedavinin gerektirdiklerini yerine getirmese tekrar yağ birikimi meydana gelmektedir (32,37)

3.4.6. Obezite ile Mücadele

Obezite nedenleri birden fazla olduğu için obezite ile mücadelede multidisipliner yaklaşım önem taşımaktadır. Bu nedenle bireysel mücadelenin yanısıra çok sektörlü yaklaşımla kurumsal mücadele de ön plana çıkmıştır (37).

Obezite ile mücadelenin en önemli yolu bireylerin obez olmalarını önlemektir. Toplumla yönelik doğru ve kanıta dayalı bilimsel uygulamalar çocukluk döneminden itibaren başlamalıdır. Çocukluk döneminden itibaren obezite konusunda eğitim, yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite yapılması konuları önemsenmelidir (38).

Obezitenin önlenmesi 'merkezi ve yerel yönetime ait önlemler' ve 'bireye yönelik önlemler' olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır.

Merkezi ve yerel yönetime ait önlemler

Merkezi ve yerel yönetimlere ait önlemler aşağıda belirtilmiştir (38):

- Haberleşme kanalları aracılığıyla toplumun yeterli ve dengeli beslenme ve yeterli ve düzenli fiziksel aktivite konusunda sürekli bilgilendirilmesi
- Toplumda yeterli ve dengeli beslenme ve yeterli ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırmak amacıyla olanakların sağlanması (fiziksel aktivite alanlarının sağlanması, yürüyüş ve bisiklet yollarının yapılması gibi)
- Toplu beslenme alanlarının sürekli denetimi
- Her yaş grubu için güzel örneklerin toplumda ön plana çıkarılması (rol model)

Bireye yönelik önlemler

Bireye yönelik önlemlerde sağlık çalışanlarına önemli görev düşmektedir. Aile hekimleri sağlık hizmeti sundukları nüfusta tüm bireyleri obezite ve risk faktörleri açısından değerlendirmeli ve bilgilendirmeye yönelik bireysel ve toplu eğitimler verilmelidir. Bölgedeki yerel yönetimler, eğitim kurumları ve işyerleri ile işbirliği yapılmalıdır (38).

Ülkemizde obezite ile mücadele amacıyla “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” ilk olarak 2008 yılında hayata geçirilmiştir. Bu program kapsamında ulusal ve yerel düzeyde politik kararlılığın sağlanması, obezite, yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite konularında toplumun farklı araçlar aracılığıyla bilinçlendirilmesi, obezitenin tanı ve tedavisine yönelik izleme ve değerlendirme amaçlanmaktadır (37).

3.5. Tütün Kullanımı

3.5.1. Tütün Kullanımının Önemi

Tütün kullanımı, dünyadaki önlenebilir ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Sağlığa yönelik riskleri sadece doğrudan tütün kullanımından değil, aynı zamanda ikinci el sigara dumanına maruz kalmaktan kaynaklanmaktadır. Tütün kullanımı; kardiyovasküler hastalık, kanser, kronik solunum yolu hastalığı, diyabet ve erken ölüm riskini artırır. Halen yılda altı milyon kişinin tütün kullanımı nedeniyle, öleceği, bununla birlikte ikinci el sigara dumanına maruz kalma nedeniyle 600.000'den fazla ölüm olacağı tahmin edilmektedir (Bu 600.000 ölümün 170.000'i çocuk ölümleridir). Bu ölümlerin çoğunluğu prematür (erken) ölümlerdir (15,39).

Dünya genelinde kadın ölümlerinin %7'sinden, erkek ölümlerinin %12'sinden tütün kullanımı sorumlu tutulmaktadır. Ülkeler tarafından önlemler alınmadığı sürece 2030 yılına kadar tütün kullanımına bağlı ölümlerin 8 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir(15,39).

Küresel hastalık yükü çalışması 2017 yılı raporuna göre erkeklerde ölüm ve yeti yitimine neden olan önde gelen risk faktörleri içinde sigara kullanımı ilk sırada yer almaktadır (40).

3.5.2. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanım Sıklığı

İnsanlar tarafından en sık bilinen ve tüketilen tütün ürünü sigaraya olmakla birlikte nargile, puro, çiğneme tütün gibi tütün ürünleri de bulunmaktadır (41). Tütün kullanımı dünya genelinde yaygın bir davranış olup 1,5 milyara yakın kişi sigara içmektedir (42).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2015 atlasına göre dünya geneline bakıldığında her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamülü kullanım sıklığı %43 ile en yüksek Bangladeş’tedir (erkeklerde %58 kadınlarda %29). Rusya ve Yunanistan ve Endonezya da sıklığı yüksek olan ülkeler arasındadır. Türkiye’ye bakıldığında bu sıklığın erkeklerde %48, kadınlarda %15 olduğu görülmektedir. Tütün kullanım sıklığının en az olduğu ülkeler %6 ile Panama ve Nijeryadır. Tütün kullanım sıklığının erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 verilerinde Türkiye’de her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamülü kullanım sıklığı erkeklerde %41,4, kadınlarda %13,1 idi (43,44). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2016 yılı verilerine göre ise tütün kullanımı erkeklerde %44,1 kadınlarda %19,2’dir (18).

Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre 2016 yılında dünya genelinde 15 yaş ve üstü grupta 1,1 milyardan fazla insan tütün ürünü içmiştir. Türkiye’de ise sıklığın %27,6 olduğu belirtilmiştir (45).

Türkiye’de uzun yıllardan beri tütün üretiminin olması sebebiyle çoğu kişi tütüne kolay erişim olanağına sahiptir. Nargile kullanımı da özellikle gençler arasında giderek yaygınlaşmaya başlamıştır (42).

3.5.3. Tütün Kullanımının Sağlık Etkileri

Tütün kullanımı dünyada prematür ölümlerin en önemli önlenebilir nedenlerinden biridir. Dünya genelinde yılda 8 milyondan fazla insan tütün kullanımından ölmektedir. Sigara içildiğinde, insan vücudundaki hemen hemen her organ sistemine zarar verebilecek 7000’den fazla toksik kimyasalın ölümcül bir karışımına maruz kalınmaktadır. Bu kimyasalların en az 70’inin bilinen kanserojen etkisi bulunmaktadır (46,47).

Ergenlik çağında sigara içmeye başlayan ve uzun süredir düzenli olarak sigara içen kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20-25 yıl daha kısadır. Sigara, direkt ölümcül olmayan 50 kadar bulaşıcı olmayan hastalıkla ve 20'ye yakın ölümcül hastalıkla ilişkilidir (48).

Akciğer kanseri dünyada kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenidir ve akciğer kanseri olgularının %85-90 kadar tütün kullanımına bağlı olarak meydana gelmektedir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden biridir ve KOAH kaynaklı tüm ölümlerin %45'i tütün kullanımına bağlanmaktadır. Benzer şekilde, dünyanın önde gelen iki ölüm nedeni olan kalp hastalığından ve felçten kaynaklanan ölümler büyük ölçüde tütün kullanımına bağlıdır (46,49).

Akciğer kanserine ek olarak sigara; dudak ve oral kavite, larinks, farinks, özefagus, mide, kolon, pankreas, karaciğer, prostat, meme, serviks, over, mesane, böbrek, üreter, kemik iliği kanserleri ve akut myeloid lösemi ile de ilişkili bulunmuştur. Sigaranın doğum öncesindeki dönemde de zararlı etkileri mevcuttur. Sigara içen hamile kadınlardan doğan bebeklerin doğuştan kanser, akciğer hastalıkları ve ani ölüm riski bulunmaktadır (46).

Tütün, sigara içmeyenler için de ölümcül olabilmektedir. İkinci el tütün dumanına maruz kalım kalp hastalığına, kansere ve diğer hastalıklara katkıda bulunmakta ve yılda 1,2 milyon ölüme neden olmaktadır. Tütünün sağlık üzerindeki zararlı etkisine ek olarak, sigara içmenin toplam ekonomik maliyetinin (sağlık harcamaları ve verimlilik kayıplarının bir araya gelmesi) yıllık ortalama 1,4 trilyon ABD doları olduğu tahmin edilmektedir. Bu maliyetin yaklaşık %40'ı gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmiştir (47).

3.5.4. Sigara Kullanımı ile İlgili Yasal Düzenlemeler ve Sigara ile Mücadele Politikaları

Sigara ile mücadele konusunda hem ulusal hem de uluslararası yaklaşımlar oldukça önem taşımaktadır. Tütün ve tütün ürünlerinin tüketilmesinin engellenmesi

amacıyla Mayıs 2003'te Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üyesi olan ülkelerin tamamı tarafından "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi" oybirliği ile kabul etmiştir (41).

Bu sözleşmeye göre, sözleşmeyi imzalayan ve taraf olan tüm üye devletler, tütün kontrolü konusunda halk sağlığı politikaları geliştirilmesi, uygulanması ve bu politikaları tütün endüstrisinin ticari ve diğer çıkar çevrelerinden koruyacakları konusunda taahütte bulunmuşlardır. Bu çerçeve sözleşmesi uluslararası bir yasa niteliğindedir ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (50).

DSÖ, ülkelere tütünle mücadele konusunda yardımcı olmak amacıyla 2007 yılında tütün kontrol politikası olarak en etkili altı politikayı ele alan MPOWER paketi hazırlamıştır. Bu paket kapsamı aşağıda belirtilmiştir:

1. Vergileri ve fiyatı artırmak,
2. Reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak,
3. Topluları sigara dumanından pasif etkilenim konusunda korumak
4. Herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak,
5. Sigarayı bırakmak isteyenlere yardımcı olmak,
6. Salgını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek

Bu altı politikanın tamamı uygulandığı takdirde gençlerin sigaraya başlaması önlenmekte, sigara içenlere bırakmaları konusunda destek sağlanmakta, sigara içmeyenler sigara dumanından pasif etkilenimden korunmakta ve toplumlar sigaranın zararından korunmuş olacaklardır (50).

Türkiye'de Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun, 7 Kasım 1996 tarihinde kabul edilmiş ve 26 Kasım 1996 tarihli ve 22829 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kanun ülkedeki tütün kontrolü çalışmaları açısından dönüm noktası olmuş ve 1997 yılında %7,7 olan sigara kullanımındaki artış hızı 1998'de %2,8'e düşürülmüştür (51,52).

Tütün kontrolü çerçeve sözleşmesi ise Türkiye tarafından 28 Nisan 2004 tarihinde imzalanmış ve TBMM'de kabul edilerek 30 Kasım 2004'te resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu süreçten itibaren Türkiye'de ulusal tütün kontrolüne yönelik çalışmalar hız kazanmıştır (53,54).

Türkiye’de çerçeve sözleşmesinin imzalanmasının ardından Ekim 2006’da ‘Ulusal Tütün Kontrol Programı’ genelge olarak yayınlanmış ve uygulanabilmesi için Aralık 2007’de 81 ilde ‘İl Tütün Kontrol Kurulları’ oluşturulmuştur. Yürütülecek faaliyetler için ‘Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2008-2012’ hazırlanmış ve kamuoyuna duyurulmuştur (54,55).

Türkiye dünyada az sayıda ülkede bulunan kapsamlı bir tütün kontrolü kanununa sahiptir. Bu yasanın başarılı bir şekilde uygulanması ve güçlendirilebilmesi için multidisipliner ve multisektörel yaklaşımla hükümet, sivil toplum kuruluşları, üniversiteler, medya ve uluslararası kuruluşların dahil olduğu ilgili tüm paydaşların birlikte çalışması gerekmektedir (52).

Tütünle mücadelede tüm topluma ihtiyaç duyulmasının yanı sıra hem hükümet hem de kendi toplulukları tarafından saygı duyulan bir konumda olan tüm sağlık profesyonelleri, bireysel olarak ve örgütleri aracılığıyla, tütün kullanımını azaltma mücadelesinde önemli bir role ve etkiye sahiptirler (56).

3.6. Alkolün Zararlı Kullanımı

3.6.1. Dünyada ve Türkiye’de Alkol Kullanım Sıklığı

Alkol, bağımlılık yaratan özelliklere sahip psikoaktif bir maddedir. Alkolün zararlı kullanımı, tüm dünyada hastalık, sakatlık ve ölüm için en büyük beş risk faktörü arasında yer almaktadır (57).

Alkolün zararlı kullanımı; alkol kullanan kişi, çevresindekiler ve toplumdaki insanlar için zararlı sağlık ve sosyal sonuçlara neden olan içme davranışı olarak tanımlanmaktadır. Alkolün zararlı kullanımı yılda 3,3 milyon ölüme neden olmaktadır ve dünyadaki tüm ölümlerin %5,9’undan alkol tüketimi sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca küresel hastalık ve yaralanma yükünün %5,1’i alkole bağlanmaktadır (57).

Alkolün zararlı kullanımını önleyerek ve azaltarak toplumların sağlığının korunması bir halk sağlığı önceliğidir ve DSÖ’nün amaçlarından biri, alkolün zararlı kullanımından kaynaklanan sağlık yükünü ve sosyal yükü azaltmaktır (57).

Alkollü içki tüketiminin, piyasaya arz edilen içki miktarı olduğu varsayılmaktadır. Kişi başına düşen alkollü içki tüketimi ise piyasaya arz edilen içki miktarının 15 yaş üstü nüfusa bölünmesi ile hesaplanmaktadır. OECD ülkeleri arasında en düşük alkol tüketimi Endonezya, Türkiye, İsrail ve Hindistan'dır. Türkiye'de kişi başına düşen alkol tüketimi 1,4 litredir (58).

DSÖ'nün Küresel Alkol ve Sağlık 2018 raporuna göre 2016 yılında dünya genelinde 2,3 milyar kişi mevcut alkol içicisidir. DSÖ'nün üç bölgesinde (Amerika, Avrupa ve Batı Pasifik) nüfusun yarısından fazlası alkol tüketmektedir. Dünya genelinde on beş yaş üstü nüfus başına toplam alkol tüketimi 2005 yılında 5,5 litre saf alkolden 2010 yılında 6,4 litreye yükselmiş olup 2016 yılında da 6,4 litre olduğu saptanmıştır. Kişi başına düşen alkol tüketiminde en yüksek seviyelerin DSÖ Avrupa bölgesinde olduğu tespit edilmiştir (57).

OECD verilerine göre Türkiye'de 2015 yılında alkollü içki tüketiminin 83,4 milyon litre saf alkol, kişi başına alkol tüketiminin ise 1,39 litre saf alkol olduğu tespit edilmiştir (59).

TÜİK verilerine göre 2016 yılında erkeklerin %19,3'ü, kadınların %5,3'ü alkollü içecek kullanmıştır. Bireylerin alkol kullanmaya başlama nedenlerine bakıldığında ilk sırada 'eğlence amaçlı' kullanım gelmektedir. Takip eden en sık nedenler ise 'arkadaş etkisi' ve 'merak'tır (60).

3.6.2. Alkol Kullanımının Genel Sağlık Etkileri

Küresel hastalık yükünün yaklaşık %5,1'inin alkol tüketimine bağlı olduğu tahmin edilmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, kanserler ve gastrointestinal hastalıklar (büyük ölçüde karaciğer sirozu nedeniyle) bu yükün üçte birinden (% 37,7) sorumludur (57).

Alkolün %90'ı karaciğerde metabolize olurken %10 kadarı değişmeden idrar, ter ve solunum yoluyla atılır. Alkol kullanımının en önemli metabolik etkileri alkol yıkımı sırasında oluşan asetaldehit ve hidrojen nedeniyle meydana gelmektedir (61).

Alkol tüketimine bağlı olarak vücuttaki tüm organ ve sistemler etkilenmekte ve pek çok hastalık meydana gelmektedir. Özefajit, peptik ülser, gastrit, karaciğer zedelenmesi gibi sindirim sistemi hastalıkları; serebellar dejenerasyon, bellek

bozuklukları, periferik nöropati, alkole bağlı demans gibi sinir sistemi hastalıklarına sebep olmaktadır. Kalp damar sistemi, kas iskelet sistemi, endokrin sistem, immün sistem ve solunum sisteminde de çeşitli hastalıklara yol açmaktadır. Hamile iken alkol kullanan annelerin bebeklerinde görülen Fötal Alkol Sendromu da önemli sağlık etkilerindedir (61).

Yüksek düzeyde alkol tüketimi; ağız, nazofarinks, orofarinks, larinks, özefagus, kolon, rektum, karaciğer kanseri ve kadında meme kanseri riski arasında doğrudan bir bağlantı vardır. Yüksek seviyelerde, alkol tüketimi katlanarak artan karaciğer sirozu ve pankreatit riski ile ilişkilidir (57).

Alkolün zararlı kullanımı, fiziksel etkilerin yanı sıra; depresyon, anksiyete bozuklukları, alkolik halüsinozis, alkol paranoyası gibi psikiyatrik sorunlara da neden olmaktadır (61). Alkolün bazı farmakolojik etkilerinin agresif davranışlara ve saldırganlığa neden olarak şiddet içeren suçlarla ilişkili olabileceği yapılan araştırmalar ile gösterilmiştir (62).

3.6.3. Alkolün Bırakılması ve Alkol ile Mücadele

Alkol bağımlılığı tedavisi üç aşamadan oluşmaktadır: Alınan alkolün kesilmesi aşamasında, oluşan yoksunluk belirtilerinin giderilmesi amacıyla ilaç tedavisi ve tıbbi müdahale uygulanır. Rehabilitasyon döneminde kişinin yaşamındaki normal işlevlerine geri dönebilmesi ve alkolsüz yaşama uyum sağlayabilmesi için bilgi ve beceriler kazandırılmaya çalışılır. Nüksü önleme. dönemi ise tedavi modellerine göre değişebilmekle birlikte Adsız Alkoliklerin 12 basamak temeli üzerine kurulu önleme programlarından ve gerekirse ilaç tedavilerinden oluşur (61).

Sağlık profesyonelleri, hastalardaki alkol tüketim düzeylerini değerlendirerek ve izleyerek, tehlikeli ve zararlı alkol kullanımı veya alkol bağımlılığı olan durumlarda kısa süreli müdahaleler, danışmanlık ve gerekirse farmakoterapi ile müdahale ederek alkolün zararlı kullanımının azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır (15).

Alkol kullanımı, oluşturduğu sağlık riskleri nedeniyle izlenmesi gereken bir risk faktörüdür. Ülkemizde alkol tüketimi dünya genelindeki kullanımdan daha düşük olmasına rağmen riskli kullanımdan etkilenen nüfus dikkate alındığında bu soruna

yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sağlık politikası içinde yer alması gerekmektedir (63).

Alkol kontrolü düzenlemeleri olarak Türkiye’de perakende satışın 22.00-06.00 saatleri arasında yapılmaması, içkilerin hediye veya promosyon olarak verilmemesi, 18 yaşından küçüklere alkol satışı yapılmaması, alkollü içkilerin üzerinde uyarıcı işaretler olması gibi uygulamalar bulunmaktadır (58).

DSÖ’nün alkolün zararlı kullanımını azaltma konusundaki küresel stratejisi, toplum sağlığını korumak ve alkole bağlı hastalık yükünü azaltmak için aşağıda belirtilen 10 politika alanını vurgulamaktadır: (64)

- Liderlik, farkındalık ve kararlılık
- Sağlık hizmetlerinin yanıtı
- Toplumun eylemleri
- Alkollü araç kullanma politikaları ve karşı önlemler
- Alkole erişim
- Alkollü içkilerin pazarlanması
- Fiyatlandırma politikaları
- Alkol tüketiminin ve sarhoşluğun olumsuz sonuçlarının azaltılması
- Yasadışı alkolün ve yasal olmayan yollarla üretilen alkolün halk sağlığı üzerindeki etkilerini azaltmak
- İzlem ve denetleme

3.7. Beslenme

3.7.1. Beslenme Kavramı ve Beslenmenin Önemi

Beslenme; büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Vücut yapısının oluşturulması, büyüme ve organların normal işlevlerini yapabilmeleri için gıdaların temini, tüketimi, sindirimi, emilimi, vücutta metabolize edilmesi ve atılmasını kapsamaktadır (65).

Sağlıklı beslenme ve sağlıklı bir yaşam biçimi ile hastalıkların önlenmesi toplumlar için büyük önem taşımaktadır. Toplumun sağlıklı yaşaması ve ekonomik yönden gelişmesi, toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı olmasına bağlıdır. Sağlığın

temeli ise yeterli ve dengeli beslenmedir. Yetersiz ve dengesiz beslenme sağlığın bozulmasına neden olur. Buna bağlı olarak bŸyŸme ve gelişme geriliği meydana gelir, hastalıklara direnç azalır ve toplumsal dŸzensizlikler gŸrŸlŸr. Beslenme sorunlarının en aza indirilmesi ve yok edilmesi, beslenmeye bağlı kronik hastalıkların Ÿnlenmesi, çevre koşullarının dŸzeltilmesi ve geliştirilmesi, sağlıklı besine ulaşımın ve sağlıklı besin tŸketiminini sağlanması ile sŸrdŸrŸlebilir olmaktadır (65,66).

Yiyecekler sindirildikten sonra en kŸçük yapı taşı olan besin Ÿgelerine ayrılır ve ince bağırsaktan emilerek kan yoluyla doku ve organlara taşınır ve oksijen varlığında besin Ÿgelerinden enerji Ÿretilir. Ayrışan kŸçük yapılar başka yapılarda biraraya gelir ve yeni dokular oluşmasını, doku onarımını ve hastalıklara karşı savunma işlevini sağlar. Bu olayların tŸmŸ metabolizma olarak adlandırılır. Vitamin ve mineraller, enzimler ve hormonlar, metabolizmanın denetim altında ve dŸzenli olmasını sağlar (67).

3.7.2. Besin Ÿgeleri

VŸcudun bŸyŸmesi, dokuların yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan besin Ÿgelerinin her birinin yeterli miktarda alınması ve vŸcutta uygun Şekilde kullanılması 'yeterli ve dengeli beslenme' olarak tanımlanır (68).

Besinlerin yapısında bulunan besin Ÿgelerinin herhangi birinin gereğinden az ya da çok alınması ya da alınmaması, sağlığın bozulması ile sonuçlanır. Sağlığın temeli yeterli ve dengeli beslenmedir. Sağlıklı beslenmek için çeşitli besinlerden tŸm besin Ÿgelerinin yeterli ve dengeli alınması gerekmektedir (66).

Besinler; gŸnlŸk diyetle yer alan yenilebilen ve yenildiğinde yaşam için gerekli besin Ÿgelerini içeren bitki ve hayvan dokularıdır. Besinlerin yapıtaşı olan besin Ÿgeleri; makro ve mikro besin Ÿgeleri olmak Ÿzere ikiye ayrılır. Karbonhidrat, yağ ve proteinler makro besin Ÿgelerini, vitaminler ve mineraller mikro besin Ÿgelerini oluşturmaktadır. Makro besin Ÿgeleri vŸcuda enerji sağlarken, mikro besin Ÿgeleri ise enerji oluşumuna yardımcı olur (66).

Makro besin Ÿgelerinin gŸnlŸk tŸketim miktarı 1 gramdan fazladır, sindirimde değişikliğe uğrarlar, vŸcutta sentez edilebilirler, enerji sağlarlar ve yapıtaşı olarak vŸcutta gŸrev alırlar. Mikro besin Ÿgelerinin ise gŸnlŸk tŸketim miktarı 1 gramdan

azdır, değişikliğe uğramadan emilirler, vücutta sentez edilmedikleri için esansiyeldirler ve enerji sağlamazlar (65).

Proteinler: Hücrelerin esas yapısını oluşturur. Büyüme-gelişme ve hücrelerin sürekliliği için başta gelen besin ögesidir. Vücut savunma sistemlerinin, enzimlerin ve bazı hormonların yapısında yer almaktadır. Yetişkin insan vücudunun ortalama %16'sı proteinlerden oluşur. Proteinlerin 1 gramı 4 kkal enerji sağlamaktadır. Günlük diyetle enerjinin %10-20'sinin proteinlerden alınması önerilmektedir (66,68).

Karbonhidratlar: Vücut için en ekonomik ve en hızlı enerji kaynağıdır. Karbonhidratların 1 gramı 4 kkal enerji sağlamaktadır. Günlük diyetle enerjinin %45-60'ının karbonhidratlardan alınması önerilir (66).

Yağlar: Yetişkin insan vücudunun ortalama %15-20'si yağdır. Yağ en çok enerji veren besin ögesi olmakla birlikte 1 gramı 9 kkal enerji sağlamaktadır. Günlük diyet enerjisinin %20-35'inin yağlardan alınması, trans yağ asidi alımının ise enerjinin %1'inden az olması önerilmektedir (66,68).

Vitaminler: Vücutta sentezlenmeyen, bu nedenle dışardan alınması gereken, yaşam için gerekli organik bileşiklerdir. Yağda (A, D, E, K) ve suda (B grubu ve C) eriyen vitaminler olmak üzere ikiye ayrılırlar (69).

Mineraller: Vücudun büyümesi ve gelişmesi, yaşamın sürdürülebilmesi ve sağlığın korunması için minerallere ihtiyaç duyulmaktadır. Vücudumuzun %4'lük kısmını oluştururlar ve kemik, diş, kas, kan gibi dokularda bulunurlar (69).

Su: Besinlerin sindirimi, dokulara taşınmaları, hücrelerde kullanılmaları sonucu oluşan zararlı atıkların ve vücutta oluşan fazla ısının vücuttan uzaklaştırılması için gereklidir (69).

3.7.3. Besin Grupları

Her besin, içinde bulunan besin ögeleri açısından farklılık gösterebilir ancak bazı besinler içerik açısından birbirine benzediği için birbirlerinin yerine geçebilirler. Besin ve Beslenme Konseyi tarafından 1958 yılında besinlerin dört grup altında toplanmasının uygun olacağını belirtilmiştir. 1985 yılında ise besinlerin piramit içinde gösterilmesinin ve piramidin tabanında çok tüketilecek, üst kısmında az tüketilmesi

gereken besinleri gösterilmesinin farkındalığı artıracağı düşünülerek “Beslenme Piramidi” kullanımına geçilmiştir (65,66).

Türkiye’de günlük alınması gereken temel besinlerin planlanmasında dört besin grubunun kullanılmasının daha uygun olacağı karar verilmiş ve gruplar dört yapraklı yonca şeklinde ifade edilmiştir (65,66).

Türkiye Beslenme Rehberi 2015’te ise sebze ve meyvelerin aynı grupta değerlendirilebileceği ancak sebze ve meyve tüketiminin beslenmedeki önemi nedeniyle ayrı gruplar olarak ele alındığı belirtilmiştir. Besinler, içerdikleri besin öğelerine göre 5 alt grupta toplanmıştır (65,66):

1. Süt ve süt ürünleri
2. Et, yumurta, kurubaklagiller ve yağlı tohumlar
3. Ekmek ve tahıllar
4. Sebze grubu
5. Meyve grubu



Şekil 3.2. Sağlıklı yemek tabağı (70).

Yetişkin bireyler için her gün 3 porsiyon, çocuklar, adolesanlar, gebe ve emziren kadınlar ve menopoz sonrası kadınlar için ise 2-4 porsiyon süt tüketmeleri önerilmektedir. Et, yumurta, kurubaklagiller ve yağlı tohumların yetişkin bireyler ve gençler için günde 2,5-3 porsiyon tüketilmesi önerilmektedir. Günde en az beş porsiyon sebze ve meyve tüketilmeli, bunların en az 2,5-3 porsiyonu sebze, 2-3 porsiyonu meyve olmalıdır. Tahıl grubu günde ortalama 3-7 porsiyon tüketilmelidir. Tüketilecek miktar kişinin vücut ağırlığı, yaşı, cinsiyeti ve fiziksel aktivite düzeyine göre

değişkenlik gösterebilir. Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanabilmesi için önerilen, her öğünde her besin grubundan bir besinin seçilerek tüketilmesidir. Ek olarak günlük beslenmede zeytinyağının yer alması ve önerilen miktarda su tüketimi sağlıklı yaşam biçimi için önem taşımaktadır (66,67).

3.7.4. Dünya’da ve Türkiye’de Beslenme ve Sağlık Sorunları

Beslenme, yaşam boyu sağlığın teşviki ve korunmasında büyük önem taşımaktadır. Obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, osteoporoz ve diş hastalıkları gibi beslenme ile ilişkili bulaşıcı olmayan hastalıklar toplum ve devlete doğrudan maliyet açısından ya da engelliğe ayarlanmış yaşam yılı (DALY) açısından en büyük halk sağlığı yükünü sunan hastalıklardır. Bu nedenle önleme faaliyetlerine de gerekli önem verilmelidir (71).

Fazla kiloluluk ve obezite, aşırı enerji, doymuş yağ, trans yağ, şeker ve tuz tüketimine ek olarak düşük meyve sebze ve tam tahıl tüketimi bulaşıcı olmayan hastalıklar için başlıca risk faktörleridir (72).

Dünya genelinde neredeyse her üç kişiden birinde en az bir dengesiz beslenme ile ilişkili durum (yetersiz beslenme, vitamin veya mineral yetersizliği, fazla kiloluluk ya da obezite) görülmekte ve dünya nüfusunun büyük bir kısmı kalp hastalığı, felç, diyabet ve kanser gibi diyetle ilgili hastalıklardan etkilenmektedir (73).

Beslenme ve sağlık dünya genelinde temel insan hakkı olarak tanımlanmaktadır. İnsan haklarına saygı göstermek, iyileştirmek ve korumak, sağlıksız beslenmenin ve beslenmeyle ilişkili bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrol edilmesinde ayrılmaz bir parçadır (72).

Yiyeceklere erişim genellikle ekonomik güç, eşitsizlik, ayrımcılık ve sosyal statü ile ilişkilidir, bu nedenle bazı insanlar sağlıklı bir diyetle erişimde diğerlerinden daha fazla güçlük çekerler. Buna bağlı olarak yetersiz beslenmenin neden olabileceği ya da kötüleştirebileceği bazı bulaşıcı hastalıkların (sık bağırsak enfeksiyonları, malaria, HIV/AIDS ve tüberküloz gibi) görülme olasılığı daha yüksektir. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki düşük sosyoekonomik statüdeki insanlar fazla kiloluluk ve obezite açısından daha fazla risk altındadır (73).

Türk halkının beslenme alışkanlıklarına bakıldığında Türkiye’de temel besin, ekmek ve diğer tahıl ürünleridir. Yıllar içinde besin tüketimleri eğilimlerine bakıldığında ekmek, süt, yoğurt, et ve et ürünleri, taze sebze ve meyve tüketiminin azaldığı; yumurta, kurubaklagil ve şeker tüketiminin ise arttığı görülmektedir. Toplam yağ tüketiminde önemli değişiklik olmamakla birlikte bitkisel sıvı yağ tüketiminin katı yağa oranla arttığı görülmektedir. Toplam protein tüketimi kişi başına yeterli seviyededir ancak proteinin çoğu bitkisel kaynaklı olup hayvansal protein tüketimi yetersizdir. Kalsiyum, A vitamini ve riboflavini yetersiz tüketenlerin yüzdesi oldukça yüksektir. Kalsiyum ve riboflavin yetersizliğinin temel nedeni süt ve ürünlerinin yetersiz tüketilmesidir. Yetersiz demir tüketimi az olmasına rağmen demir eksikliği anemisi sık görülmektedir (36).

3.7.5. Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin Sonuçları

Yetersiz ve dengesiz beslenme birçok hastalığın doğrudan sebebi olabileceği gibi yetersiz ve dengesiz beslenen kişiler daha kolay hasta olur ve hastalıkları daha ağır seyreder. Dengesiz beslenmenin etkilediği grupların başında gelişmekte olan çocuklar, gençler, gebe ve emziren anneler gelmektedir.

Ekonomik açıdan gelişmiş olmanın ilk şartı insan gücünü, üretimi artırmak için kullanabilmektir. Yetersiz ve dengesiz beslenme insanın çalışma, planlama ve yaratıcı yeteneğini azaltır. Yetersiz ve dengesiz beslenen bireylerin yaşadıkları sağlık sorunları toplum için bir yük oluşturur (68).

Yetersiz ve dengesiz beslenmenin sonucu olarak; protein enerji yetersizliği, kronik enerji yetersizliği, demir yetersizliği anemisi, iyot yetersizliğine bağlı hastalıklar, obezite, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, kanser, diyabet gibi sağlık sorunları görülebilmektedir (36).

Diyetle fazla miktarda toplam yağ, doymuş yağ, trans yağ ve kolesterol tüketimi; kalp ve damar hastalıkları, diyabet, obezite, kanser başta olmak üzere beslenme ile ilişkili pek çok bulaşıcı olmayan hastalığa neden olabilmektedir (66).

Alınması gereken miktardan fazla tuz tüketimi (günde 5 gramın üstünde); kardiyovasküler hastalıklar, böbrek hastalıkları, hipertansiyon, inme, osteoporoz ve

bazı kanser türlerine neden olabilmektedir. Tuz tüketiminin günlük 5 gramı geçmemesi ve iyotlu tuz tercih edilmesi önerilmektedir (66).

Şeker ve şekerli yiyeceklerin gerektiğinden fazla tüketimi, fazla ve gereksiz enerji alımına, obeziteye neden olur. Ayrıca fazla şeker tüketimi kalp-damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, böbrek hastalıkları ve metabolik sendrom ile ilişkili olduğundan tüketimlerinin azaltılması sağlık için önem taşımaktadır (66).

3.8. Fiziksel Aktivite

3.8.1. Fiziksel Aktivite Tanımı ve Önemi

DSÖ, fiziksel aktiviteyi, enerji harcaması gerektiren iskelet kaslarının ürettiği herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlar. Günlük yaşamda kas ve eklemlerin kullanılarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını artıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler şeklinde de tanımlanmaktadır. Yürümek, koşmak, sıçramak, yüzmek, bisiklete binmek, çömelme-kalkmak, kol ve bacak hareketleri, baş ve gövde hareketleri gibi hareketlerin tümünü ya da bir kısmını içeren çeşitli spor dalları, dans, egzersiz, oyun ve gün içerisindeki aktiviteler, fiziksel aktivite olarak kabul edilmektedir (74,75).

Hareketsiz yaşam dünya genelinde giderek artan bir boyuta ulaşmıştır. Buna bağlı olarak gelişen bedensel ve ruhsal hastalık ve sorunların giderek arttığı görülmektedir. Hareketsiz yaşam, diğer risk faktörleri ile birlikte bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişmesinde önemli rol oynamaktadır. Fiziksel aktivite ise bu hastalıklar için hem koruyucu, hem iyileştirici etkilere sahiptir (76).

3.8.2. Dünya’da ve Türkiye’de Yetersiz Fiziksel Aktivite Sıklığı

DSÖ’nün önerisine göre yetişkinler için yeterli fiziksel aktivite için istenilen; “haftada en az 150 dakika orta şiddetli aerobik fiziksel aktivite veya 75 dakika yüksek şiddetli aerobik fiziksel aktivite veya buna eşdeğer olacak şekilde orta-yüksek şiddetli fiziksel aktivite kombinasyonu”dur. Bu seviyenin altında yapılan fiziksel aktiviteler yetersiz fiziksel aktivite olarak tanımlanmaktadır (77).

Yetersiz fiziksel aktivite, her yıl 3,2 milyon kişinin ölümüne neden olan küresel mortalite için en önemli 10 risk faktöründen biridir. Yeterli fiziksel aktivite yapmayan yetişkinlerde, (DSÖ'nün önerdiği şekilde haftada en az 150 dakika orta şiddette fiziksel aktivite ya da eşdeğeri) tüm nedenlere bağlı ölüm riski %20–30 artmıştır (15).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar küresel durum raporuna bakıldığında 2010 yılında 18 yaş ve üstü yetişkinlerin %23'ü fiziksel olarak etkin değildir. Kadınlar erkeklerden daha az aktif olmakla birlikte, kadınların %27'si ve erkeklerin ise %20'si önerilen fiziksel aktivite seviyesine ulaşamamıştır (15).

DSÖ Doğu Akdeniz Bölgesi (% 31) ve Amerika Bölgesi (% 32) en yüksek yetersiz fiziksel aktivite prevalansına sahipken, prevalansın en düşük olduğu bölgeler Güneydoğu Asya (% 15) ve Afrika (% 21) bölgeleridir. Tüm bölgelerde, kadınların erkeklerden daha az aktif oldukları görülmektedir, Doğu Akdeniz Bölgesi ve Amerika Bölgesi'nde ise erkekler ve kadınlar yetersiz fiziksel aktivite sıklıkları arasında % 10 ve üstünde fark bulunmuştur (15).

Yetişkinlerde yetersiz fiziksel aktivite ülkelerin gelir seviyesine göre artış göstermiştir. Düşük gelirli ülkelerde % 17 iken yüksek gelirli ülkelerde % 33'e çıkmıştır (15).

DSÖ Avrupa bölgesinde yetişkinlerin üçte birinden fazlasının yetersiz fiziksel aktivite gösterdiği bildirilmektedir. Buna ek olarak yetişkinlerin büyük kısmı hareketsiz yaşam tarzına katkıda bulunabilecek şekilde günde dört saatten fazla oturmaktadır (78).

Türkiye'de 2017 yılında yapılan çalışmanın sonuçlarına göre 15 yaş ve üstü nüfusun %43,6'sının DSÖ'nün sağlık için fiziksel aktivite tavsiyelerini karşılamadığı görülmüştür. Bu yüzde kadınlarda (%53,6) erkeklere göre (%33,1) anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (11).

3.8.3. Fiziksel Aktivitenin Sağlık Üzerine Etkileri

Fiziksel inaktivite, küresel ölümlerin %6'sını oluşturmaktadır. Yüksek kan basıncı (%13), tütün kullanımı (%9) ve yüksek kan şekerinden (%6) sonra dördüncü sıradadır. Aşırı kilo ve şişmanlık ise küresel ölümlerin %5'inden sorumludur (79).

Fiziksel inaktivite düzeyleri birçok ülkede artmakta ve kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların yaygınlığı ve yüksek kan basıncı, yüksek kan şekeri ve fazla kiloluluk gibi risk faktörleri üzerinde önemli etkileri olmaktadır. Fiziksel inaktivitenin, meme ve kolon kanseri yükünün yaklaşık %21–25'inin, diyabetin %27'sinin ve iskemik kalp hastalığı yükünün yaklaşık %30'unun başlıca nedeni olduğu tahmin edilmektedir (79).

Düzenli fiziksel aktivite yapmanın koroner kalp hastalığı ve felç, diyabet, hipertansiyon, kolon kanseri, meme kanseri ve depresyon riskini azalttığı gösterilmiştir. Ek olarak, fiziksel aktivite, enerji harcamasının kilit bir belirleyicisidir ve bu nedenle enerji dengesi ve kilo kontrolü için temeldir (77).

Fiziksel aktivite bireylere sosyal, bedensel ve ruhsal yönden yarar sağlamaktadır. Aynı zamanda beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi, sigara, alkol kullanımı gibi zararlı sağlık davranışlarının azaltılması, iş kapasitesinin artırılması, sosyal ilişkilerin güçlendirilmesi gibi durumları olumlu yönde etkilemektedir (76).

Fiziksel aktivitenin sağlık üzerine olumlu etkileri göz önüne alındığında, bireylerin hem sağlık durumlarını hem de yaşamlarını olumlu etkileyebilmek için toplumsal bilinç artırılmalı ve düzenli fiziksel aktivite yapılması teşvik edilmelidir (80).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Ankara iline bağlı Güdül ilçesinde yapılmıştır. Ankara'nın 89 km kuzeybatısında yer alan ilçe Beypazarı ve Ayaş ilçelerine komşudur (Şekil 4.1). Tarihi MÖ 3000-3500 yıllarına kadar uzanmaktadır. İlçenin yüzölçümü 419 km²'dir (81).

Ankara nüfusunun geneli incelendiği zaman yaşlı nüfusun payının giderek artacağı öngörülmektedir. Ancak hali hazırda özellikle Çamlıdere, Güdül ve Evren gibi ilçelerde yaşlı nüfusun arttığı ve bu artan nüfusun sağlık, sosyal yaşam ve ekonomi üzerindeki etkileri rapor edilmektedir (82). Yaşlı nüfusun payının yüksek olmasına bağlı olarak bu ilçelerde bulaşıcı olmayan hastalıkların sıklığının da giderek artacağı öngörülmektedir. Ankara'nın yaşlı nüfusunun en fazla olduğu üç ilçesinden biri olan Güdül ilçesinin net göç hızı düşüktür (Binde 2,05). İlçenin, İç Anadolu bölgesinin kültürel özelliklerine benzer olduğu söylenebilir. Güdül'de son yıllarda bağcılık önem kazanmış, özellikle Karacaören, Yeşilöz, Adalıkuzu köyleri yetiştirdikleri sofralık üzümleriyle ön plana çıkmıştır. Bunun yanı sıra kiraz, domates, havuç üretimi yapılmakta ve Kiraz Festivali düzenlenmektedir (81,82,83,84).

İlçenin toplam nüfusu 2017 yılı¹ nüfus tespit çalışmalarına göre 4143'ü kadın 3907'ü erkek olmak üzere toplamda 8050 kişiden oluşmaktadır (84). İlçe nüfusunun yaş bantlarına göre dağılımı Tablo 4.1'de, nüfus piramidi Şekil 4.2'de belirtildiği gibidir.

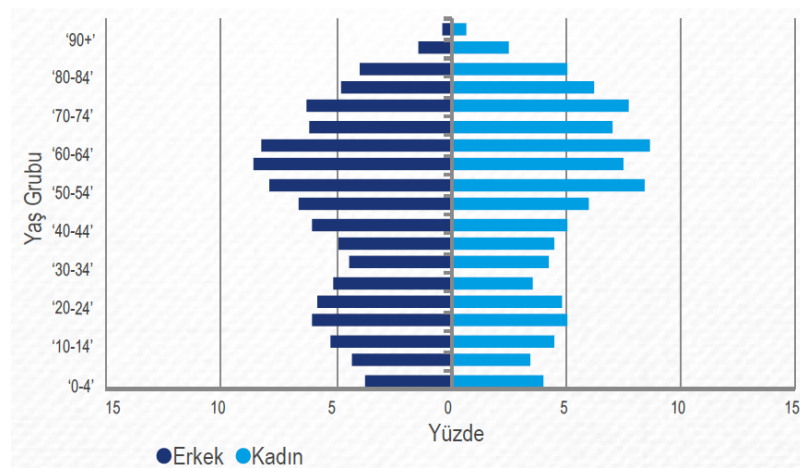


Şekil 4.1. Ankara ili haritası (85).

¹Bu araştırmada, veriler 2018 yılı Ekim ve Kasım aylarında toplandı için araştırmanın planlama aşamasında 2017 yılı nüfus tespit çalışması rakamları dikkate alınmıştır.

Tablo 4.1. Güdül ilçesi 2017 yılı nüfusunun ya bantlarına ve cinsiyete göre dağılımı (84).

Yaş Aralığı	Kadın		Erkek	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
0-4	157	3,8	139	3,6
5-9	144	3,5	156	4,0
10-14	167	4,0	180	4,6
15-19	190	4,6	208	5,4
20-24	189	4,6	224	5,7
25-29	170	4,1	209	5,3
30-34	150	3,6	186	4,8
35-39	179	4,3	181	4,6
40-44	201	4,9	213	5,5
45-49	242	5,8	243	6,2
50-54	327	7,9	302	7,7
55-59	369	8,9	355	9,1
60-64	359	8,7	385	9,9
65-69	336	8,1	286	7,3
70-74	275	6,6	205	5,2
75-79	319	7,7	220	5,6
80-84	200	4,8	125	3,2
85-89	127	3,1	64	1,6
90+	42	1,0	26	0,7
Toplam	4143	51,5	3907	48,5



Şekil 4.2. Güdül ilçesi 2017 yılına ait nüfus piramidi (82).

İlçe 31 mahalleden meydana gelmektedir. Aşağı Mahalle, Yukarı Mahalle, Yeni Mahalle ve Emirler Mahallesi, ilçenin merkez mahallelerini oluşturmakta olup “Merkez Mahalle” olarak adlandırılmaktadır. GÜDÜL Belediye Başkanı ile kişisel görüşme sonucu elde edilen verilere göre Merkez Mahallenin toplam nüfusu 2452’dir (86). Mahallelere göre nüfusun yaş bantlarına ve cinsiyete göre dağılım verilerine ulaşılamamıştır. Bu nedenle ilçe nüfusunun Tablo 4.1’deki yaşa ve cinsiyete göre dağılımı temel alınarak GÜDÜL Merkez Mahalle’nin yaşa ve cinsiyete göre dağılımının Tablo 4.2’deki gibi olduğu varsayılmıştır.

Tablo 4.2. GÜDÜL İlçe Merkezi 2017 Yılı Nüfusunun Yaş Bantlarına ve Cinsiyete Göre Tahmini Dağılımı.

Yaş Aralığı	Kadın		Erkek	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
0-4	48	3,8	42	3,5
5-9	44	3,5	48	4,0
10-14	51	4,0	55	4,6
15-19	58	4,6	63	5,3
20-24	57	4,5	68	5,7
25-29	52	4,1	64	5,4
30-34	46	3,6	57	4,8
35-39	54	4,3	55	4,7
40-44	61	4,8	65	5,5
45-49	74	5,9	74	6,2
50-54	100	7,9	92	7,7
55-59	112	8,9	108	9,1
60-64	109	8,6	117	9,8
65-69	102	8,1	87	7,3
70-74	84	6,7	62	5,2
75-79	97	7,7	67	5,6
80-84	61	4,8	38	3,2
85-89	39	3,1	20	1,7
90+	13	1,1	8	0,7
Toplam	1262	51,5	1190	48,5

4.2. Araştırmanın Evreni, Örnekleme ve Araştırma Grubu

Araştırmada örneklem seçilmemiştir. Güdül ilçesinin dört merkez mahallesindeki tüm hanelere gidilerek her haneden bir kişi ile görüşülmüştür. Hanelerde bulunan 18 yaş üstü bütün bireylere ilişkin bilgi toplanması hedeflendiğinden, bilgilerin olabildiğince doğru toplanmasını sağlamak için hanelerde görüşmelerin 18-64 yaş arasındaki kişilerle yapılması ngrlmş, hanede yaşayan herkes 65 yaş veya üstünde ise yaşça en küçük olan kişiyle görüşülmüştür. Görüşülecek kişi, hanede araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan kişiler arasından kura ile belirlenmiştir.

Araştırma verilerinin toplandığı süre içerisinde araştırma bölgesinde oturuhan toplam hane sayısı 726'dır (Yazın ilçe merkezindeki evlerinde oturup, verilerin toplandığı dönemden önce Güdül ilçe merkezi dışındaki kişlik evlerine geçmiş olan ailelerin Güdül ilçe merkezindeki boş olan evleri bu sayıya dahil değildir). Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen kişi sayısı 83'tür. Araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler arasından dahil edilme kriterlerine uygun olmayan 25 kişi araştırma dışında bırakılmıştır. Birkaç kez gidilmesine rağmen 92 hanede evde kimse bulunamamıştır. Sonuçta araştırma, toplam 526 kişi üzerinden yapılmıştır. Bu nedenle araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymayan 25 kişi ve katılmayı kabul etmeyen 83 kişi toplam hane sayısından çıkarılarak, toplam 618 hane üzerinden araştırmanın tamamlanma yüzdesi %85,1 olarak hesaplanmıştır.

Veri toplama sürecinde görüşülen 526 kişiden, bu kişiler ile birlikte aynı hanede yaşayan 855 kişinin daha olduğu öğrenilmiştir. Böylece 526 hanede yaşayan toplam 1381 kişinin sosyodemografik özellikleri ve yaşadıkları konut özellikleri incelenmiştir. Bu 1381 kişiden 270'i 18 yaş altında olduğu için araştırma dışında tutulmuştur. Böylece araştırma kapsamında 18 yaş ve üstü toplam 1111 kişinin (526 kişi + 585 kişi) verisi toplanmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili 585 kişiye ait bilgiler, yüz yüze görüşülen 526 kişi aracılığıyla toplanmıştır. Ek olarak yüz yüze görüşülen 526 kişinin ise bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilişkili olabilecek risk faktörleri incelenmiştir.

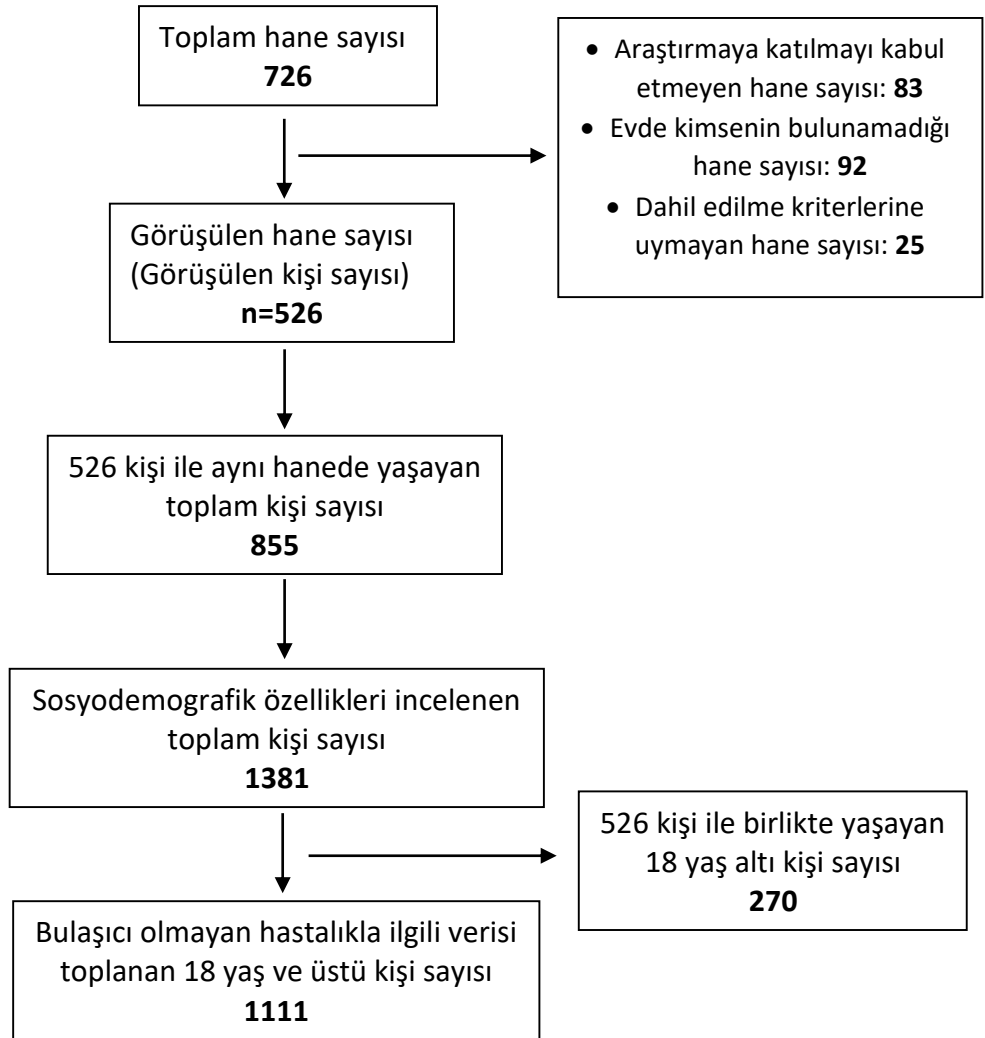
Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- On sekiz yaş ve üstünde olmak.
- Koopere olmak ve hanehalkı bilgilerini en sağlıklı şekilde verebilecek durumda olmak.
- Sorulara yanıt vermeyi engelleyecek herhangi bir fiziksel, mental sağlık sorununa sahip olmamak.

Araştırmadan dışlanma kriterleri:

- Görüşmenin yarıda bırakılması.
- Verilen bilgilerin eksik olması veya güvenilir olmaması.
- Daimi ikametgahının gidilen adresteki hane olmaması.

Araştırmanın akış şeması aşağıda belirtilmiştir.



4.3. Araştırmanın Tipi:

Araştırma kesitsel tipte bir epidemiyolojik araştırmadır.

4.4. Araştırmanın Değişkenleri

4.4.1. Bağımsız Değişkenler

- Bazı sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, sağlık güvencesi, kadınlar için doğurganlık özellikleri)
- Tütün kullanma durumu
- Alkol tüketim alışkanlığı
- Beslenme alışkanlığı
- Fiziksel aktivite yapma durumu
- Kanser tarama testleri konusundaki bazı bilgileri
- Genel Sağlık Anketi ölçek puanı
- Bulaşıcı olmayan hastalık ile ilişkili bazı metabolik risk faktörleri (Hipertansiyon, hiperlipidemi)

4.4.2. Bağımlı Değişkenler

- Bulaşıcı olmayan hastalık ve bulaşıcı olmayan hastalık ile ilişkili bazı metabolik risk faktörlerinin varlığı (hipertansiyon, diyabet, hiperkolesterolemi, inme, miyokard enfarktüsü, KOAH, kanser, demans, depresyon vb)

4.5. Araştırmanın Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Araştırmanın veri toplama aşamasında 13 bölümden oluşan 151 soru içeren veri toplama formu kullanılmıştır (Bkz. EK 1). Araştırmada kullanılan veri toplama formu, araştırma evreninin bulaşıcı olmayan hastalıklar ve ilişkili risk faktörlerinin tespitine yönelik soruları içerecek biçimde benzer çalışmalarda kullanılan sorular incelenerek, araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Veri toplama formunda Türkçe

geçerlik güvenirliği Öztürk ve arkadaşları tarafından yapılan Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA) ile Türkçe geçerlik güvenirliği Kılıç tarafından yapılmış olan Genel Sağlık Anketi kullanılmıştır (87,88). Araştırma kapsamında, katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri, bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin bazı özellikleri ve risk faktörleri (konut özellikleri, tütün ve alkol kullanımı, beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıkları, hanehalkı kronik sağlık sorunları, kanser tarama testleri, doktor tarafından yapılan sağlıklı yaşam önerileri, kaza ve yaralanma durumları, hanehalkı ölüm bilgileri, genel sağlık anketi) sorulmuştur.

Araştırmacı ile birlikte Güdül Belediye Başkanlığı tarafından görevlendirilen en az lise mezunu olan dört kişi veri toplama sürecine katkıda bulunmuştur. Veri toplama aşamasının öncesinde araştırma yöneticisi ve araştırmacı tarafından, anketörlere araştırmanın amacı, veri toplama formu ve veri toplama yöntemi konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Kişiler, saha çalışmasına başlamadan önce Güdül ilçesine bağlı Sapanlı Köyünde beşer anket uygulayarak veri toplamanın ön denemesini yapmışlardır.

Veri toplama sürecinde araştırmacı ve anketörler tarafından hanelere gidilerek yüz yüze görüşme yöntemiyle veri toplama formu doldurulmuştur.

Görüşülen kişilerin boy ve kilo ölçümleri Tanita marka tartı ve boy ölçer kullanılarak yapılmış ve kaydedilmiş, kişiye ait beden kitle indeksi hesaplanmıştır. Her gün ölçüm öncesi tartı aleti aynı marka 5 litrelik su ile kontrol edilmiştir. Her ölçüm öncesi tartının 0,0'ı gösterdiği kontrol edilmiştir. Her gün boy ölçer sabit 1 metrelik cetvel ile ölçülerek kontrol edilmiştir.

Anket uygulamasına başlamadan önce katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır. Aydınlatılmış onam formu, anketin ilk sayfasında yer almaktadır.

Araştırmanın veri toplama süreci iki ay sürmüştür.

4.6. Araştırmanın Ön Denemesi

Araştırmada kullanılan veri toplama formunun son haline getirilmesinden önce araştırmacı tarafından Güdül'ün Yeşilöz mahallesinde ev ziyareti yapılarak farklı yaş, eğitim ve sosyoekonomik düzeylerden 20 kişi ile hane halkı temelli görüşmeler

yapılmıştır. Bir kişi ile görüşmenin 15-30 dakika arasında değiştiği görülmüştür. Ön deneme sonrasında veri toplama formunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

4.7. Araştırmada Kullanılan Bazı Tanım, Kriter ve Ölçekler

Genel Sağlık Anketi: Ölçek 12 sorudan oluşmakta olup her soru dört seçeneklidir ('hiç olmuyor', 'her zamanki kadar', 'her zamankinden sık', 'çok daha sık'). Puanlama GSA el kitabında önerildiği şekilde ilk iki seçeneğe '0' puan, üçüncü ve dördüncü seçeneğe '1' puan verilerek (0-0-1-1) yapılır. Ölçekten alınacak en düşük puan 0 en yüksek puan 12'dir. Puandaki artma ruhsal hastalık riskine işaret etmektedir. Genel Sağlık anketi'nin 12 soruluk formunda 2 ve üstünde puan alan kişilerde psikiyatrik bir rahatsızlık bulunma olasılığının yüksek olduğu belirtilmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır. İç tutarlılık katsayısı 0,78, test tekrar test korelasyon katsayısı 0,84'tür (17).

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Form (IPAQ) (UFAA): Yetişkinlerin fiziksel aktivite seviyelerini belirlemek için tasarlanan, kısa ve uzun formu bulunan bu anketin uluslararası geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 2000 yılında Craig ve arkadaşları, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2005 yılında Öztürk ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (88,89).

Anketin kısa formu yedi sorudan oluşmaktadır ve son 7 gün içerisinde; yürüme, orta-şiddetli ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır. Her aktivitenin tek seferde en az 10 dakika yapılıyor olması ölçüt alınmaktadır. Toplam skorun hesaplanması; yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ve frekans (günler) toplamını içermektedir. Bu hesaplamalarda elde edilen sonuç MET-dakika şeklindedir. Bir MET-dakika, yapılan aktivitenin dakikası ile MET skorunun çarpımından elde edilir.

- Yürüme MET-dk/hf = 3.3 x yürüme dakikası x yürüme günü
- Orta şiddetli MET-dk/hf = 4.0 x orta şiddetli aktivite dakikası x orta şiddetli aktivite günü
- Şiddetli aktivite MET-dk/hf = 8.0 x Şiddetli aktivite dakikası x şiddetli aktivite günü

Sayısal verilere göre yapılan sınıflandırmada üç fiziksel aktivite seviyesi vardır:

Düşük fiziksel aktivite düzeyi: Fiziksel aktivitenin yapılmadığı ya da yapılan fiziksel aktivitenin ikinci ve üçüncü kategori için yeterli olmadığı durumdur.

Orta fiziksel aktivite düzeyi: Aşağıdaki kriterlerden herhangi birini karşılayanlar orta fiziksel aktivite sınıfına girerler:

- ✓ Üç ya da daha fazla gün, günde en az 20 dakika yoğun fiziksel aktivite yapmak
- ✓ Beş ya da daha fazla gün orta yoğunlukta fiziksel aktivite veya yürümenin günde en az 30 dakika yapılması
- ✓ Minimum 600 MET-dak/haftayı karşılayacak 5 ya da daha fazla gün yürüme, orta yoğunlukta ya da yoğun fiziksel aktivitenin birleşimi

Yüksek fiziksel aktivite düzeyi: Bu ölçüm yaklaşık olarak en az günde bir saat veya daha fazla olan orta şiddetli bir aktiviteye eşittir. Bu kategori, sağlıkla ilgili yararların sağlanmasında gereken düzeydir.

- ✓ Minimum 1500 MET-dak/haftayı sağlayan, haftada en az 3 gün ağır/çok yoğun fiziksel aktivite ya da
- ✓ Minimum 3000 MET-dak/haftayı sağlayan 7 veya daha fazla gün yürüme orta şiddetli ya da yoğun fiziksel aktivitenin kombinasyonu (90)

IPAQ oturma sorusu ek bir belirleyicidir. Fiziksel aktivite skorlamasında yer almaz. Kategorisel seviye olarak gösterilen kabul edilmiş bir eşik değeri yoktur.

DSÖ'nün yetişkinler için önerdiği Yeterli Fiziksel Aktivite Düzeyi: Haftada 150 dakika orta şiddetli veya 75 dakika yüksek şiddetli fiziksel aktivite veya en az 600 MET/dk'yı karşılayacak orta-yüksek şiddetli fiziksel aktivite kombinasyonu (77).

Düşük şiddetli fiziksel aktivite: Nefes almanın ve kalp atım sayısının dinlenme durumundaki değerinden biraz yukarda olduğu, çok az çaba gerektiren yavaş yürüyüş, ev işleri gibi günlük aktiviteler.

Orta şiddetli fiziksel aktivite: Nefes alımının ve kalp atım hızının normalden daha fazla olduğu, orta derecede çaba gerektiren hızlı yürüyüş, düşük tempolu koşu,

dans etme, ip atlama, yüzme, masa tenisi, yavaş tempoda bisiklet sürme gibi aktiviteler.

Yüksek şiddetli fiziksel aktivite: Nefes alımının ve kalp atım hızının normalden çok daha fazla olduğu çok fazla çaba gerektiren tempolu koşu, basketbol, futbol, voleybol, hentbol, tenis, step-aerobik, tempolu dans gibi aktiviteler (91).

MET: Metabolik eşdeğeri ifade eder ve 1 MET sakin bir şekilde otururkenki (istirahat halinde) enerji harcama hızı olarak tanımlanır. Bu değer fiziksel aktivite sırasında hareketin şiddeti arttıkça kişinin metabolizmasının dinlenme durumuna göre katlandığı değeri gösterir. Fiziksel aktiviteler sıklıkla MET'i referans olarak kullanarak yoğunluklarına göre sınıflandırılır (77,91).

Bulaşıcı olmayan hastalık görülme durumu: Katılımcıların beyanına dayalı olarak diyabet, kalp hastalığına bağlı göğüs ağrısı veya kalp krizi öyküsü (koroner kalp hastalığı), inme/felç öyküsü, kronik akciğer hastalığı, kanser, psikiyatrik hastalık durumlarından en az birinin olması "bulaşıcı olmayan hastalık görülme durumu" olarak tanımlanmıştır. Hipertansiyon ve kolesterol yüksekliği metabolik risk faktörleri olarak değerlendirilmiştir.

4.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirme

Araştırmada verilerin elektronik ortama aktarılması (veri girişi) ve istatistik analizler için "IBM Statistics Package for Social Sciences (SPSS ver. 23.0)" programı kullanılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak, dağılım istatistikleri ise ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değer olarak belirtilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu analitik (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilks analizleri) ve görsel (histogram ve olasılık grafikleri) yöntemlerle değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler için gruplar arasındaki farklılık Pearson Ki-Kare testi ve Fisher's Exact testi ile değerlendirilmiştir. Hipertansiyon, diyabet, kolesterol yüksekliği ve koroner kalp hastalığı görülme durumları için, literatür bilgisine göre risk faktörü olduğu bilinen değişkenler kullanılarak lojistik regresyon analizi yapılmıştır (Modellere eklenen değişkenler Tablo

4.3'te gösterilmiştir). Analizlerde, tip 1 hata değeri %5'in altında ($p < 0,05$) olan durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

İnme/felç geçirme durumu, kronik solunum yolu hastalıkları varlığı, kanser ve psikiyatrik hastalık varlığı veri sayılarının modelleme yapmak için yeterli olmaması nedeniyle lojistik regresyon analizi bu hastalıklar için yapılamamıştır. Benzer şekilde, erkek katılımcıların sayısının az olması, buna bağlı olarak bulaşıcı olmayan hastalığa sahip kişi sayısının az olması nedeniyle veriler lojistik regresyon modellemesi için yeterli olmamıştır. Yapılan tek değişkenli analizlerde menopoza sonrası dönemde bulaşıcı olmayan hastalık ve ilişkili risk faktörlerinin görülme durumunun, menopoza öncesi dönemdeki kadınlara göre anlamlı bir şekilde daha fazla olması nedeniyle, tabloda belirtilen değişkenlere menopozal dönem eklenerek kadınlar için ayrıca lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

Lojistik regresyon analizine eklenen yaş değişkeni; ortanca yaş sınırı belirlenerek < 53 yaş ve ≥ 53 yaş olmak üzere iki kategorilidir. Kişilerin öğrenim durumu, yapılan tek değişkenli analizlerde farklılık yaratan gruplar dikkate alınarak 'lise altı' ile 'lise/üniversite ve üstü' olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Fiziksel aktivite yapma durumu DSÖ önerisi göz önünde bulundurularak yeterli fiziksel aktivite yapan ve yetersiz fiziksel aktivite yapan olmak üzere iki grupta değerlendirilmiştir. Beden kitle indeksi, tek değişkenli analizlerde değerlendirildiği şekliyle zayıf-normal, fazla kilolu, obez olmak üzere üç gruptur. Tütün kullanımı, tuz içeriği yüksek işlenmiş gıda tüketimi ve tereyağ kullanımı ile bazı bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme durumları arasında Ki-Kare testlerinde/Fisher's Exact testlerinde ters yönde bir ilişki bulunduğu için bu risk faktörleri lojistik regresyon analizlerine eklenmemiştir.

Tablo 4.3. Lojistik regresyon analizinde, seçilmiş durumlar için risk faktörü olarak alınan değişkenler.

	Hipertansiyon	Diyabet	Kolesterol yüksekliği	Koroner Kalp Hastalığı
Değişkenler	• Cinsiyet	• Cinsiyet	• Cinsiyet	• Cinsiyet
	• Yaş	• Yaş	• Yaş	• Yaş
	• Öğrenim durumu	• Öğrenim durumu	• Öğrenim durumu	• Öğrenim durumu
	• Beden Kitle İndeksi	• Beden Kitle İndeksi	• Beden Kitle İndeksi	• Beden Kitle İndeksi
	• Fiziksel aktivite düzeyi	• Fiziksel aktivite düzeyi	• Fiziksel aktivite düzeyi	• Fiziksel aktivite düzeyi
	• Diyabet varlığı	• Hipertansiyon varlığı	• Hipertansiyon varlığı	• Hipertansiyon varlığı
	• Kolesterol yüksekliği varlığı	• Kolesterol yüksekliği varlığı	• Diyabet varlığı	• Diyabet varlığı
	• Koroner Arter Hastalığı varlığı	• Koroner Arter Hastalığı varlığı	• Koroner Arter Hastalığı varlığı	• Kolesterol yüksekliği varlığı

*Kadın katılımcılar için bu değişkenlere menopozal dönem değişkeni de eklenerek analizler yapılmıştır. Kadın katılımcılar arasında ortanca yaşın 54 olduğu belirlenmiş ve bu analizlerde yaş grupları <54 yaş ve ≥54 yaş olarak gruplanmıştır.

**Tütün kullanımı, tuz içeriği yüksek işlenmiş gıda tüketimi ve tereyağ kullanımı ile bazı bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme durumları arasında Ki-Kare testlerinde/Fisher's Exact testlerinde ters yönde bir ilişki bulunduğu için bu risk faktörleri çok değişkenli analizlere eklenmemiştir.

4.9. Araştırma İçin Gerekli İnsan Gücü

Araştırma etkinliklerinin tamamı, tez danışmanı tarafından yönetilmiş ve koordine edilmiştir.

Veri toplama formunun hazırlanması, ön deneme ve veri toplama süreçlerinin yönetilmesi, verilerin girilmesi, temizlenmesi, analiz ve raporlanması süreçleri araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Güdül Belediyesi tarafından görevlendirilen en az lise mezunu olan dört kişi veri toplama sürecine katkıda bulunmuştur.

4.10. Etik Konular ve Kurumsal İzinler

- Araştırmanın yapılması için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır (Bkz. EK 2).
- Araştırmanın veri toplama aşamasının yapılması için Güdül Kaymakamlığı'ndan izin alınmıştır (Bkz. EK 3).

- Araştırmaya katılımında gönüllülük esas alınmış ve katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmıştır.
- Araştırma süreci ve sonrasında katılımcıların kişisel bilgileri gizli tutulacak, bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.
- Araştırmanın bitiminde İlçe Sağlık Müdürlüğü, İlçe Belediye Başkanlığı ve İlçe Kaymakamlığı'na araştırma raporunun bir örneği teslim edilecektir.
- Araştırma sonuçları 16 Eylül 2019 tarihinde Güdül Kaymakamı, Güdül Belediye Başkanı ve muhtarların bulunduğu toplantıda sunulmuştur.
- Araştırma sonuçları Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Anabilim Dalı öğretim üyeleri ile paylaşılmış, öğretim üyeleri tarafından hazırlanan "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklardan Korunma" isimli kitapçık halka dağıtılmıştır (Bkz. Ek 4).

4.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Hanelere tekrar gidilmesine rağmen kişilerin evlerinde bulunamaması hedeflenen nüfusun tamamına ulaşamaması açısından sınırlılık oluşturmuştur.
- Yazın ilçe merkezinde yaşayan ancak kışın ilçe dışındaki evlerine göç eden hanelere araştırmanın yapıldığı dönemde ulaşamaması nedeniyle elde edilen veriler Güdül İlçe Merkezinde yaşayan herkese genellenebilir olmamıştır.
- Güdül İlçe Merkezinde bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme boyutunun, bir taramaya dayalı olmayıp, görüşülen kişilerin beyanına dayalı saptanması sınırlılık oluşturmaktadır. Ayrıca katılımcıların beyanına dayalı bilgi alınması, beyana dayalı ve/veya hafıza faktörüne bağlı bir taraf tutma oluşturmuş olabilir.
- Hanede yaşayan diğer kişilerin hastalık durumlarının yüz yüze görüşülen bir kişiden öğrenilmiş olması, hastalıkların gerçekte olduğundan daha az bulunmasına neden olmuş olabilir.

- Hastalık varlığının beyana dayalı kaydedilmesi, veri toplanan dönemde hasta olan ancak henüz şikayeti olmadığı için ya da doktora gidilmediği için tanı koyulmamış olan hastalıkların göz ardı edilmesine neden olmuş olabilir.
- Hanelere gidildiğinde erkeklerin işe gitmiş ya da ev dışına çıkmış olmaları nedeniyle çoğunlukla kadınlarla görüşülmüştür. Bu nedenle görüşülen kişilerin %77,2'sini kadınlar, %22,8'ini erkekler oluşturmaktadır. Bu durum taraf tutmaya neden olmuş olabilir. Bu nedenle yapılan Ki-Kare/Fisher's Exact testleri, cinsiyete göre tabakalanarak tekrarlanmış, tablolar Ek 5'te verilmiştir.

4.12. Araştırmanın Güçlü Yanları

- Güdül İlçe Merkezinde yaşayanlarda bulaşıcı olmayan hastalıklar ve ilişkili risk faktörlerinin saptanması amacıyla yapılan bu araştırmanın hanehalkı temelli bir araştırma olması,
- Bu konuda yapılan az sayıda toplum tabanlı araştırmadan biri olması,
- İlçe merkezindeki tüm hanelere tek tek gidilerek kişilerden yüz yüze veri toplanması,
- Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve ilişkili risk faktörlerini değerlendirmeyi amaçlayan kapsamlı bir veri toplama formu aracılığıyla veri toplanması,
- Veri toplamaya ek olarak görüşülen kişilerin boy ve vücut ağırlığı ölçümlerinin yapılarak beden kitle indekslerinin hesaplanması

araştırmanın güçlü yanlarıdır.

4.13. Araştırmanın Tahmini Bütçesi

Araştırmanın tahmini bütçe kalemleri ve harcama tutarları Tablo 4.4'te ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Araştırma bütçesinin karşılanması için herhangi bir destek alınmamış olup, tüm masraflar araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

5. BULGULAR

Ankara'nın Güdül ilçesi merkez mahallelerinde ev ziyareti yapılarak görüşülen 526 kişiden, kendilerinin ve buldukları hanede onlar ile birlikte yaşayan 855 kişinin sosyodemografik özellikleri renilmitir. Bilgi alınan toplam 1381 kişinin sosyodemografik zellikleri Tablo 5.1'de görülmektedir.

Araştırmaya katılan kişilerden, birlikte yaşadıkları hanehalkının bilgileri alındığında 855 kişinin bilgisine ulaşılmıştır. Toplam olarak bilgi alınan kişi sayısı 1381'dir (Hanehalkı bykl: 2,6). On sekiz ya ve üstünde olup bulaşıcı olmayan hastalıklar ile ilgili bilgi alınan toplam kişi sayısı ise 1111'dir.

Bilgi alınan 1381 kişinin %46,3' (639 kişi) erkek, %53,7'si (742 kişi) kadındır. Hanehalkının %19,6'sı (270 kişi) 18 yaından küçüktür, %32,8'i, (453 kişi) ilkokul mezunu, %21,4' (296 kişi) lise mezunudur ve %58,9'u (815 kişi) evlidir. On sekiz ya ve üstündeki kişilerin %32,9'u (365 kişi) bir ite çalışmaktadır. Hanehalkı bireylerinin %91,2'sinin (1260 kişi) Sosyal Güvenlik Kurumundan sağlık güvencesi olduğu grlmtir (Tablo 5.1).

Tablo 5.1. Hanehalkının bazı sosyodemografik özellikleri (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	742	53,7
Erkek	639	46,3
Yaş ¹		
<18	270	19,6
18-24	84	6,1
25-34	180	13,0
35-44	196	14,2
45-54	174	12,6
55-64	238	17,2
≥65	228	16,5
Ort±SS: 41,3±22,6 Ortanca: 42,0 En düşük-yüksek: 1-92		
Öğrenim durumu		
Okur yazar değil	160	11,6
Okur yazar/Herhangi bir okul bitirmemiş	137	9,9
İlkokul	453	32,8
İlköğretim, ortaokul	228	16,5
Lise	296	21,4
Üniversite veya üstü	105	7,6
Bilmiyor	2	0,1
Medeni durum		
Bekar	413	29,9
Evli	815	58,9
Eşinden boşanmış	14	1,0
Eşi ölmüş	134	9,7
Evli, ayrı yaşıyor	5	0,4
Çalışma durumu (n=1111) ²		
Çalışıyor	365	32,9
Emekli, çalışıyor	34	3,1
Emekli, çalışmıyor	136	12,2
Çalışmıyor	576	51,8
Sağlık Güvencesi		
SGK	1260	91,2
Yeşil kart	67	4,9
Özel sigorta	4	0,3
Sağlık güvencesi yok	50	3,6
Toplam	1381	100,0

¹8 kişi bilmediğini, 3 kişi hatırlamadığını belirtmiştir.

²On sekiz yaş ve üstü katılımcılar dahil edilmiştir.

Tablo 5.2. Hanehalkının oturdukları konutların bazı özelliklerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Sayı	Yüzde
Oturulan ev tipi		
Apartman dairesi	243	46,2
Müstakil 2 katlı	171	32,5
Müstakil 1 katlı	62	11,8
Müstakil 3 katlı	50	9,5
Isınma tipi		
Soba (odun-kömür)	326	62,0
Merkezi sistem (odun-kömür)	124	23,5
Kat kaloriferi (odun-kömür)	73	13,9
Elektrikli ısıtıcı	1	0,2
Soba+kat kaloriferi	1	0,2
Soba+elektrikli ısıtıcı	1	0,2
Kullanılan içme suyu kaynağı ¹		
Şebeke suyu	209	39,7
Kaynak suyu	43	8,2
Şişe-damacana	346	65,8
Musluk arıtma cihazı	6	1,1
Toplam	526	100,0

¹Bu soruda birden çok yanıt verilebilmektedir. Yüzdeler, satır yüzdesi olarak belirtilmiştir.

*526 hanenin %90,1'i (474 hane) yılın tamamında Güdül'de oturmaktadır.

Katılımcıların %46,2'si (243 kişi) apartman dairesinde kalmaktadır, %62,0'ı (326 kişi) odun/kömür sobası ile ısınmaktadır. İçme suyu olarak katılımcıların %65,8'i (346 kişi) şişe-damacana suyu, %39,7'si (209 kişi) şebeke suyu kullanmaktadır (Tablo 5.2).

Katılımcıların yalnızca %3,0'ı (16 kişi) tuvalet ve duşta tutamak olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %38,2'sinin (201 kişi) evinde kapılarda eşik varken %5,5'inin (29 kişi) evinde yerde yürünen alanlarda elektrik kabloları mevcuttur.

Tablo 5.3. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	406	77,2
Erkek	120	22,8
Yaş		
18-24	21	4,0
25-34	86	16,3
35-44	84	16,0
45-54	82	15,6
55-64	127	24,1
≥65	126	24,0
Ort±SS: 51,6±16,9 Ortanca: 53,0 En düşük-yüksek: 18-88		
Öğrenim durumu		
Okur yazar değil	28	5,3
Okur yazar/Herhangi bir okul bitirmemiş	12	2,3
İlkokul	256	48,7
İlköğretim, ortaokul	85	16,2
Lise	106	20,2
Üniversite veya üstü	39	7,4
Medeni durum		
Bekar	29	5,5
Evli	383	72,8
Eşinden boşanmış	8	1,5
Eşi ölmüş	103	19,6
Evli, ayrı yaşıyor	3	0,6
Çalışma durumu		
Çalışıyor	120	22,8
Emekli, çalışıyor	15	2,8
Emekli, çalışmıyor	42	8,0
İşsiz	349	66,3
Sağlık Güvencesi		
SGK	485	92,2
Yeşil kart	21	4,0
Özel sigorta	2	0,4
Sağlık güvencesi yok	18	3,4
Toplam	526	100,0

Araştırmaya katılan 526 kişinin %77,2'si kadın (406 kişi), %22,8'i (120 kişi) erkektir. Ortanca yaş 53 olup, katılımcıların %24,1'i (127 kişi) 55-64 yaş arasında, %24,0'ı (126 kişi) 65 yaş ve üstündedir. Katılımcıların %48,7'si (256 kişi) ilkökul mezunudur, %7,4'ü (39 kişi) üniversite veya üstü eğitim almıştır. Katılımcıların %72,8'i (383 kişi) evli, %25,6'sı (135 kişi) bir işte çalışmaktadır. %92,2'sinin (485 kişi) Sosyal Güvenlik Kurumundan sağlık güvencesi vardır (Tablo 5.3).

Tablo 5.4. Araştırmaya katılan kadınların bazı doğurganlık özelliklerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Sayı	Yüzde
Menstrual siklus		
Düzenli adet görüyor	131	32,3
Düzensiz adet görüyor	38	9,4
Gebe	6	1,5
Menopoz nedeniyle adet görmüyor	231	56,9
Menopoz nedeni		
Doğal menopoz	194	83,9
Cerrahi nedenler	32	13,9
Hormonal nedenler	5	2,2
Çocuk sayısı		
1	42	10,3
2	148	36,5
3	125	30,8
4	37	9,1
5 ve üstü	27	6,6
Çocuğu yok	27	6,7
Ort±SS: 2,64±1,09 Ortanca: 2,0 En düşük-yüksek: 1-7		
Kendiliğinden düşük yapma		
Düşük yapmış	131	32,3
Düşük yapmamış	275	67,7
Ort±SS: 1,41±0,90 Ortanca: 1,0 En düşük-yüksek: 1-9		
İsteyerek düşük yapma		
Düşük yapmış	86	21,2
Düşük yapmamış	320	78,8
Ort±SS: 1,66±0,98 Ortanca: 1,0 En düşük-yüksek: 1-7		
Ölü doğum yapma		
Ölü doğum yapan	44	10,8
Ölü doğum yapmayan	362	89,2
Ort±SS: 1,50±0,73 Ortanca: 1,0 En düşük-yüksek: 1-4		
Toplam	406	100,0

Kadın katılımcıların %56,9'u (231 kişi) menopoz nedeniyle adet görmemekte, %32,3'ü (131 kişi) düzenli adet görmektedir ve %93,3'ü (379 kişi) çocuk sahibidir (Tablo 5.4).

Kadın katılımcıların %32,3'ü (131 kişi) en az bir kere kendiliğinden düşük yapmış, %21,2'si (86 kişi) en az bir kere isteyerek düşük yapmış, %10,8'i (44 kişi) en az bir kere ölü doğum yapmıştır (Tablo 5.4).

Tablo 5.5. Araştırmaya katılan ve gebelik öyküsü olan kadınların gebelikte yaşadıkları sağlık sorunlarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2019).

Gebelikte yaşanan sağlık sorunları (n=383) ¹	Sayı	Yüzde
İri bebek	46	12,0
Diyabet	13	3,4
Hipertansiyon	13	3,4
Anemi	11	2,9

¹Bu soruya birden fazla yanıt verilebilmesi nedeniyle yüzde değerler 383 üzerinden hesaplanmıştır.

Gebelik geçiren katılımcıların %75,7'si (289 kişi) gebeliğinde herhangi bir sağlık sorunu yaşamadığını belirtmiştir. Yüzde 12,0'ı (46 kişi) iri bebek, %3,4'ü (13 kişi) diyabet, %3,4'ü (13 kişi) hipertansiyon, %2,9'u (11 kişi) anemi sorunu yaşadığını belirtmiştir (Tablo 5.5). Bir kişi kalp, iki kişi böbrek hastalığı, üç kişi tiroid, beş kişi pıhtılaşma sorunu yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 5.6. Katılımcıların tütün ürünleri kullanımıyla ilgili bazı özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Kadın (n=406)		Erkek (n=120)		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Tütün kullanım durumu¹						
Hergün kullanan	53	13,1	57	47,5	110	20,9
Ara sıra kullanan	7	1,7	0	0,0	7	1,3
Kullanmayan	346	85,2	63	52,5	409	77,8
Geçmişte kullanıp bırakan	29	8,4	37	58,7	66	16,1
Hiç kullanmayan	317	91,6	26	41,3	343	83,9
Son 12 ay içerisinde tütün ürünü bırakmayı deneme						
Deneyen	27	45,0	24	42,1	51	43,6
Denemeyen	33	55,0	33	57,9	66	56,4
Doktorun sigara bırakmayı önermesi						
Öneren	24	40,0	18	31,6	42	35,9
Önermeyen	29	48,3	38	66,7	67	57,3
Son 12 ayda doktora gitmeyen	7	11,7	1	1,8	8	6,8
Kapalı alanda tütün dumanına maruz kalma (Tütün kullanmayanlar)						
Maruz kalan	97	28,0	7	11,1	104	25,4
Maruz kalmayan	249	72,0	56	88,9	305	74,6
Tütün kullanım yasağını destekleme						
Destekleyen	400	98,5	113	94,2	513	97,5
Desteklemeyen	3	0,7	5	4,2	8	1,5
Kararsız-fikri yok	3	0,7	2	1,7	5	1,0

¹Tütün kullanan 117 kişinin tamamı tütün ürünü olarak sigara içmektedir. Bir kişi sigaraya ek olarak sarma tütün kullandığını belirtmiştir.

Katılımcıların %20,9'u (110 kişi) her gün, %1,3'ü (7 kişi) ara sıra tütün ürünü kullandığını belirtmiştir. Erkek katılımcıların %47,5'i (57 kişi), kadın katılımcıların %14,8'i (60 kişi) tütün ürünü kullanmaktadır. Tütün ürünü kullanan kadınların %45,0'ı (27 kişi), erkeklerin %42,1'i (24 kişi) son bir yıl içerisinde en az bir kere sigarayı bırakmayı denemiştir. Sigara içen kadın katılımcıların %40,0'ına (24 kişi), erkeklerin %31,6'sına (18 kişi) son bir yıl içinde gittiği herhangi bir doktor sigarayı bırakmasını önermiştir (Tablo 5.6).

Tütün ürünü kullanmayan 409 katılımcının %25,4'ü (104 kişi) son bir ay içerisinde kapalı alanda tütün dumanına maruz kaldığını belirtmiştir (Tablo 5.6). Tütün kullandığını belirten 117 kişinin %60,7'si (71 kişi) son bir ay içerisinde evde veya işte kapalı alanda tütün dumanına maruz kaldığını belirtmiştir.

Katılımcıların %97,5'i (513 kişi) kapalı mekanda tütün kullanma yasağını desteklemektedir (Tablo 5.6).

Tütün kullanmaya başlama yaşı ortalaması 20,1'dir (SS: 8,2 Ortanca: 18,0 En düşük-yüksek: 8-45).

Her gün tütün ürünü içtiğini belirtenlerin günlük içtiği ortalama tütün mamülü sayısı: 14,9'dur (SS: 9,2 Ortanca: 15,0 En düşük-yüksek: 1-40).

Tablo 5.7. Daha önce sigara kullanıp şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakma nedenlerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Neden (n=66)	Sayı	Yüzde
Sağlığını korumak için	39	59,1
Hastalandığı için	9	13,6
Ailesi-arkadaşları istediği için	8	12,1
Sağlık personeli önerdiği için	2	3,0
Kamu spotlarından etkilendiği için	1	1,5
Diğer nedenler ¹	7	10,6

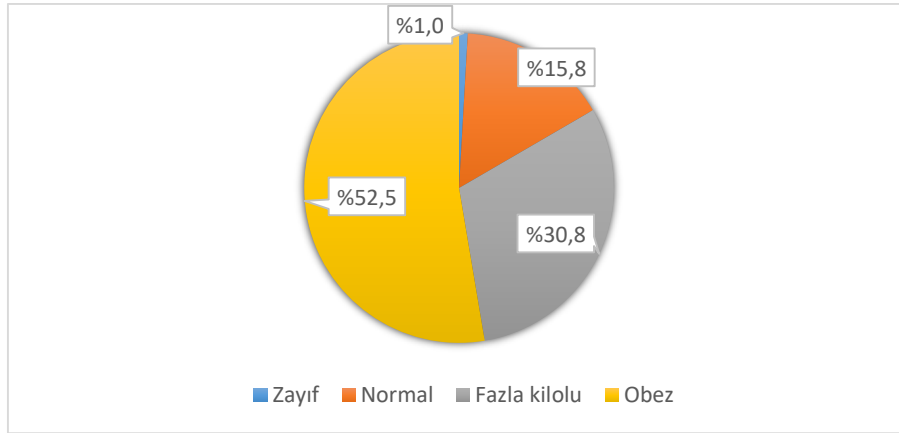
¹Gebelik hazırlığı, dini nedenler, sigara fiyatlarındaki artış

Daha önce sigara kullanıp şu anda kullanmayan katılımcıların %59,1'i (39 kişi) sağlığını korumak için, %3,0'ı (2 kişi) ise sağlık personeli önerdiği için sigarayı bıraktığını belirtmiştir (Tablo 5.7). Son bir yıl içerisinde alkol kullanan kişi sayısı 20 (%3,8), son bir ay içerisinde alkol tüketen kişi sayısı 18 (%3,4)'dir.

Tablo 5.8. Katılımcıların cinsiyete göre Beden Kitle İndekslerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

BKİ (n=526)	Kadın		Erkek	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Zayıf	2	0,5	3	2,5
Normal	56	13,8	27	22,5
Fazla kilolu	108	26,6	54	45,0
Obez	240	59,1	36	30,0
1. Derece	122	50,8	28	77,8
2. Derece	75	31,3	7	19,4
3. Derece	43	17,9	1	2,8
Toplam	406	100,0	120	100,0

Kadın katılımcıların beden kitle indekslerine bakıldığında; %59,1'inin (240 kişi) obez, %26,6'sının (108 kişi) fazla kilolu olduğu görülmektedir. Erkeklerin ise %45,0'ünün (54 kişi) fazla kilolu, %30,0'ünün (36 kişi) obez olduğu saptanmıştır (Tablo 5.8). Toplama bakıldığında ise katılımcıların %52,5'i (276 kişi) obez, %30,8'i (162 kişi) fazla kiloludur (Şekil 5.1).



Şekil 5.1. Katılımcıların Beden Kitle İndekslerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Tablo 5.9. Katılımcıların ekme ve yağ tüketimi ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik (n=526)	Sayı	Yüzde
Evde kendi ekmeğini yapma		
Yapan	79	15,0
Yapmayan	447	85,0
Tüketilen ekme türü ¹		
Beyaz ekme	481	91,4
Bazlama	181	34,4
Kepek ekme	74	14,1
Ekme tüketmiyor	8	1,5
Tüketilen yağ cinsi ¹		
Terayağı	286	54,4
Margarin	56	10,6
Zeytinyağı	223	42,4
Ayçiçek yağı	456	86,7
Kuyruk yağı	13	2,5

¹Bu soruda birden çok yanıt işaretlenebilmektedir. Satır yüzdesi olarak belirtilmiştir.

Katılımcıların ekme ve yağ tüketimi ile ilgili bazı alışkanlıkları incelendiğinde; %85,0'ünün (447 kişi) kendi ekmeğini evde yapmadıkları ve %91,4'ünün (481 kişi) beyaz ekme tükettiği saptanmıştır. Katılımcıların %86,7'sinin (456 kişi) ayçiçek yağı, %42,4'ünün (223 kişi) ise zeytinyağı tükettiği görülmüştür (Tablo 5.9).

Tablo 5.10. Katılımcıların şekerli içecek ve şeker oranı yüksek işlenmiş gıda tüketimlerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik (n=526)	Her gün		Sıklıkla		Bazen		Nadiren		Hiç tüketmiyor	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Şekerli içecek	18	3,4	36	6,8	107	20,3	153	29,1	212	40,3
Şekerli çay/kahve	229	43,5	23	4,4	21	4,0	14	2,7	239	45,4
Şeker oranı yüksek işlenmiş gıda	41	7,8	73	13,9	143	27,2	161	30,6	108	20,5

Katılımcıların şekerli içecek ve şeker oranı yüksek işlenmiş gıda tüketimlerinin dağılımına bakıldığında; her gün %43,5'inin (229 kişi) şekerli çay/kahve, %7,8'sinin (41 kişi) şeker oranı yüksek işlenmiş gıda, %3,4'ünün (18 kişi) ise şekerli içecek tükettiği görülmüştür. Katılımcıların %45,4'ünün (239 kişi) şekerli çay/kahveyi, %40,3'ünün (212 kişi) şekerli içecekleri, %20,5'inin (108 kişi) ise şeker oranı yüksek işlenmiş gıdaları hiç tüketmediği saptanmıştır (Tablo 5.10).

Tablo 5.11. Katılımcıların tuz tüketimi ile ilgili bazı alışkanlıklarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik (n=526)	Sayı	Yüzde
Yemeğe tadına bakmadan tuz ekleme durumu		
Ekleyen	75	14,3
Eklemeyen	451	85,7
Tüketilen tuz türü¹		
İyotlu	434	82,5
İyotsuz	10	1,9
Kaya Tuzu	84	16,0
Deniz Tuzu	1	0,2
Tuz tüketmiyor	9	1,7
Bilmiyor	27	5,1
Tuz tüketim alışkanlığı (n=526)		
Tuzsuz	50	9,5
Normal tuzlu	428	81,4
Tuzlu	48	9,1

¹Bu soruda birden çok yanıt işaretlenebilmektedir. Satır yüzdesi olarak belirtilmiştir.

Katılımcıların tuz tüketimi ile ilgili bazı alışkanlıklarının dağılımı incelendiğinde; %14,3'ünün (75 kişi) yemeğin tadına bakmadan tuz eklediği, %82,5'inin (434 kişi) iyotlu tuz, %16,0'ının (84 kişi) kaya tuzu tükettiği görülmüştür. Araştırmaya katılanlara tuz tüketim alışkanlığı sorulduğunda, %81,4'ü (428 kişi) normal tuzlu tükettiklerini bildirmişlerdir (Tablo 5.11).

Tablo 5.12. Katılımcıların yemeğe tuz ve tuzlu çeşni ekleme ve tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketim alışkanlıklarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik (n=526)	Her gün		Sıklıkla		Bazen		Nadiren		Hiç Tüketmiyor	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yemeğe tuz ve tuzlu çeşni ekleme ¹	405	77,1	43	8,2	28	5,3	26	5,0	23	4,4
Tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketimi	56	10,6	86	16,3	173	32,9	121	23,0	90	17,1

¹Bir kişi bilmiyorum yanıtı vermiştir.

Katılımcıların yemeğe tuz, tuzlu çeşni ekleme ve tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketim alışkanlıklarının dağılımına bakıldığında; %77,1'inin (405 kişi) her gün yemeğe tuz ve tuzlu çeşni eklediği, %4,4'ünün (23 kişi) ise yemekte tuz ve tuzlu çeşniyi hiç tüketmediği görülmüştür. Katılımcıların %10,6'sının (56 kişi) her gün tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tükettiği, %17,1'inin (90 kişi) ise tuz oranı yüksek işlenmiş gıdayı hiç tüketmediği saptanmıştır (Tablo 5.12). Yemeğe her gün/sıklıkla tuz ve tuzlu çeşni ekleyen 448 katılımcının %14,1'i (63 kişi) yemek sofraya geldiğinde tadına bakmadan tuz eklemektedir.

Tablo 5.13. Katılımcıların tuzun azaltılmasının sağlık üzerine etkileri hakkında düşünceleri ve tuzlu gıda tüketim alışkanlıklarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

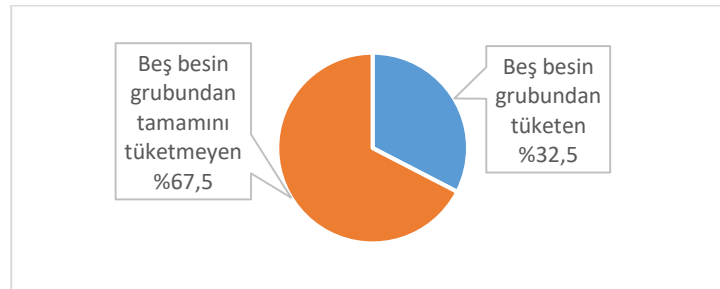
Özellik (n=526)	Sayı	Yüzde
Tuzun azaltılmasının sağlık üzerine etkisi		
Çok önemli	405	77,0
Biraz önemli	109	20,7
Önemli değil	6	1,1
Bilmiyor	6	1,1
Gıda etiketlerinde tuz/sodyum miktarına bakma		
Bakan	67	12,7
Bakmayan	459	87,3
Düşük tuz/sodyum içerikli ürünler satın alma		
Alan	79	15,0
Almayan	447	85,0

Araştırmaya katılanların tuzun azaltılmasının sağlık üzerine etkileri hakkındaki düşünceleri ve tuzlu gıda tüketim alışkanlıkları ele alındığında; %77,0'ı (405 kişi) tuzun azaltılmasının sağlık üzerine etkisinin çok önemli olduğunu, %87,3'ü (459 kişi) gıda etiketlerinde tuz/sodyum miktarına bakmadığını, %85,0'ı (447 kişi) ise düşük tuz/sodyum içerikli ürünler satın almadığını bildirmişlerdir (Tablo 5.13).

Tablo 5.14. Katılımcıların besin gruplarını tüketim sıklıklarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik (n=526)	Her gün		Hafta 5-6 kez		Hafta 3-4 kez		Hafta 1-2 kez		15 günde 1 kez		Ayda 1 kez		Hiç tüketmiyor	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Süt ve süt ürünleri	443	84,2	28	5,3	28	5,3	15	2,9	4	0,8	1	0,2	7	1,3
Ekmek ve tahıllar	439	83,5	36	6,8	37	7,0	9	1,7	1	0,2	2	0,4	2	0,4
Et, yumurta, kuru baklagiller ve yağlı tohumlar	282	53,6	74	14,1	99	18,8	60	11,4	9	1,7	-	-	2	0,4
Sebze ve meyve	362	68,8	71	13,5	65	12,4	26	4,9	-	-	-	-	2	0,4

Katılımcıların, her gün %84,2'sinin (443 kişi) süt ve süt ürünleri, %83,5'inin (439 kişi) ekmek ve tahıllar, %53,6'sının (282 kişi) et, yumurta, kuru baklagiller ve yağlı tohumlar, %68,8'inin (362 kişi) de sebze ve meyve tükettiği görülmüştür (Tablo 5.14). Önerilen şekilde, günlük beslenmede beş besin grubunun her birinden tüketenler katılımcıların yalnızca %32,5'idir (171 kişi) (Şekil 5.2)

**Şekil 5.2. Katılımcıların günlük beslenmede beş besin grubunun tamamından tüketim dağılımları (Güdül Merkez, Kasım 2018).**

Tablo 5.15. Katılımcıların bazı beslenme alışkanlıklarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik (n=526)	Sayı	Yüzde
Bir günde öğün sayısı		
1	4	0,8
2	259	49,2
3	255	48,5
4	5	1,0
5	3	0,6
Günlük tüketilen öğün miktarı: Ort±SS: 2,5±0,6 Ortanca: 2,5 En düşük-yüksek: 1-5		
Her gün sebze-meyve tükettiğini belirten katılımcılarından günde en az 5 porsiyon sebze-meyve tüketen	37	10,2
Evde hazırlanmamış yiyecek		
Tüketmeyen	465	88,4
Tüketen	61	11,6
Tüketilen öğün sayısı (haftada): Ort±SS: 3,0±2,2 Ortanca: 2,0 En düşük-yüksek: 1-10		

Araştırmaya katılanların %49,2'sinin (259 kişi) bir günde 2 öğün beslendiği, %88,4'ünün (465 kişi) evde hazırlanmamış yiyecek tüketmediği görülmüştür. Her gün sebze ve meyve tükettiğini belirtenlerin ise %10,2'sinin (37 kişi) günde en az 5 porsiyon sebze meyve tükettiği saptanmıştır (Tablo 5.15). Günlük tüketilen su miktarı Ort±SS: 6,8±3,9 bardaktır (Ortanca: 6,0 En düşük-yüksek: 1-25).

Tablo 5.16. Katılımcıların fiziksel aktivite yapma ve günde en az 10 dk yürüme durumlarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik (n=526)	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel aktivite düzeyi¹						
Düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan	333	82,0	46	38,3	379	72,1
Orta düzeyde fiziksel aktivite yapan	71	17,5	59	49,2	130	24,7
Yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan	2	0,5	15	12,5	17	3,2
Son 7 gün içerisinde günde en az 10 dakika yürüme						
Yürüyen	291	71,7	98	81,7	389	74,0
Yürümeyen	115	28,3	22	18,3	137	26,0
Günde oturularak geçirilen süre (saat)						
Ort±SS: 5,2±2,4 Ortanca: 5,0 En düşük-yüksek: 1-12						
DSÖ'ye göre						
Yeterli fiziksel aktivite yapan	75	18,5	76	63,3	151	28,7
Yetersiz fiziksel aktivite yapan	331	81,5	44	36,7	375	71,3

¹Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formuna göre sınıflandırılmıştır.

Katılımcıların fiziksel aktivite yapma durumları sorgulanarak yapılan MET hesabının kategorize edilmesi sonucunda; kadınların %17,5'inin (71 kişi) erkeklerin %49,2'sinin (59 kişi) orta düzeyde fiziksel aktivite yaptıkları görülmektedir. Kadın katılımcıların %82,0'ı (333 kişi) erkek katılımcıların ise %38,3'ü (46 kişi), düşük düzeyde fiziksel aktivite kategorisinde bulunmaktadır. Toplam olarak katılımcıların %72,1'inin (379 kişi) fiziksel aktivite düzeyi düşüktür (Tablo 5.16).

DSÖ'nün önerilerine göre yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan katılımcılar araştırmaya katılanların yalnızca %28,7'sini (151 kişi) oluşturmaktadır. Kadın katılımcıların %18,5'i (75 kişi), erkek katılımcıların %63,3'ü (76 kişi) DSÖ önerilerine göre yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmaktadır (Tablo 5.16).

Son bir hafta içerisinde günde en az 10 dakika yürüyenler, kadın katılımcıların %71,7'sini (291 kişi) erkek katılımcıların %81,7'sini (98 kişi) oluşturmaktadır. Gün içinde oturularak geçirilen ortalama saat 5,2'dir (SS: 2,4, Ortanca: 5,0, En düşük-en yüksek: 1-12) (Tablo 5.16).

Tablo 5.17. Katılımcıların kanser tarama testleri ile ilgili bazı bilgi ve uygulamaları (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Sayı	Yüzde
Kanser tarama testlerinin ASM ve KETEM’lerde ücretsiz olarak yapıldığını duyma (n=526)¹		
Duyan	233	44,3
Duymayan	287	54,6
Hatırlamayan	6	1,1
Mamografi yaptıрма (n=220)		
Son 12 ay içerisinde	30	13,6
1 yıldan çok, 2 yıldan az süre içerisinde	21	9,5
2 yıldan çok, 5 yıldan az süre içerisinde	26	11,8
5 yıldan fazla süre önce	34	15,5
Hiç yaptırmamış	108	49,1
Hatırlamıyor	1	0,5
Smear/HPV testi yaptıрма (n=273)		
Son 12 ay içerisinde	31	11,4
1 yıldan çok, 2 yıldan az süre içerisinde	37	13,6
2 yıldan çok, 5 yıldan az süre içerisinde	32	11,7
5 yıldan fazla süre önce	40	14,7
Hiç yaptırmamış	130	47,6
Hatırlamıyor	3	1,1
Gaitada gizli kan (GGK) testi yaptıрма (n=206)		
Son 12 ay içerisinde	15	7,3
1 yıldan çok, 2 yıldan az süre içerisinde	15	7,3
2 yıldan çok, 5 yıldan az süre içerisinde	18	8,7
5 yıldan fazla süre önce	6	2,9
Hiç yaptırmamış	149	72,3
Hatırlamıyor	3	1,5
Son 10 yıl içerisinde kolonoskopi yaptıрма (n=206)		
Yaptıran	34	16,5
Yaptırmayan	170	82,5
Hatırlamıyor	2	1,0

¹ASM: Aile Sağlığı Merkezi

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

Katılımcıların %44,3'ü (233 kişi) kanser tarama testlerinin ASM ve KETEM'lerde ücretsiz yapıldığını duymuştur. Kadın katılımcılar arasında 40-69 yaş grubunda olanların %49,1'i (108 kişi) hiç mamografi yaptırmamış, %34,9'u (77 kişi) son beş yıl içerisinde mamografi yaptırmıştır (Tablo 5.17).

Kadın katılımcılar arasında 30-65 yaş grubunda olanların %47,6'sı (130 kişi) hiç smear/HPV DNA testi yaptırmamış, %36,7'si (100 kişi) son beş yıl içerisinde smear/HPV DNA testi yaptırmıştır (Tablo 5.17).

Katılımcılardan 50-70 yaş aralığında olanların %72,3'ü (149 kişi) hiç gaitada gizli kan testi yaptırmamıştır, %23,3'ü (48 kişi) son beş yıl içerisinde gaitada gizli kan testi yaptırmıştır. Kolonoskopi önerilen yaş grubu olan 50-70 yaş aralığındaki katılımcıların %16,5'i (34 kişi) son 10 yıl içerisinde kolonoskopi yaptırmıştır (Tablo 5.17).

Tablo 5.18. Katılımcıların son bir yılda sadece kontrol amacıyla doktora gitme durumları ve son bir yılda gidilen herhangi bir doktorun katılımcılara sağlıklı yaşam davranışı önerilerinde bulunma durumlarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Sayı	Yüzde
Son 1 yılda sadece kontrol amacıyla doktora gitme (n=526)		
Giden	97	18,4
Gitmeyen	429	81,6
Son 1 yıl içerisinde gidilen herhangi bir doktorun sağlıklı yaşam davranışı önerileri		
Sigaryayı bırakmayı önerme (n=110)¹		
Öneren	35	31,8
Önermeyen	75	68,2
Sigaryaya başlamamayı önerme (n=386)²		
Öneren	2	0,5
Önermeyen	384	99,5
Diyetteki tuz alımını azaltmayı önerme (n=496)^{3,4}		
Öneren	131	26,4
Önermeyen	365	73,6
Günde en az 5 porsiyon meyve-sebze yemeyi önerme (n=496)³		
Öneren	96	19,4
Önermeyen	400	80,6
Yemeklerde yağı azaltmayı önerme (n=496)³		
Öneren	92	18,5
Önermeyen	404	81,5
Fiziksel aktivite yapmaya başlamayı önerme (n=352)⁵		
Öneren	100	28,4
Önermeyen	252	71,6

¹Sigara kullandığını belirten yedi kişi son bir yıl içerisinde doktora gitmemiştir.

²Sigara kullanmadığını belirten 23 kişi son bir yıl içerisinde doktora gitmemiştir.

³Otuz katılımcı son bir yıl içerisinde herhangi bir nedenle doktora gitmemiştir.

⁴Hipertansiyonu olduğu bilinen 221 katılımcının %43'üne son bir yıl içerisinde gördüğü bir doktor tarafından diyetinde tuzu azaltması için öneride bulunduğu saptanmıştır.

⁵DSÖ'ye göre yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yapan 23 kişi son bir yıl içerisinde doktora gitmemiştir.

Katılımcıların %18,4'ü (97 kişi) son bir yıl içerisinde hiçbir şikayeti olmadan sadece kontrol amacıyla doktora gitmiştir (Tablo 5.18).

Sigara kullanan ve son bir yıl içerisinde doktora giden 110 katılımcının %31,8'ine (35 kişi) doktor sigarayı bırakmasını tavsiye etmiştir. Sigara kullanmayan ve son bir yıl içerisinde doktora giden 386 katılımcının %0,5'ine (2 kişi) doktor sigaraya başlamamasını önermiştir. Son bir yıl içerisinde herhangi bir nedenle doktora giden 496 katılımcının %26,4'üne (131 kişi) doktor diyetle tuz alımını azaltmasını önermiştir, %19,4'üne (96 kişi) günde en az 5 porsiyon sebze-meyve tüketmesini önermiştir, %18,5'ine (92 kişi) yemeklerde yağı azaltmasını önermiştir. DSÖ'ye göre fiziksel aktivite düzeyi yetersiz olan ve son bir yıl içerisinde herhangi bir nedenle doktora giden 352 katılımcının %28,4'üne (100 kişi) doktor tarafından fiziksel aktiviteye başlama önerisinde bulunulmuştur (Tablo 5.18).

Tablo 5.19. Katılımcıların genel sağlık değerlendirmelerinin ve Genel Sağlık Anketi puanlarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik (n=526)	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Genel sağlık değerlendirmesi						
Kötü	10	2,5	3	2,5	13	2,5
Orta	204	50,2	29	24,2	233	44,3
İyi	165	40,6	60	50,0	225	42,8
Çok iyi	17	4,2	21	17,5	38	7,2
Mükemmel	10	2,5	7	5,8	17	3,2
GSA puanı						
<2	345	85,0	102	85,0	447	85,0
2 ve üstü ¹	61	15,0	18	15,0	79	15,0

¹Psikiyatrik hastalık oluşma riski yüksek

Kadın katılımcıların %50,2'si (204 kişi) erkek katılımcıların %24,2'si (29 kişi) sağlığını orta olarak değerlendirmiştir. Kadın katılımcıların %40,6'sı (165 kişi) erkek katılımcıların %50,0'ı (60 kişi) sağlığını iyi olarak değerlendirmiştir (Tablo 5.19).

Genel sağlık anketi puanlarına bakıldığında kadın katılımcıların %15,0'ı (61 kişi) erkek katılımcıların %15,0'ı (18 kişi) 2 ve üstü puan almış, psikiyatrik hastalık gelişme riski yüksek bulunmuştur (Tablo 5.19).

Tablo 5.20. Katılımcıların son bir yıl içinde kaza-yaralanma yaşama durumlarının ve yaşadıkları kaza-yaralanma türlerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik (n=526)	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Son 1 yılda kaza-yaralanma yaşama						
Yaşamayan	390	96,1	115	95,8	505	96,0
Yaşayan	16	3,9	5	4,2	21	4,0
Trafik kazası	4	25,0	-	-	4	19,0
Ev kazası	11	68,8	-	-	11	52,4
İş kazası	-	-	3	60,0	3	14,3
Diğer ¹	1	6,3	2	40,0	3	14,3

¹Merdivenden düşme, ayak burkulması.

Son bir yıl içerisinde kadın katılımcıların %3,9'u (16 kişi) erkek katılımcıların %4,2'si (5 kişi) kaza-yaralanma yaşamışlardır. Kadın katılımcıların çoğunun yaralanması ev kazası iken erkeklerde iş kazası ön plandadır (Tablo 5.20).

Yaralanan 21 kişinin 14'ü ayaktan tedavi almış, ikisi hastaneye yatarak tedavi almış, beşinin ise tedaviye ihtiyacı olmamıştır.

Tablo 5.21. Araştırmaya katılanlarda ve aynı hanede yaşayan 18 yaş ve üstü hanehalkı bireylerinde beyana dayalı bulaşıcı olmayan hastalık varlığı (Güdül Merkez, Kasım 2018)*.

	Hipertansiyon	Diyabet	Koroner kalp hastalığı	Kolesterol yüksekliği	Astım-KOAH	Psikiyatrik hastalık	Kanser	İnme	Toplam kişi sayısı
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Görüşülen kişi	221 (42,0)	108 (20,5)	77 (14,6)	101 (19,2)	60 (11,4)	56 (10,6)	15 (2,9)	12 (2,3)	526
Hanede yaşayanlar (18 yaş ve üstü)	86 (14,7)	51 (8,7)	54 (9,2)	10 (1,7)	19 (3,2)	15 (2,6)	5 (0,9)	8 (1,4)	585
Toplam	307 (%27,6)	159 (%14,3)	131 (%11,8)	111 (%10,0)	79 (%7,1)	71 (%6,4)	20 (%1,8)	20 (%1,8)	1111

*Tabloda satır yüzdeleri verilmiştir.

Araştırma kapsamında 526 katılımcı ile görüşülmüş hem kendisinin hem de aynı hanede yaşayan diğer 18 yaş ve üstü 585 kişinin bulaşıcı olmayan hastalık durumları incelenmiştir. Toplam 1111 kişinin %27,6'sında (307 kişi) hipertansiyon, %14,3'ünde (159 kişi) diyabet, %11,8'inde (131 kişi) koroner kalp hastalığı, %10,0'ında (111 kişi) kolesterol yüksekliği, %7,1'inde (79 kişi) astım-KOAH, %6,4'ünde (71 kişi) psikiyatrik hastalık, %1,8'inde (20 kişi) kanser, %1,8'inde (20 kişi) inme/felç tanısı bulunmaktadır (Tablo 5.21). Yüz yüze görüşülen 526 katılımcının %41,3'ünde en az bir bulaşıcı olmayan hastalık tanısı vardır. Görüşülen kişilerin bulaşıcı olmayan hastalık durumlarının grafiksel gösterimi Şekil 5.3'te, bilgi alınan 1111 kişinin bulaşıcı olmayan hastalık durumlarının grafiksel gösterimi ise Şekil 5.4'te gösterilmiştir.

Tablo 5.22. Araştırmaya katılanların ve aynı hanede yaşayan 18 yaş ve üstü hanehalkı bireylerinin beyana dayalı bulaşıcı olmayan hastalık varlığının ve metabolik risk faktörlerinin cinsiyetlerine göre dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)*.

	Hipertansiyon		Diyabet		Koroner kalp hastalığı		Kolesterol yüksekliği		Toplam kişi sayısı	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n	n
Görüşülen kişi (n=526)	188 (46,3)	33 (27,5)	97 (23,9)	11 (9,2)	60 (14,3)	17 (14,2)	91 (22,4)	10 (8,3)	406	120
Hanede yaşayanlar (18 yaş ve üstü) (n=585)	41 (20,2)	45 (11,8)	23 (11,3)	28 (7,3)	11 (5,4)	43 (11,3)	3 (1,5)	7 (1,8)	203	382
Toplam (n=1111)	229 (37,6)	78 (15,5)	120 (19,7)	39 (7,8)	71 (11,7)	60 (12,0)	94 (15,4)	17 (3,4)	609	502

*Tabloda satır yüzdeleri verilmiştir.

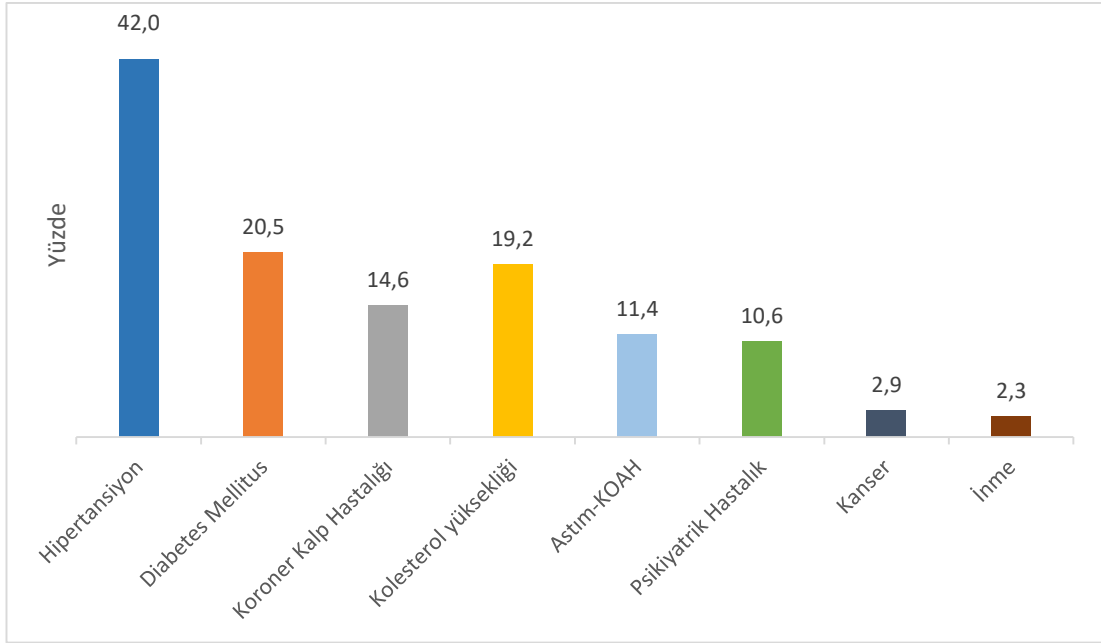
Katılımcıların ve aynı hanede yaşayan 18 yaş ve üstü hanehalkı bireylerinin cinsiyetlerine göre bulaşıcı olmayan hastalık durumlarına bakıldığında kadınların %37,6'sında (229 kişi) hipertansiyon, %19,7'sinde (120 kişi) diyabet, %11,7'sinde (71 kişi) koroner kalp hastalığı, %15,4'ünde (94 kişi) kolesterol yüksekliği bulunmaktadır. Erkeklerin %15,5'inde (78 kişi) hipertansiyon, %7,8'inde (39 kişi) diyabet, %12,0'ında (60 kişi) koroner kalp hastalığı, %3,4'ünde (17 kişi) kolesterol yüksekliği bulunmaktadır (Tablo 5.22).

Tablo 5.22 (devam). Araştırmaya katılanların ve aynı hanede yaşayan 18 yaş ve üstü hanehalkı bireylerinin beyana dayalı bulaşıcı olmayan hastalık varlığının ve metabolik risk faktörlerinin cinsiyetlerine göre dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)*.

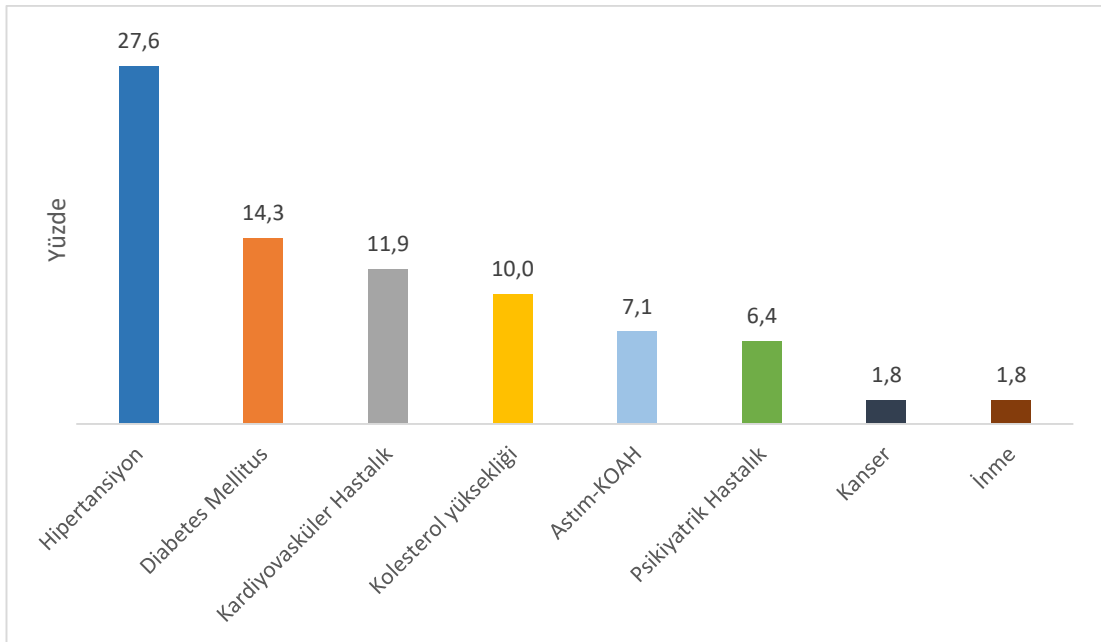
	Astım-KOAH		Psikiyatrik hastalık		Kanser		İnme		Toplam kişi sayısı	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n	n
Görüşülen kişi (n=526)	50 (12,3)	10 (8,3)	55 (13,5)	1 (0,8)	13 (3,2)	2 (1,7)	10 (2,5)	2 (1,7)	406	120
Hanede yaşayanlar (18 yaş ve üstü) (n=585)	5 (2,5)	14 (3,7)	7 (3,4)	8 (2,1)	1 (0,5)	4 (1,0)	2 (1,0)	6 (1,6)	203	382
Toplam (n=1111)	55 (9,0)	24 (4,8)	62 (10,2)	9 (1,8)	14 (2,3)	6 (1,2)	12 (2,0)	8 (1,6)	609	502

*Tabloda satır yüzdeleri verilmiştir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar hakkında bilgi alınan 609 kadının %9,0'ında (55 kişi) astım-KOAH, %10,2'sinde (62 kişi) psikiyatrik hastalık, %2,3'ünde (14 kişi) kanser, %2,0'ında (12 kişi) inme/felç tanısı bulunmaktadır. Bilgi alınan 502 erkeğin %4,8'inde (24 kişi) astım-KOAH, %1,8'inde (9 kişi) psikiyatrik hastalık, %1,2'sinde (6 kişi) kanser, %1,6'sında (8 kişi) inme/felç tanısı bulunmaktadır (Tablo 5.22).



Şekil 5.3. Katılımcıların (görüşülen 526 kişi) beyana dayalı bulaşıcı olmayan hastalık ve metabolik risk faktörleri yüzdelerinin grafiksel dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).



Şekil 5.4. Katılımcıların kendilerinin ve birlikte yaşadıkları 18 yaş ve üstü hanehalkının (1111 kişi) beyana dayalı bulaşıcı olmayan hastalık ve metabolik risk faktörleri yüzdelerinin grafiksel dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Tablo 5.23. Katılımcılarda cinsiyete göre beyana dayalı hipertansiyon varlığı ve hipertansiyon ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Kadın (n=406)		Erkek (n=120)		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hipertansiyon varlığı						
Yok	218	53,7	87	72,5	305	58,0
Var	188	46,3	33	27,5	221	42,0
Reçete edilen tedavi						
Düzenli alıyor	169	89,9	32	97,0	201	91,0
Düzensiz alıyor	6	3,2	-	-	6	2,7
Tedavi almıyor	13	6,9	1	3,0	14	6,3
İlaç tedavisi alan¹	174	92,6	32	97,0	206	93,2
Fizik aktivite yapan ¹	13	6,9	4	12,1	17	7,7
Diyet uygulayan ¹	55	29,3	3	9,1	58	26,2
Hiçbir şey yapmıyor ¹	13	6,9	1	3,0	14	6,3
En son doktora gidilen zaman^{1,2}						
12 ay altı	118	62,8	18	54,5	136	61,5
12 ay ve üstü	57	30,3	14	42,2	71	32,1
Hipertansiyon nedeniyle hastaneye yatış	20	10,6	1	3,0	21	9,5

¹Yüzde değerler hipertansiyonu olan kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

²On üç kadın, 1 erkek katılımcı doktora en son ne zaman gittiğini hatırlamamaktadır.

Görüşülen 526 katılımcıdan 406 kadın katılımcının %46,3'ü (188 kişi) hipertansiyon tanısı almıştır. Tanı alanların %89,9'u (169 kişi) doktor tarafından reçete edilen tedaviyi düzenli olarak uygulamaktadır. Yüzde 92,6'sı (174 kişi) ilaç tedavisi almakta, %29,3'ü (55 kişi) diyetine dikkat etmekte, %6,9'u (13 kişi) fiziksel aktivite yapmaktadır. Hipertansiyon tanılı kadınların %30,3'ü (57 kişi) son bir yıl içerisinde hipertansiyon için doktora gitmemiş, %10,6'sı (20 kişi) yaşamının bir döneminde hipertansiyon nedeniyle hastaneye yatmıştır. Bilgi alınan 120 erkek katılımcının %27,5'inde (33 kişi) hipertansiyon vardır. Hipertansiyon tanılı erkeklerin %97,0'ı (32 kişi) düzenli tedavi almakta ve ilaç kullanmakta, %12,1'i (4 kişi) fiziksel aktivite yapmakta, %9,1'i (3 kişi) diyet uygulamaktadır. Hipertansiyon tanılı erkeklerin %42,2'si (14 kişi) son bir yıl içerisinde hipertansiyon için doktora gitmemiş, %3,0'ı (1 kişi) yaşamının bir döneminde hipertansiyon nedeniyle hastaneye yatmıştır (Tablo 5.23).

Tablo 5.24. Katılımcılarda cinsiyete göre beyana dayalı diyabet varlığı ve diyabet ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Kadın (n=406)		Erkek (n=120)		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Diyabet varlığı						
Yok	309	76,1	109	90,8	418	79,5
Var	97	23,9	11	9,2	108	20,5
Reçete edilen tedavi						
Düzenli alıyor	86	88,7	10	90,9	96	88,9
Düzensiz alıyor	2	2,1	-	-	2	1,9
Tedavi almıyor	9	9,3	1	9,1	10	9,3
İlaç tedavisi alan¹						
İlaç tedavisi alan ¹	87	89,7	10	90,9	97	89,8
Fizik aktivite yapan ¹	3	3,1	1	9,1	4	3,7
Diyet uygulayan ¹	32	33,0	4	36,4	36	33,3
Hiçbir şey yapmıyor ¹	7	7,3	1	9,1	8	7,5
En son doktora gidilen zaman^{1,2}						
12 ay altı	60	61,9	7	63,6	67	62,0
12 ay ve üstü	29	29,9	4	36,4	33	30,5
Diyabet nedeniyle hastaneye yatış						
Diyabet nedeniyle hastaneye yatış	13	13,4	1	9,1	14	13,0

¹Yüzde değerler diyabeti olan kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

²Sekiz kadın katılımcı doktora en son ne zaman gittiğini hatırlamamaktadır.

Kadın katılımcıların %23,9'unda (97 kişi) diyabet vardır. Diyabet tanısı alanların %88,7'si (86 kişi) düzenli tedavi almaktadır. Diyabet tanılı 97 kadının %89,7'si (87 kişi) ilaç tedavisi almakta, %3,1'i (3 kişi) fiziksel aktivite yapmakta, %33,0'ı (32 kişi) diyet uygulamaktadır. Diyabet tanılı kadınların %29,9'u (29 kişi) son bir yıl içerisinde diyabet için doktora gitmemiş, %13,4'ü (13 kişi) yaşamının bir döneminde diyabet nedeniyle hastaneye yatmıştır. Erkek katılımcıların %9,2'si (11 kişi) diyabet tanısı almıştır. Diyabet tanısı alan erkeklerin %90,9'u (10 kişi) düzenli tedavi almakta ve ilaç kullanmakta, %9,1'i (1 kişi) fiziksel aktivite yapmakta, %36,4'ü (4 kişi) diyet uygulamaktadır. Diyabet tanısı alan erkeklerin %36,4'ü (4 kişi) son bir yıl içerisinde diyabet için doktora gitmemiş, %9,1'i (1 kişi) yaşamının bir döneminde diyabet nedeniyle hastaneye yatmıştır (Tablo 5.24).

Tablo 5.25. Katılımcılarda cinsiyete göre beyana dayalı yüksek kolesterol varlığı ve yüksek kolesterol ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Kadın (n=406)		Erkek (n=120)		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yüksek kolesterol varlığı						
Yok	315	77,6	110	91,7	425	80,8
Var	91	22,4	10	8,3	101	19,2
Reçete edilen tedavi						
Düzenli alıyor	28	30,8	8	80,0	36	35,6
Düzensiz alıyor	3	3,3	1	10,0	4	4,0
Tedavi almıyor	60	65,9	1	10,0	61	60,4
İlaç tedavisi alan¹	29	31,9	9	90,0	38	37,6
Fizik aktivite yapan ¹	8	8,8	1	10,0	9	8,9
Diyet uygulayan ¹	35	38,5	3	30,0	38	37,6
Hiçbir şey yapmıyor ¹	30	33,0	-	-	30	29,7
En son doktora gidilen zaman^{1,2}						
12 ay altı	50	54,9	9	90,0	59	58,4
12 ay ve üstü	22	24,2	1	10,0	23	22,8

¹Yüzde değerler kolesterol yüksekliği olan kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

²On dokuz kadın katılımcı doktora en son ne zaman gittiğini hatırlamamaktadır.

Kadın katılımcıların %22,4'ünde (91 kişi) kolesterol yüksekliği vardır. Kolesterol yüksekliği olan kadınların %30,8'i (28 kişi) düzenli tedavi almakta, %3,3'ü (3 kişi) düzensiz tedavi almakta, %65,9'u (60 kişi) tedavi almamaktadır. Kolesterol yüksekliği olan 91 kadının %31,9'u (29 kişi) ilaç tedavisi almakta, %8,8'i (8 kişi) fiziksel aktivite yapmakta, %38,5'i (35 kişi) diyet uygulamakta, %33,0'ı (30 kişi) kolesterol yüksekliğini azaltmaya yönelik herhangi bir şey yapmamaktadır. Kolesterol yüksekliği olan kadın katılımcıların %24,2'si (22 kişi) son bir yıl içerisinde doktora gitmemiş, %20,9'u (19 kişi) en son ne zaman kolesterol yüksekliği nedeniyle doktora gittiğini hatırlamamaktadır. Erkek katılımcıların %8,3'ünde (10 kişi) kolesterol yüksekliği bulunmaktadır. Kolesterol yüksekliği olan erkeklerin %80,0'ı (8 kişi) düzenli tedavi almakta, %10,0'ı (1 kişi) düzensiz tedavi almakta, %10,0'ı (1 kişi) tedavi almamaktadır. Kolesterol seviyesini düşürmek için erkeklerin %90,0'ı (9 kişi) ilaç tedavisi almakta, %10,0'ı (1 kişi) fiziksel aktivite yapmakta, %30,0'ı (3 kişi) ise diyet uygulamaktadır. Kolesterol yüksekliği olan erkek katılımcıların %90,0'ı (9 kişi) son bir yıl içerisinde kolesterol yüksekliği için doktora gitmiştir (Tablo 5.25).

Tablo 5.26. Katılımcılarda cinsiyete göre beyana dayalı koroner kalp hastalığı varlığı ve koroner kalp hastalığı ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Güdümlü Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Kadın (n=406)		Erkek (n=120)		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Koroner kalp hastalığı varlığı						
Yok	346	85,2	103	85,8	449	85,4
Var	60	14,8	17	14,2	77	14,6
Reçete edilen tedavi						
Düzenli alıyor	46	76,7	16	94,1	62	80,5
Düzensiz alıyor	1	1,7	-	-	1	1,3
Tedavi almıyor	13	21,7	1	5,9	14	18,2
İlaç tedavisi alan¹						
İlaç tedavisi alan ¹	47	78,3	16	94,1	63	81,8
Fizik aktivite yapan ¹	9	15,0	-	-	9	11,7
Diyet uygulayan ¹	14	23,3	-	-	14	18,2
Hiçbir şey yapmıyor ¹	10	16,7	1	5,9	11	14,3
En son doktora gidilen zaman^{1,2}						
12 ay altı	27	45,0	10	58,8	37	48,1
12 ay ve üstü	25	41,7	3	17,6	28	36,4
Koroner kalp hastalığı nedeniyle hastaneye yatış						
Koroner kalp hastalığı nedeniyle hastaneye yatış	26	43,3	12	70,6	38	49,4

¹Yüzde değerler Koroner Kalp Hastalığı tanısı olan kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

²Sekiz kadın 4 erkek katılımcı doktora en son ne zaman gittiğini hatırlamamaktadır.

Kadın katılımcıların %14,8'inde (60 kişi) koroner kalp hastalığı vardır. Koroner kalp hastalığı olan kadınların %76,7'si (46 kişi) düzenli tedavi almakta, %1,7'si (1 kişi) düzensiz tedavi almakta, %21,7'si (13 kişi) tedavi almamaktadır. Koroner kalp hastalığı tanısı alan kadınların %15,0'ı (9 kişi) fiziksel aktivite yapmakta, %23,3'ü (14 kişi) diyet uygulamaktadır. Koroner kalp hastalığı olan kadınların %41,7'si (25 kişi) son bir yıl içerisinde hastalığı nedeniyle doktora gitmemiş, %43,3'ü (26 kişi) yaşamının bir döneminde koroner kalp hastalığı nedeniyle hastaneye yatmıştır. Erkek katılımcıların %14,2'sinde (17 kişi) koroner kalp hastalığı tanısı mevcuttur. Koroner kalp hastalığı olan erkeklerin %94,1'i (16 kişi) düzenli ilaç tedavisi almaktadır, %17,6'sı (3 kişi) son bir yıl içerisinde hastalığı nedeniyle doktora gitmemiştir, %70,6'sı (12 kişi) yaşamının bir döneminde koroner kalp hastalığı nedeniyle hastaneye yatmıştır (Tablo 5.26).

Tablo 5.27. Katılımcılarda cinsiyete göre beyana dayalı inme/felç varlığı ve inme/felç ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Kadın (n=406)		Erkek (n=120)		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İnme/felç varlığı						
Yok	396	97,5	118	98,3	514	97,7
Var	10	2,5	2	1,7	12	2,3
Reçete edilen tedavi						
Düzenli alıyor	7	70,0	-	-	7	58,3
Tedavi almıyor	3	30,0	2	100,0	5	41,7
İlaç tedavisi alan¹						
İlaç tedavisi alan ¹	6	60,0	-	-	6	50,0
Fizik aktivite yapan ¹	2	20,0	1	50,0	3	25,0
Hiçbir şey yapmıyor ¹	2	20,0	1	50,0	3	25,0
En son doktora gidilen zaman^{1,2}						
12 ay altı	2	20,0	-	-	2	16,7
12 ay ve üstü	7	70,0	2	100,0	9	75,0
İnme/felç nedeniyle hastaneye yatış						
	6	60,0	-	-	6	50,0

¹Yüzde değerler inme/felç tanısı olan kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

²Bir kişi doktora en son ne zaman gittiğini hatırlamamaktadır.

Kadın katılımcıların %2,5'i (10 kişi) inme/felç geçirdiğini belirtmiştir. İnme/felç geçiren kadınların %70,0'ı (7 kişi) düzenli tedavi almakta olup, %60,0'ı (6 kişi) ilaç tedavisi almakta, %20,0'ı (2 kişi) fiziksel aktivite yapmaktadır. İnme/felç geçiren kadınların %70,0'ı (7 kişi) son bir yıl içerisinde inme/felç nedeniyle doktora gitmemiş, %60,0'ı (6 kişi) yaşamının bir döneminde inme/felç nedeniyle hastaneye yattığını belirtmiştir. Erkek katılımcıların %1,7'si (2 kişi) inme/felç geçirdiğini belirtmiştir. İnme/felç geçiren erkek katılımcıların %50,0'ı (1 kişi) fiziksel aktivite yapmaktadır, her ikisi de son bir yılda bu hastalık nedeniyle doktora başvurmamışlardır (Tablo 5.27).

Tablo 5.28. Katılımcılarda cinsiyete göre beyana dayalı astım/KOAH varlığı ve astım/KOAH ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Kadın (n=406)		Erkek (n=120)		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Astım/KOAH varlığı						
Yok	356	87,7	110	91,7	466	88,6
Var	50	12,3	10	8,3	60	11,4
Reçete edilen tedavi						
Düzenli alıyor	25	50,0	7	70,0	32	53,3
Düzensiz alıyor	1	2,0	1	10,0	2	3,3
Tedavi almıyor	24	48,0	2	20,0	26	43,3
İlaç tedavisi alan^{1,2}						
İlaç tedavisi alan ^{1,2}	25	50,0	7	70,0	33	55,0
Hiçbir şey yapmıyor ¹	24	48,0	2	20,0	26	43,3
En son doktora gidilen zaman^{1,3}						
12 ay altı	20	40,0	5	50,0	25	41,7
12 ay ve üstü	19	38,0	3	30,0	22	36,6
Astım/KOAH nedeniyle hastaneye yatış						
Astım/KOAH nedeniyle hastaneye yatış	9	18,0	2	20,0	11	18,3

¹Yüzde değerler astım/KOAH tanısı olan kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

²Bir kişi solunum cihazı kullandığını, bir kişi oksijen tedavisi aldığını belirtmiştir.

³On bir kadın ve 2 erkek katılımcı hastalığı nedeniyle doktora en son ne zaman gittiğini hatırlamamaktadır.

Kadın katılımcıların %12,3'ü (50 kişi) astım ya da kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH/Amfizem/Kronik bronşit) tanısı olduğunu belirtmiştir. Tanı alan kadınların %50,0'ı (25 kişi) düzenli tedavi almakta olup %50,0'ı (25 kişi) ilaç tedavisi almaktadır. Bu kişilerin %38,0'ı (19 kişi) son bir yıl içerisinde hastalığı nedeniyle doktora başvurmamış, %18,0'ı (9 kişi) ise hayatının bir döneminde bu hastalık nedeniyle hastanede yattığını belirtmiştir. Erkek katılımcıların %8,3'ünde (10 kişi) astım/KOAH tanısı bulunmaktadır. Bu kişilerin %70,0'ı (7 kişi) düzenli tedavi almakta, %70,0'ı (7 kişi) ilaç tedavisi almaktadır. Astım/KOAH tanısı olan erkeklerin %30,0'ı (3 kişi) son bir yıl içerisinde hastalığı nedeniyle doktora gitmemiş, %20,0'ı (2 kişi) yaşamının bir döneminde astım/KOAH nedeniyle hastaneye yattığını belirtmiştir (Tablo 5.28).

Tablo 5.29. Katılımcılarda cinsiyete göre beyana dayalı kanser varlığı ve kanser ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Kadın (n=406)		Erkek (n=120)		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kanser varlığı						
Yok	393	96,8	118	98,3	511	97,1
Var	13	3,2	2	1,7	15	2,9
Endometrium (5 kişi), Meme (2 kişi), Tiroid (2 kişi), Malign melanom (1 kişi), Lösemi (1 kişi), Mide (1 kişi), Prostat (1 kişi), Larinks (1 kişi), Serviks (1 kişi)						
Reçete edilen tedavi						
Düzenli alıyor	2	15,4	-	-	2	13,3
Tedavi almıyor ¹	11	84,6	2	100,0	13	86,7
İlaç tedavisi alan²						
İlaç tedavisi alan ²	2	15,4	-	-	2	13,3
Ameliyat olan ²	10	76,9	2	100,0	12	80,0
En son doktora gidilen zaman^{2,3}						
12 ay altı	6	46,2	-	-	6	40,0
12 ay ve üstü	5	38,5	2	100,0	7	46,7
Kanser nedeniyle hastaneye yatış						
	11	84,6	2	100,0	13	86,7

¹On bir kişi ameliyat sonucu iyileştiğini belirtmiştir, Bir kişi ise ameliyat olduğunu ancak hastalığının son durumunu bilmediğini belirtmiştir. Ameliyat olmayan bir kişi aldığı tedavi sonucu iyileşmiş, iki kişi halen hasta olduğunu belirtmiştir.

²Yüzde değerler kanser tanısı olan kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

³İki kadın katılımcı kanser nedeniyle doktora en son ne zaman gittiğini hatırlamamaktadır.

Kadın katılımcıların %3,2'si (13 kişi) kanser tanısı olduğunu belirtmiştir (Beş kişi endometrium kanseri, iki kişi meme kanseri, iki kişi tiroid kanseri, bir kişi malign melanom, bir kişi lösemi, bir kişi mide kanseri, bir kişi serviks kanseri). Kanser tanısı alan kadınların %15,4'ü (2 kişi) düzenli ilaç tedavisi almaktadır, %76,9'u (10 kişi) ameliyat olduğunu belirtmiştir, %46,2'si (6 kişi) son bir yıl içerisinde hastalığı nedeniyle doktora gitmiştir, %84,6'sının (11 kişi) hastalığı nedeniyle hastaneye yatma öyküsü vardır. Erkek katılımcıların %1,7'si (2 kişi) kanser tanısı almış olup ameliyat olmuşlardır (bir kişi prostat, bir kişi larinks kanseri). Kanser tanısı olan erkek katılımcılar, son bir yıl içerisinde kanser nedeniyle doktora gitmemiştir (Tablo 5.29).

Tablo 5.30. Katılımcılarda cinsiyete göre beyana dayalı psikiyatrik hastalık varlığı ve psikiyatrik hastalık ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Kadın (n=406)		Erkek (n=120)		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Psikiyatrik hastalık varlığı						
Yok	351	86,5	119	99,2	470	89,4
Var	55	13,5	1	0,8	56	10,6
Reçete edilen tedavi						
Düzenli alıyor	31	56,4	1	100,0	32	57,1
Düzensiz alıyor	4	7,3	-	-	4	7,1
Tedavi almıyor	20	36,4	-	-	20	35,7
İlaç tedavisi alan ¹	34	61,8	1	100,0	35	62,5
Fizik aktivite yapan ¹	2	3,6	-	-	2	3,6
Hiçbir şey yapmıyor ¹	21	38,2	-	-	21	37,5
En son doktora gidilen zaman^{1,2}						
12 ay altı	23	41,8	-	-	23	41,1
12 ay ve üstü	23	41,8	-	-	23	41,1
Psikiyatrik hastalık nedeniyle hastaneye yatış						
	4	7,3	1	100,0	5	8,9

¹Yüzde değerler psikiyatrik hastalık tanısı olan kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

²Dokuz kadın ve bir erkek katılımcı psikiyatrik hastalık nedeniyle doktora en son ne zaman gittiğini hatırlamamaktadır.

Kadın katılımcıların %13,5'i (55 kişi) psikiyatrik hastalık tanısı olduğunu belirtmiştir. Tanı alanların %56,4'ü (31 kişi) düzenli tedavi almakta, %61,8'i (34 kişi) ilaç tedavisi almakta, %3,6'sı (2 kişi) fiziksel aktivite yapmaktadır. Psikiyatrik hastalığı olan kadınların %41,8'i (23 kişi) son bir yıl içerisinde hastalığı nedeniyle doktora gitmemiş, %7,3'ü (4 kişi) yaşamının bir döneminde psikiyatrik hastalık nedeniyle hastaneye yatmıştır. Erkek katılımcıların %0,8'inde (1 kişi) psikiyatrik hastalık tanısı bulunmakta ve düzenli olarak ilaç tedavisi almaktadır. Psikiyatrik hastalığı olan erkek katılımcı hastalığı nedeniyle hastanede yatarak tedavi aldığını belirtmiş, en son ne zaman hastalığı nedeniyle doktora gittiğini hatırlamamıştır (Tablo 5.30).

Tablo 5.31. Katılımcıların beyanına göre aynı hanede yaşayıp son beş yıl içinde ölen kişilerin ölüm nedenlerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018)¹.

Ölüm nedenleri	Sayı	Yüzde
Kanser	11	17,7
Kalp hastalığı	7	11,3
Myokard infarktüsü	6	9,7
KOAH	5	8,1
Böbrek yetmezliği	3	4,8
Hipertansiyon	1	1,6
Diyabet	1	1,6
Hipertansiyon+Diyabet	2	3,2
Bağırsakta pıhtı/tıkanma	2	3,2
Kalça kırığı	2	3,2
Parkinson	2	3,2
Beyin kanaması	1	1,6
Kalp ve böbrek yetmezliği	2	3,2
Kalp hastalığı/astım/KOAH	1	1,6
Solunum yetmezliği	1	1,6
Ayakta gangren	1	1,6
Siroz	1	1,6
Felç	1	1,6
Hidrocefali	1	1,6
İntihar	1	1,6
Kaza	1	1,6
Yaşlılık	7	11,3
Nedeni bilinmiyor	2	3,2
Toplam	62	100,0

¹Katılımcıların beyanlarına göre aynı hanede yaşayıp son beş yıl içerisinde ölenlerin ölüm nedenleri incelenmiştir.

Katılımcılar ile aynı hanede yaşayıp son beş yıl içerisinde ölen kişilerin ölüm nedenlerine bakıldığında %17,7'sinin (11 kişi) kanser, %11,3'ünün (7 kişi) kalp hastalığı, %9,7'sinin (6 kişi) kalp krizi nedeniyle öldüğü görülmektedir (Tablo 5.31).

Tablo 5.32. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ve risk faktörlerine göre beyana dayalı hipertansiyon görülme durumu dağılımları (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Hipertansiyon				p değeri
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet (n=526)					
Kadın	188	46,3	218	53,7	<0,001
Erkek	33	27,5	87	72,5	
Yaş (n=526)					
18-24	1	4,8	20	95,2	<0,001
25-34	3	3,5	83	96,5	
35-44	7	8,3	77	91,7	
45-54 ¹	29	35,4	53	64,6	
55-64 ¹	82	64,6	45	35,4	
≥65 ¹	99	78,6	27	21,4	
Öğrenim durumu (n=526)					
İlkokul ve altı ¹	175	59,1	121	40,9	<0,001
İlköğretim/ortaokul ¹	30	35,3	55	64,7	
Lise/Üniversite/Yüksekokul ¹	16	11,0	129	89,0	
Çalışma durumu (n=526)					
Çalışan	22	16,3	113	83,7	<0,001
Çalışmayan	199	50,9	193	49,1	
Menopozal dönem (n=406)					
Menopoz öncesi	19	10,9	156	89,1	<0,001
Menopoz sonrası	169	73,2	62	26,8	
BKİ (n=526)					
Zayıf/Normal	18	20,5	70	79,5	<0,001
Fazla kilolu	50	30,9	112	69,1	
Obez ¹	153	55,4	123	44,6	
UFAA'ya göre (n=526)					
Düşük fiziksel aktivite düzeyi	166	43,8	213	56,2	0,002
Orta fiziksel aktivite düzeyi	55	42,3	75	57,7	
Yüksek fiziksel aktivite düzeyi ¹	-	-	17	100,0	
DSÖ'ye göre (n=526)					
Yetersiz fiziksel aktivite	166	44,3	209	55,7	0,104
Yeterli fiziksel aktivite	55	36,4	96	63,6	
Toplam	221	42,0	305	58,0	

¹İstatistiksel anlamlılık bu gruplardan kaynaklanmaktadır.

Kadın katılımcıların %46,3'ü erkek katılımcıların %27,5'i hipertansiyon tanısı almıştır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Tablo 5.32).

Katılımcıların yaş gruplarına göre hipertansiyon varlığına bakıldığında; 18-24 yaşlarındaki katılımcıların %4,8'inde, 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların %3,5'inde, 35-44 yaş aralığındaki katılımcıların %8,3'ünde hipertansiyon tanısı varken; 55-64 yaşlarındaki katılımcıların %64,6'sında, 65 yaş ve üstü katılımcıların %78,6'sında hipertansiyon tanısı vardır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Tablo 5.32). Yaş grupları ortanca yaşa göre iki gruba ayrılarak karşılaştırma yapıldığında, 53 yaş ve üstündeki katılımcıların %70,5'inde, 53 yaş altı katılımcıların %13,4'ünde hipertansiyon tanısı olduğu görülmüştür ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

İlkokul mezunu veya herhangi bir okul bitirmeyen katılımcıların %59,1'inde, ilköğretim/ortaokul mezunlarının %35,3'ünde, lise/üniversite/yüksekokul mezunlarının %11,0'unda hipertansiyon tanısı olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$, Tablo 5.32).

Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan katılımcıların %50,9'unun, çalışan katılımcıların ise %16,3'ünün hipertansiyon tanısı vardır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Tablo 5.32).

Menopoz sonrası dönemdeki kadın katılımcıların %73,2'sinde menopoz öncesi dönemdeki katılımcıların %10,9'unda hipertansiyon varlığı görülmüş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$, Tablo 5.32).

Beden kitle indeksine göre obez grupta yer alan katılımcıların %55,4'ünde, fazla kilolu katılımcıların %30,9'unda, zayıf/normal gruptaki katılımcıların %20,5'inde hipertansiyon bulunmaktadır ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir ($p<0,001$, Tablo 5.32).

Yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan katılımcılarda hipertansiyon tanısı bulunmazken, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan katılımcıların %42,3'ünde ve düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan katılımcıların %43,8'inde hipertansiyon tanısı bulunmaktadır. Yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan gruptaki hipertansiyon

varlığının diğer iki gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$, Tablo 5.32).

DSÖ'ye göre yeterli fiziksel aktivite yapan katılımcılardaki hipertansiyon varlığı (%36,4), yetersiz fiziksel aktivite yapan katılımcılardaki hipertansiyon varlığına göre (%44,3) daha düşük bulunmuştur ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,104$, Tablo 5.32).

Analizler cinsiyete göre tabakalanıp tekrarlandığında, 53 yaş ve üstündeki erkek katılımcıların %53,6'sında, 53 yaş altı erkek katılımcıların %4,7'sinde hipertansiyon tanısı olduğu görülmüştür. Elli üç yaş ve üstündeki kadın katılımcıların %75,0'ında, 53 yaş altı kadın katılımcıların %16,2'sinde hipertansiyon tanısı olduğu görülmüştür. Her iki cinsiyette de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Her iki grup için $p<0,001$, Bkz. Ek 5).

İlkokul mezunu veya herhangi bir okul bitirmeyen erkek katılımcıların %38,1'inde, ilköğretim/ortaokul mezunlarının %30,8'inde, lise/üniversite/yüksekokul mezunlarının %17,3'ünde hipertansiyon tanısı olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,074$, Bkz. Ek 5). İlkokul mezunu veya herhangi bir okul bitirmeyen kadın katılımcıların %62,6'sında, ilköğretim/ortaokul mezunlarının %37,3'ünde, lise/üniversite/yüksekokul mezunlarının %7,5'inde hipertansiyon tanısı olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan erkeklerin %52,4'ünün, çalışanların ise %14,1'inin hipertansiyon tanısı vardır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Bkz. Ek 5). Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan kadın katılımcıların %50,7'sinin, çalışan kadınların ise %19,3'ünün hipertansiyon tanısı vardır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

Beden kitle indeksine göre obez grupta yer alan erkek katılımcıların %30,6'sında, fazla kilolu erkek katılımcıların %24,1'inde, zayıf/normal gruptaki erkek katılımcıların %30,0'ında hipertansiyon bulunmaktadır ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,748$, Bkz. Ek 5). Beden kitle

indeksine göre obez grupta yer alan kadın katılımcıların %59,2'sinde, fazla kilolu kadın katılımcıların %34,3'ünde, zayıf/normal gruptaki kadın katılımcıların %15,5'inde hipertansiyon bulunmaktadır ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir ($p < 0,001$, Bkz. Ek 5).

Yüksek fiziksel aktivite yapan erkek katılımcılarda hipertansiyon tanısı bulunmazken, orta fiziksel aktivite yapan erkek katılımcıların %35,6'sında ve düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan erkek katılımcıların %26,1'inde hipertansiyon tanısı bulunmaktadır. Yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan gruptaki hipertansiyon varlığının diğer iki gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,022$, Bkz. Ek 5). Yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadın katılımcılarda hipertansiyon tanısı bulunmazken, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kadın katılımcıların %47,9'unda ve düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan kadın katılımcıların %46,2'sinde hipertansiyon tanısı bulunmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Exact Test $p = 0,567$, Bkz. Ek 5).

DSÖ'ye göre yeterli fiziksel aktivite yapan erkek katılımcılardaki hipertansiyon varlığı (%27,6) ile yetersiz fiziksel aktivite yapan erkek katılımcılardaki hipertansiyon varlığı (%27,3) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0,966$, Bkz. Ek 5). DSÖ'ye göre yeterli fiziksel aktivite yapan kadın katılımcılardaki hipertansiyon varlığı (%45,3) ile yetersiz fiziksel aktivite yapan kadın katılımcılardaki hipertansiyon varlığı (%46,5) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0,852$, Bkz. Ek 5).

Tablo 5.33. Katılımcıların bazı risk faktörlerine göre beyana dayalı hipertansiyon görülme durumunun dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Hipertansiyon				p değeri
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Tütün kullanımı (n=526)					
Kullanan	29	24,8	88	75,2	<0,001
Kullanmayan	192	46,9	217	53,1	
Son 1 yıl içinde alkol kullanımı (n=526)					
Kullanan	2	10,0	18	90,0	0,003
Kullanmayan	219	43,3	287	56,7	
Yemeğe tadına bakmadan ekleme (n=526)					
Ekleyen	23	30,7	52	69,3	0,032
Eklemeyen	198	43,9	253	56,1	
Yemeğe tuz/tuzlu çeşni ekleme sıklığı (n=525)¹					
Her zaman/sıklıkla	179	40,0	269	60,0	0,005
Bazen/nadiren	25	46,3	29	53,7	
Eklemiyor ²	17	73,9	6	26,1	
Tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketim sıklığı³ (n=526)					
Her zaman/sıklıkla ²	34	23,9	108	76,1	<0,001
Bazen/nadiren ²	133	45,2	161	54,8	
Tüketmiyor ²	54	60,0	36	40,0	
Diyabet (n=526)					
Var	87	80,6	21	19,4	<0,001
Yok	134	32,1	284	67,9	
Yüksek kolesterol (n=526)					
Var	80	79,2	21	20,8	<0,001
Yok	141	33,2	284	66,8	
Koroner kalp hastalığı (n=526)					
Var	60	77,9	17	22,1	<0,001
Yok	161	35,9	288	64,1	
GSA					
<2	184	41,2	263	58,8	0,346
≥2	37	46,8	42	53,2	
Toplam	221	42,0	305	58,0	

¹Bir kişi yemeğe tuz ekleme sıklığını bilmemektedir.

²İstatistiksel anlamlılık bu gruplardan kaynaklanmaktadır.

³Paketlenmiş tuzlu atıştırmalıklar, turşu, konserve, pastırma, sucuk vb.

Tütün kullandığını belirten katılımcıların %24,8'inde, tütün kullanmayan katılımcıların %46,9'unda hipertansiyon tanısı vardır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Tablo 5.33).

Son bir yıl içerisinde alkol tüketen katılımcıların %10,0'ında tüketmeyenlerin %43,3'ünde hipertansiyon tanısı vardır ve gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,003$, Tablo 5.33).

Yemek sofraya geldiğinde tadına bakmadan tuz ekleyen katılımcıların %30,7'sinde, eklemeyen katılımcıların ise %43,9'unda hipertansiyon tanısı vardır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,032$, Tablo 5.33).

Yemeğe her zaman/sıklıkla tuz ve tuzlu çeşni ekleyen katılımcıların %40,0'ında, hiç tuz eklemeyen katılımcıların %73,9'unda hipertansiyon tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,005$, Tablo 5.33).

Her zaman/sıklıkla tuz içeriği yüksek işlenmiş gıda tüketen katılımcıların %23,9'unda, bazen/nadiren tüketen katılımcıların %45,2'sinde, tüketmeyen katılımcıların %60,0'ında hipertansiyon tanısı bulunmaktadır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Tablo 5.33).

Diyabeti olan katılımcılardaki hipertansiyon varlığı (%80,6) diyabeti olmayan katılımcılardaki hipertansiyon varlığına göre (%32,1) anlamlı derece yüksektir ($p<0,001$, Tablo 5.33).

Kolesterol yüksekliği olan katılımcılardaki hipertansiyon varlığı (%79,2), kolesterol yüksekliği olmayan katılımcılardaki hipertansiyon varlığından (%33,2) anlamlı derece yüksektir ($p<0,001$, Tablo 5.33).

Koroner kalp hastalığı olan katılımcılardaki hipertansiyon varlığı (%77,9) koroner kalp hastalığı olmayan katılımcılardaki hipertansiyon varlığına göre (%35,9) anlamlı derece yüksektir ($p<0,001$, Tablo 5.33).

GSA puanı <2 olan katılımcılardaki hipertansiyon varlığı ile (%41,2) puanı ≥ 2 olan katılımcılardaki hipertansiyon varlığı arasında (%46,8) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,346$, Tablo 5.33).

Analizler cinsiyete göre tabakalanıp tekrarlandığında; tütün kullandığını belirten erkek katılımcıların %22,8'inde, tütün kullanmayan erkek katılımcıların %31,7'sinde hipertansiyon tanısı vardır. Gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,273$, Bkz. Ek 5). Tütün kullandığını belirten kadın katılımcıların %26,7'sinde, tütün kullanmayan kadın katılımcıların %49,7'sinde hipertansiyon tanısı vardır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir ($p=0,001$, Bkz. Ek 5).

Son bir yıl içerisinde alkol tüketen erkek katılımcıların %6,7'sinde tüketmeyenlerin %30,5'inde hipertansiyon tanısı vardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher's Exact test $p=0,065$, Bkz. Ek 5). Son bir yıl içerisinde alkol tüketen kadın katılımcıların %20,0'ında tüketmeyenlerin %46,6'sında hipertansiyon tanısı vardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher's Exact test $p=0,379$, Bkz. Ek 5).

Yemek sofraya geldiğinde tadına bakmadan tuz ekleyen erkek katılımcıların %17,4'ünde, eklemeyen erkek katılımcıların ise %29,9'unda hipertansiyon tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,227$, Bkz. Ek 5). Yemek sofraya geldiğinde tadına bakmadan tuz ekleyen kadın katılımcıların %36,5'inde, eklemeyen kadın katılımcıların ise %47,7'sinde hipertansiyon tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,130$, Bkz. Ek 5).

Yemeğe her zaman/sıklıkla tuz ve tuzlu çeşni ekleyen erkek katılımcıların %25,2'sinde, bazen/nadiren ekleyen erkek katılımcıların %30,0'ında, hiç tuz eklemeyen erkek katılımcıların %66,7'sinde hipertansiyon tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,085$, Bkz. Ek 5). Yemeğe her zaman/sıklıkla tuz ve tuzlu çeşni ekleyen kadın katılımcıların %44,3'ünde, bazen/nadiren ekleyen kadın katılımcıların %50,0'ında, hiç tuz eklemeyen kadın katılımcıların %76,5'inde hipertansiyon tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,030$, Bkz. Ek 5).

Her zaman/sıklıkla tuz içeriği yüksek işlenmiş gıda tüketen erkek katılımcıların %21,1'inde, bazen/nadiren tüketen erkek katılımcıların %34,6'sında, tüketmeyen

erkek katılımcıların %23,3'ünde hipertansiyon tanısı bulunmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,305$, Bkz. Ek 5). Her zaman/sıklıkla tuz içeriği yüksek işlenmiş gıda tüketen kadın katılımcıların %25,0'ında, bazen/nadiren tüketen kadın katılımcıların %47,5'inde, tüketmeyen kadın katılımcıların %78,3'ünde hipertansiyon tanısı bulunmaktadır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

Diyabeti olan erkek katılımcılardaki hipertansiyon varlığı (%72,7) diyabeti olmayan erkek katılımcılardaki hipertansiyon varlığına göre (%22,9) anlamlı derece yüksektir ($p=0,001$, Bkz. Ek 5). Diyabeti olan kadın katılımcılardaki hipertansiyon varlığı (%81,4) diyabeti olmayan kadın katılımcılardaki hipertansiyon varlığına göre (%35,3) anlamlı derece yüksektir ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

Kolesterol yüksekliği olan erkek katılımcılardaki hipertansiyon varlığı (%70,0), kolesterol yüksekliği olmayan erkek katılımcılardaki hipertansiyon varlığından (%23,6) anlamlı derece yüksektir ($p=0,004$, Bkz. Ek 5). Kolesterol yüksekliği olan kadın katılımcılardaki hipertansiyon varlığı (%80,2), kolesterol yüksekliği olmayan kadın katılımcılardaki hipertansiyon varlığında göre (%36,5) anlamlı derece yüksektir ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

Koroner kalp hastalığı olan erkek katılımcılardaki hipertansiyon varlığı (%64,7) koroner kalp hastalığı olmayan erkek katılımcılardaki hipertansiyon varlığına göre (%21,4) anlamlı derece yüksektir ($p=0,001$, Bkz. Ek 5). Koroner kalp hastalığı olan kadın katılımcılardaki hipertansiyon varlığı (%81,7) koroner kalp hastalığı olmayan kadın katılımcılardaki hipertansiyon varlığına göre (%40,2) anlamlı derece yüksektir ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

GSA puanı <2 olan erkek katılımcılardaki hipertansiyon varlığı ile (%27,5) puanı ≥ 2 olan erkek katılımcılardaki hipertansiyon varlığı arasında (%27,8) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=1,000$, Bkz. Ek 5). GSA puanı <2 olan kadın katılımcılardaki hipertansiyon varlığı ile (%45,2) puanı ≥ 2 olan kadın katılımcılardaki hipertansiyon varlığı arasında (%52,5) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,296$, Bkz. Ek 5).

Tablo 5.34. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ve risk faktörlerine göre beyana dayalı diyabet görülme durumu dağılımları (Güdümlü Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Diyabet				p değeri
	Var Sayı	Yüzde	Yok Sayı	Yüzde	
Cinsiyet (n=526)					
Kadın	97	23,9	309	76,1	<0,001
Erkek	11	9,2	109	90,8	
Yaş (n=526)					
18-24	-	-	21	100,0	<0,001
25-34	1	1,2	85	98,8	
35-44	8	9,5	76	90,5	
45-54 ¹	12	14,6	70	85,4	
55-64 ¹	44	34,6	83	65,4	
≥65 ¹	43	34,1	83	65,9	
Öğrenim durumu (n=526)					
İlkokul ve altı	85	28,7	211	71,3	<0,001
İlköğretim/ortaokul	14	16,5	71	83,5	
Lise/Üniversite ve üstü ¹	9	6,2	136	93,8	
Çalışma durumu (n=526)					
Çalışan	14	10,4	121	89,6	0,001
Çalışmayan	94	24,0	297	76,0	
Menopozal dönem (n=406)					
Menopoz öncesi	10	5,7	165	94,3	<0,001
Menopoz sonrası	87	37,7	144	62,3	
BKİ (n=526)					
Zayıf/Normal ¹	2	2,3	86	97,7	<0,001
Fazla kilolu ¹	18	11,1	144	88,9	
Obez ¹	88	31,9	188	68,1	
UFAA'ya göre (n=526)					
Düşük fiziksel aktivite düzeyi	87	23,0	292	77,0	0,026
Orta fiziksel aktivite düzeyi	21	16,2	109	83,8	
Yüksek fiziksel aktivite düzeyi ¹	-	-	17	100,0	
DSÖ'ye göre (n=526)					
Yetersiz fiziksel aktivite	86	22,9	289	77,1	0,032
Yeterli fiziksel aktivite	22	14,6	129	85,4	
Tütün kullanımı (n=526)					
Kullanan	14	12,0	103	88,0	0,009
Kullanmayan	94	23,0	315	77,0	
Son 1 yıl içinde alkol kullanımı (n=526)					
Kullanan	2	10,0	18	90,0	0,395 ²
Kullanmayan	106	20,9	400	79,1	
Toplam	108	20,5	418	79,5	

¹İstatistiksel anlamlılık bu gruplardan kaynaklanmaktadır.

²Fisher's Exact Test

Kadın katılımcıların %23,9'unda erkek katılımcıların %9,2'sinde diyabet tanısı vardır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir ($p < 0,001$, Tablo 5.34).

Katılımcıların yaş gruplarına göre diyabet varlığına bakıldığında; 18-24 yaşlarındaki katılımcılarda diyabet tanısı yokken, 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların %1,2'sinde, 35-44 yaş aralığındaki katılımcıların %9,5'inde, 45-54 yaş aralığındaki katılımcıların %14,6'sında hipertansiyon tanısı varken; 55-64 yaşlarındaki katılımcıların %34,6'sında, 65 yaş ve üstü katılımcıların %34,1'inde hipertansiyon tanısı vardır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$, Tablo 5.34).

İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş katılımcıların %28,7'sinde, ilköğretim/ortaokul mezunu katılımcıların %16,5'inde, lise/üniversite/yüksekokul mezunu katılımcıların %6,2'sinde diyabet tanısı olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki diyabet varlığındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$, Tablo 5.34).

Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan katılımcıların %24,0'ının, çalışan katılımcıların ise %10,4'ünün diyabet tanısı vardır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$, Tablo 5.34).

Menopoz sonrası dönemdeki kadın katılımcıların %37,7'sinde, menopoz öncesi dönemdeki kadın katılımcıların %5,7'sinde diyabet tanısı bulunmaktadır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$, Tablo 5.34).

Beden kitle indekslerine bakıldığında obez gruptaki katılımcıların %31,9'unda, fazla kilolu katılımcıların %11,1'inde, zayıf/normal kilolu katılımcıların %2,3'ünde diyabet tanısı vardır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$, Tablo 5.34).

Yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan katılımcılarda diyabet tanısı bulunmazken, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan katılımcıların %16,2'sinde ve düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan katılımcıların %23,0'ında diyabet tanısı bulunmaktadır. Yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan gruptaki diyabet varlığının diğer iki gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,026$, Tablo 5.34).

DSÖ'ye göre yeterli fiziksel aktivite yapan katılımcılardaki diyabet varlığı (%14,6), yetersiz fiziksel aktivite yapan katılımcılardaki diyabet varlığına göre (%22,9) daha düşüktür ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,032$, Tablo 5.34).

Tütün kullanan katılımcıların %12,0'ında, kullanmayanların %23,0'ında diyabet tanısı vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,009$, Tablo 5.34).

Alkol kullanan katılımcıların %10,0'ında, kullanmayanların %20,9'unda diyabet tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Fisher's Exact Test $p=0,395$, Tablo 5.34).

Analizler cinsiyete göre tabakalanarak tekrarlanmıştır. Buna göre yaş gruplarına bakıldığında 53 yaş ve üstündeki erkek katılımcılardaki diyabet varlığının (%16,1), 53 yaş altı erkek katılımcılardaki diyabet varlığına göre (%3,1) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla olduğu görülmüştür ($p=0,014$, Bkz. Ek 5). Elli üç yaş ve üstündeki kadın katılımcılardaki diyabet varlığının (%39,4), 53 yaş altı kadın katılımcılardaki diyabet varlığına göre (%7,6) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla olduğu görülmüştür ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş erkek katılımcıların %11,9'unda, ilköğretim/ortaokul mezunu erkek katılımcıların %7,7'sinde, lise/üniversite/yüksekokul mezunu erkek katılımcıların %7,7'sinde diyabet tanısı olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Exact Test $p=0,784$, Bkz. Ek 5). İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş kadın katılımcıların %31,5'inde, ilköğretim/ortaokul mezunu kadın katılımcıların %20,3'ünde, lise/üniversite/yüksekokul mezunu kadın katılımcıların %5,4'ünde diyabet tanısı olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki diyabet varlığındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan erkek katılımcıların %9,5'inin, çalışan erkek katılımcıların ise %9,0'ının diyabet tanısı vardır ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Fisher's Exact Test $p=1,000$, Bkz. Ek 5). Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan kadın katılımcıların

%25,8'inin, çalışan kadın katılımcıların ise %12,3'ünün diyabet tanısı vardır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,027$, Bkz. Ek 5).

Obez gruptaki erkek katılımcıların %16,7'sinde, fazla kilolu katılımcıların %7,4'ünde, zayıf/normal kilolu katılımcıların %3,3'ünde diyabet tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Exact Tests $p=0,168$, Bkz. Ek 5). Obez gruptaki kadın katılımcıların %34,2'sinde, fazla kilolu kadın katılımcıların %13,0'ında, zayıf/normal kilolu kadın katılımcıların %1,7'sinde diyabet tanısı vardır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

Yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan erkek katılımcılarda diyabet tanısı bulunmazken, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan erkek katılımcıların %11,9'unda ve düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan erkek katılımcıların %8,7'sinde diyabet tanısı bulunmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Exact Tests $p=0,449$, Bkz. Ek 5). Yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadın katılımcılarda diyabet tanısı bulunmazken, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kadın katılımcıların %19,7'sinde ve düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan kadın katılımcıların %24,9'unda diyabet tanısı bulunmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Exact Tests $p=0,430$, Bkz. Ek 5).

DSÖ'ye göre yeterli fiziksel aktivite yapan erkek katılımcılardaki diyabet varlığı ile (%10,5), yetersiz fiziksel aktivite yapan erkek katılımcılardaki diyabet varlığı (%6,8) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (Fisher's Exact Test $p=0,744$). DSÖ'ye göre yeterli fiziksel aktivite yapan kadın katılımcılardaki diyabet varlığı (%18,7), yetersiz fiziksel aktivite yapan kadın katılımcılardaki diyabet varlığına göre (%25,1) daha düşüktür ancak gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,240$, Bkz. Ek 5).

Tütün kullanan erkek katılımcıların %7,0'ında, kullanmayanların %11,1'inde diyabet tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,438$, Bkz. Ek 5) Tütün kullanan kadın katılımcıların %16,7'sinde, kullanmayanların %25,1'inde diyabet tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,155$, Bkz. Ek 5).

Alkol kullanan erkek katılımcıların %6,7'sinde, kullanmayanların %9,5'inde diyabet tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Fisher's Exact Test p=1,000, Bkz. Ek 5) Alkol kullanan kadın katılımcıların %20,0'ında, kullanmayanların %23,9'unda diyabet tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Fisher's Exact Test p=1,000, Bkz. Ek 5).

Tablo 5.35. Katılımcıların beyana dayalı diyabet görülme durumuna göre bazı riskli davranışlarının dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Diyabet				p değeri
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde ¹	Sayı	Yüzde ¹	
Şekerli içecek tüketim sıklığı² (n=526)					
Her zaman/sıklıkla	7	6,5	47	11,2	0,005
Bazen/nadiren	43	39,8	217	51,9	
Tüketmiyor ³	58	53,7	154	36,8	
Şekerli çay/kahve tüketim sıklığı (n=526)					
Her zaman/sıklıkla ³	36	33,3	216	51,7	0,003
Bazen/nadiren	10	9,3	25	6,0	
Eklemiyor	62	57,4	177	42,3	
Şekerli işlenmiş gıda tüketimi⁴ (n=526)					
Her zaman/sıklıkla ³	9	8,3	105	25,1	<0,001
Bazen/nadiren ³	62	57,4	242	57,9	
Tüketmiyor ³	37	34,3	71	17,0	
Toplam⁵	108	20,5	418	79,5	

¹Sütun yüzdesi alınmıştır.

²Şeker ilave edilmiş (gazlı/gazsız) meyve suyu, meyve nektarı, meyve konsantresi, meyveli şurup vb.

³İstatistiksel anlamlılık bu gruplardan kaynaklanmaktadır.

⁴Şekerleme, çikolata türleri, jöleli şeker, şerbetli tatlı, kek, pasta, kurabiye vb.

⁵Satır yüzdesi alınmıştır.

Diyabeti olan katılımcıların %6,5'i her zaman/sıklıkla, %39,8'i bazen/nadiren şekerli içecek tüketmekteyken %53,7'si şekerli içecek tüketmemektedir. Diyabeti olmayan katılımcıların %11,2'si her zaman/sıklıkla, %51,9'u bazen/nadiren şekerli içecek tüketirken %36,8'i şekerli içecek tüketmemektedir. Diyabeti olan katılımcıların diyabeti olmayanlara göre şekerli içecekleri daha az tükettikleri görülmekle birlikte diyabet varlığı ile şekerli içecek tüketimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,005, Tablo 5.35).

Diyabeti olan katılımcıların %33,3'ü her zaman/sıklıkla, %9,3'ü bazen/nadiren şekerli çay/kahve tüketmekteyken %57,4'ü şekerli çay/kahve tüketmemektedir. Diyabeti olmayan katılımcıların %51,7'si her zaman/sıklıkla, %6,0'ı bazen/nadiren şekerli çay/kahve tüketirken %42,3'ü tüketmemektedir. Diyabet varlığı ile şekerli çay/kahve tüketimleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$, Tablo 5.35).

Diyabeti olan katılımcıların %8,3'ü her zaman/sıklıkla, %57,4'ü bazen/nadiren şekerli işlenmiş gıda tüketmekteyken %34,3'ü tüketmemektedir. Diyabeti olmayan katılımcıların %25,1'i her zaman/sıklıkla, %57,9'u bazen/nadiren şekerli işlenmiş gıda tüketirken %17,0'ı tüketmemektedir. Diyabeti olan ve olmayan gruplar arasındaki şekerli işlenmiş gıda tüketimlerindeki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$, Tablo 5.35).

Diyabeti olan erkek katılımcılar her zaman/sıklıkla şekerli içecek tüketmediklerini belirtirken, %18,2'si bazen/nadiren şekerli içecek tüketmekte, %81,8'i şekerli içecek tüketmemektedir. Diyabeti olmayan erkek katılımcıların %11,9'u her zaman/sıklıkla, %56,0'ı bazen/nadiren şekerli içecek tüketirken %32,1'i şekerli içecek tüketmemektedir. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (Exact Tests $p=0,005$, Bkz. Ek 5). Diyabeti olan kadın katılımcıların %7,2'si her zaman/sıklıkla, %42,3'ü bazen/nadiren şekerli içecek tüketmekteyken %50,5'i şekerli içecek tüketmemektedir. Diyabeti olmayan kadın katılımcıların %11,0'ı her zaman/sıklıkla, %50,5'i bazen/nadiren şekerli içecek tüketirken %38,5'i şekerli içecek tüketmemektedir. Diyabeti olan kadın katılımcıların diyabeti olmayanlara göre şekerli içecekleri daha az tükettikleri görülmekle birlikte kadınlarda diyabet varlığı ile şekerli içecek tüketimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,098$, Bkz. Ek 5).

Diyabeti olan erkek katılımcıların %54,5'i her zaman/sıklıkla şekerli çay/kahve tüketmekteyken %45,5'i şekerli çay/kahve tüketmemektedir. Diyabeti olmayan erkek katılımcıların %68,8'i her zaman/sıklıkla şekerli çay/kahve tüketirken %25,7'si tüketmemektedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Exact Tests $p=0,309$, Bkz. Ek 5). Diyabeti olan kadın katılımcıların %30,9'u her

zaman/sıklıkla şekerli çay/kahve tüketmekteyken %58,8'i şekerli çay/kahve tüketmemektedir. Diyabeti olmayan kadın katılımcıların %45,6'sı her zaman/sıklıkla şekerli çay/kahve tüketirken %48,2'si tüketmemektedir. Kadınlarda diyabet varlığı ile şekerli çay/kahve tüketimleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,027$, Bkz. Ek 5).

Diyabeti olan erkek katılımcıların %36,4'ü bazen/nadiren şekerli işlenmiş gıda tüketmekteyken %63,6'sı tüketmemektedir. Diyabeti olmayan erkek katılımcıların %25,7'si her zaman/sıklıkla, %52,3'ü bazen/nadiren şekerli işlenmiş gıda tüketirken %22,0'ı tüketmemektedir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (Exact Tests $p=0,006$, Bkz. Ek 5). Diyabeti olan kadın katılımcıların %9,3'ü her zaman/sıklıkla, %59,8'i bazen/nadiren şekerli işlenmiş gıda tüketmekteyken %30,9'u tüketmemektedir. Diyabeti olmayan katılımcıların %24,9'u her zaman/sıklıkla, %59,9'u bazen/nadiren şekerli işlenmiş gıda tüketirken %15,2'si tüketmemektedir. Diyabeti olan ve olmayan kadın katılımcılar arasındaki şekerli işlenmiş gıda tüketimlerindeki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

Tablo 5.36. Katılımcılarda beyana dayalı hipertansiyon, kolesterol yüksekliği ve koroner kalp hastalığı varlığına göre diyabet görülme durumu dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Diyabet				p değeri
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Hipertansiyon (n=526)					
Var	87	39,4	134	60,6	<0,001
Yok	21	6,9	284	93,1	
Kolesterol yüksekliği (n=526)					
Var	53	52,5	48	47,5	<0,001
Yok	55	12,9	370	87,1	
Koroner kalp hastalığı (n=526)					
Var	35	45,5	42	54,5	<0,001
Yok	73	16,3	376	83,7	
Toplam	108	20,5	418	79,5	

Hipertansiyon tanısı olan katılımcıların %39,4'ünde, hipertansiyon tanısı olmayan katılımcıların %6,9'unda diyabet tanısı vardır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Tablo 5.36).

Kolesterol yüksekliği olan katılımcılarda (%52,5) kolesterol yüksekliği olmayan katılımcılara göre (%12,9) diyabet tanısının daha fazla olduğu görülmüştür ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Tablo 5.36).

Koroner kalp hastalığı olan katılımcıların %45,5'inde, koroner kalp hastalığı olmayan katılımcıların %16,3'ünde diyabet tanısı olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$, Tablo 5.36).

Analizler cinsiyete göre tabakalanarak tekrarlanmış ve ilgili tablolar EK 5'te belirtilmiştir. Buna göre hipertansiyon tanısı olan erkek katılımcıların %24,2'sinde, hipertansiyon tanısı olmayan erkek katılımcıların %3,4'ünde diyabet tanısı vardır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Fisher's Exact Test $p=0,001$, Bkz. Ek 5). Hipertansiyon tanısı olan kadın katılımcıların %42,0'ında, hipertansiyon tanısı olmayan kadın katılımcıların %8,3'ünde diyabet tanısı vardır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

Kolesterol yüksekliği olan erkek katılımcılarda (%50,0) kolesterol yüksekliği olmayan erkek katılımcılara göre (%5,5) diyabet tanısının daha fazla olduğu görülmüştür ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Fisher's Exact Test $p<0,001$, Bkz. Ek 5) Kolesterol yüksekliği olan kadın katılımcılarda (%52,7) kolesterol yüksekliği olmayan kadın katılımcılara göre (%15,6) diyabet tanısının daha fazla olduğu görülmüştür ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

Koroner kalp hastalığı olan erkek katılımcıların %23,5'inde, koroner kalp hastalığı olmayan erkek katılımcıların %6,8'inde diyabet tanısı olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (Fisher's Exact Test $p=0,049$, Bkz. Ek 5). Koroner kalp hastalığı olan kadın katılımcıların %51,7'sinde, koroner kalp hastalığı olmayan kadın katılımcıların %19,1'inde diyabet tanısı olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

Tablo 5.37. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ve risk faktörlerine göre beyana dayalı kolesterol yüksekliği görülme durumu dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Kolesterol yüksekliği				P değeri
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet (n=526)					
Kadın	91	22,4	315	77,6	<0,001
Erkek	10	8,3	110	91,7	
Yaş (n=526)					
18-24	-	-	21	100,0	<0,001
25-34	3	3,5	83	96,5	
35-44	8	9,5	76	90,5	
45-54	15	18,3	67	81,7	
55-64 ¹	41	32,3	86	67,7	
≥65	34	27,0	92	73,0	
Öğrenim durumu (n=526)					
İlkokul ve altı ²	85	28,7	211	71,3	<0,001
İlköğretim/ortaokul ²	10	11,8	75	88,2	
Lise/Üniversite ve üstü ²	6	4,1	139	95,9	
Çalışma durumu (n=526)					
Çalışan	12	8,9	123	91,1	<0,001
Çalışmayan	89	22,8	302	77,2	
Menopozal dönem (n=406)					
Menopoz öncesi	14	8,0	161	92,0	<0,001
Menopoz sonrası	77	33,3	154	66,7	
BKİ (n=526)					
Zayıf/Normal ²	6	6,8	82	93,2	<0,001
Fazla kilolu ²	20	12,3	142	87,7	
Obez ²	75	27,2	201	72,8	
UFAA'ya göre (n=526)					
Düşük fiziksel aktivite düzeyi	80	21,1	299	78,9	0,132
Orta fiziksel aktivite düzeyi	20	15,4	110	84,6	
Yüksek fiziksel aktivite düzeyi	1	5,9	16	94,1	
DSÖ'ye göre (n=526)					
Yetersiz fiziksel aktivite	80	21,3	295	78,7	0,050
Yeterli fiziksel aktivite	21	13,9	130	86,1	
Toplam	101	19,2	425	80,8	

¹İstatistiksel anlamlılık bu grubun; 18-24, 25-34, 35-44 yaş grupları ile arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

²İstatistiksel anlamlılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

Kadın katılımcıların %22,4'ünde erkek katılımcıların %8,3'ünde kolesterol yüksekliği vardır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir ($p<0,001$, Tablo 5.37).

Katılımcıların yaş gruplarına göre kolesterol yüksekliği varlığına bakıldığında; 18-24 yaşlarındaki katılımcılarda kolesterol yüksekliği yokken, 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların %3,5'inde, 35-44 yaş aralığındaki katılımcıların %9,5'inde, 45-54 yaş aralığındaki katılımcıların %18,3'ünde kolesterol yüksekliği varken; 55-64 yaşlarındaki katılımcıların %32,3'ünde, 65 yaş ve üstü katılımcıların %27,0'ında kolesterol yüksekliği vardır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Tablo 5.37).

İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş katılımcıların %28,7'sinde, ilköğretim/ortaokul mezunu katılımcıların %11,8'inde, lise/üniversite/yüksek okul mezunu katılımcıların %4,1'inde kolesterol yüksekliği olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki kolesterol yüksekliği varlığındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Tablo 5.37).

Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan katılımcıların %22,8'inin, çalışan katılımcıların ise %8,9'unun kolesterol yüksekliği vardır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Tablo 5.37).

Menopoz sonrası dönemdeki kadın katılımcıların %33,3'ünde, menopoz öncesi dönemdeki kadın katılımcıların %8,0'ında kolesterol yüksekliği bulunmaktadır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Tablo 5.37).

Beden kitle indekslerine bakıldığında obez gruptaki katılımcıların %27,2'sinde, fazla kilolu katılımcıların %12,3'ünde, zayıf/normal kilolu katılımcıların %6,8'inde kolesterol yüksekliği vardır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Tablo 5.37).

Yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan katılımcıların %5,9'unda, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan katılımcıların %15,4'ünde ve düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan katılımcıların %21,1'inde kolesterol yüksekliği bulunmaktadır. Gruplar arasında kolesterol yüksekliği varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,132$, Tablo 5.37).

DSÖ'ye göre yeterli fiziksel aktivite yapan katılımcılardaki kolesterol yüksekliği varlığı (%13,9), yetersiz fiziksel aktivite yapan katılımcılardaki kolesterol yüksekliği varlığına göre (%21,3) daha düşüktür ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,050$, Tablo 5.37).

Cinsiyete göre tabakalama yapılarak analizler tekrarlanmıştır. Buna göre 53 yaş ve üstündeki erkek katılımcılardaki kolesterol yüksekliği varlığının (%14,3), 53 yaş altı erkek katılımcılardaki kolesterol yüksekliği varlığına göre (%3,1) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla olduğu görülmüştür (Fisher's Exact Test $p=0,044$, Bkz. Ek 5). Elli üç yaş ve üstündeki kadın katılımcılardaki kolesterol yüksekliği varlığının (%34,6), 53 yaş altı kadın katılımcılardaki kolesterol yüksekliği varlığına göre (%9,6) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla olduğu görülmüştür ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş erkek katılımcıların %16,7'sinde, ilköğretim/ortaokul mezunu erkek katılımcıların %3,8'inde, lise/üniversite/yüksekokul mezunu erkek katılımcıların %3,8'inde kolesterol yüksekliği olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Exact Test $p=0,063$, Bkz. Ek 5). İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş kadın katılımcıların %30,7'sinde, ilköğretim/ortaokul mezunu kadın katılımcıların %15,3'ünde, lise/üniversite/yüksekokul mezunu kadın katılımcıların %4,3'ünde kolesterol yüksekliği olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki kolesterol yüksekliği varlığındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan erkek katılımcıların %11,9'unun, çalışan erkek katılımcıların ise %6,4'ünün kolesterol yüksekliği vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,317$, Bkz. Ek 5). Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan kadın katılımcıların %24,1'inin, çalışan kadın katılımcıların ise %12,3'ünün kolesterol yüksekliği vardır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,48$, Bkz. Ek 5).

Obez gruptaki erkek katılımcıların %13,9'unda, fazla kilolu erkek katılımcıların %5,6'sında, zayıf/normal kilolu erkek katılımcıların %6,7'sinde kolesterol yüksekliği vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Exact Test

$p=0,400$, Bkz. Ek 5). Obez gruptaki kadın katılımcıların %29,2'sinde, fazla kilolu kadın katılımcıların %15,7'sinde, zayıf/normal kilolu kadın katılımcıların %6,9'unda kolesterol yüksekliği vardır. Obez gruptaki katılımcılarda, fazla kilolu ve normal/zayıf gruptaki katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha fazla kolesterol yüksekliği görülmüştür ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

Yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan erkek katılımcıların %6,7'sinde, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan erkek katılımcıların %11,9'unda ve düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan erkek katılımcıların %4,3'ünde kolesterol yüksekliği bulunmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Exact Test $p=0,384$, Bkz. Ek 5). Yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadın katılımcılarda kolesterol yüksekliği bulunmazken, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kadın katılımcıların %18,3'ünde ve düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan kadın katılımcıların %23,4'ünde kolesterol yüksekliği bulunmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Exact Test $p=0,462$, Bkz. Ek 5).

DSÖ'ye göre yeterli fiziksel aktivite yapan erkek katılımcılardaki kolesterol yüksekliği varlığı (%10,5) ile yetersiz fiziksel aktivite yapan erkek katılımcılardaki kolesterol yüksekliği varlığı arasında (%4,5) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,322$). DSÖ'ye göre yeterli fiziksel aktivite yapan kadın katılımcılardaki kolesterol yüksekliği varlığı (%17,3), yetersiz fiziksel aktivite yapan kadın katılımcılardaki kolesterol yüksekliği varlığına göre (%23,6) daha düşüktür ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,243$, Bkz. Ek 5).

Tablo 5.38. Katılımcıların bazı riskli davranışlarına ve yemeklerde yağ kullanımına göre beyana dayalı yüksek kolesterol görülme durumunun dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Kolesterol yüksekliği				p değeri
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Tütün kullanımı(n=526)					
Kullanan	16	13,7	101	86,3	0,085
Kullanmayan	85	20,8	324	79,2	
Son 1 yıl içinde alkol kullanımı (n=526)					
Kullanan	3	15,0	17	85,0	0,778 ¹
Kullanmayan	98	19,4	408	80,6	
Tereyağı kullanımı (n=525)²					
Kullanıyor	46	16,1	240	83,9	0,045
Kullanmıyor	55	23,0	184	77,0	
Margarin kullanımı (n=525)²					
Kullanıyor	13	23,2	43	76,8	0,424
Kullanmıyor	88	18,8	381	81,2	
Zeytinyağı kullanımı (n=525)²					
Kullanıyor	45	20,0	178	79,8	0,638
Kullanmıyor	56	18,5	246	81,5	
Toplam	101	19,2	425	80,6	

¹Fisher's Exact Test

²Bir katılımcı yemeklerde kullanılan yağ türünü bilmediğini belirtmiştir.

Tütün kullandığını belirten katılımcıların %13,7'sinde, kullanmayan katılımcıların %20,8'inde kolesterol yüksekliği vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,085, Tablo 5.38).

Alkol kullandığını belirten katılımcıların %15,0'ında, kullanmayan katılımcıların %19,4'ünde kolesterol yüksekliği vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test p=0,778, Tablo 5.38).

Yemek yaparken tereyağı kullanan katılımcıların %16,1'inde kullanmayan katılımcıların %23,0'ında kolesterol yüksekliği vardır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,045, Tablo 5.38).

Yemek yaparken margarin kullanan katılımcıların %23,2'sinde kullanmayan katılımcıların %18,8'inde kolesterol yüksekliği vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,424, Tablo 5.38).

Yemek yaparken zeytinyağı kullanan katılımcıların %20,0'ında kullanmayan katılımcıların %18,5'inde kolesterol yüksekliği vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,638$, Tablo 5.38).

Analizler cinsiyete göre tabakalanarak tekrarlanmıştır. Buna göre tütün kullandığını belirten erkek katılımcıların %5,3'ünde, kullanmayan erkek katılımcıların %11,1'inde kolesterol yüksekliği vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,329$, Bkz. Ek 5). Tütün kullandığını belirten kadın katılımcıların %21,7'sinde, kullanmayan kadın katılımcıların %22,5'inde kolesterol yüksekliği vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,881$, Bkz. Ek 5).

Alkol kullandığını belirten erkek katılımcıların %6,7'sinde, kullanmayan erkek katılımcıların %8,6'sında kolesterol yüksekliği vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=1,000$, Bkz. Ek 5). Alkol kullandığını belirten kadın katılımcıların %40,0'ında, kullanmayan katılımcıların %22,2'sinde kolesterol yüksekliği vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,312$, Bkz. Ek 5).

Tablo 5.39. Katılımcılarda beyana dayalı hipertansiyon, diyabet, koroner kalp hastalığı ve inme/felç varlığına göre kolesterol yüksekliği görülme durumu dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Kolesterol yüksekliği				p değeri
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Hipertansiyon (n=526)					
Var	80	36,2	141	63,8	<0,001
Yok	21	6,9	284	93,1	
Diyabet (n=526)					
Var	53	49,1	55	50,9	<0,001
Yok	48	11,5	370	88,5	
Koroner kalp hastalığı (n=526)					
Var	32	41,6	45	58,4	<0,001
Yok	69	15,4	380	84,6	
İnme/felç (n=526)					
Var	6	50,0	6	50,0	0,015¹
Yok	95	18,5	419	81,5	
Toplam	101	19,2	425	80,8	

¹Fisher's Exact Test

Hipertansiyon tanısı olan katılımcıların %36,2'sinde, hipertansiyon tanısı olmayan katılımcıların %6,9'unda kolesterol yüksekliği vardır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$, Tablo 5.39).

Diyabet tanısı olan katılımcılarda (%49,1) diyabet tanısı olmayan katılımcılara göre (%11,5) kolesterol yüksekliğinin daha fazla olduğu görülmüştür ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$, Tablo 5.39).

Koroner kalp hastalığı olan katılımcıların %41,6'sında, koroner kalp hastalığı olmayan katılımcıların %15,4'ünde kolesterol yüksekliği olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,001$, Tablo 5.39).

İnme geçiren katılımcıların %50,0'ında, inme geçirmeyen katılımcıların %18,5'inde kolesterol yüksekliği olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (Fisher's Exact Test $p < 0,015$, Tablo 5.39).

Analizler cinsiyete göre tabakalanarak tekrarlanmıştır. Buna göre hipertansiyon tanısı olan erkek katılımcıların %21,2'sinde, hipertansiyon tanısı olmayan erkek katılımcıların %3,4'ünde kolesterol yüksekliği vardır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,004$, Bkz. Ek 5). Hipertansiyon tanısı olan kadın katılımcıların %38,8'inde, hipertansiyon tanısı olmayan kadın katılımcıların %8,3'ünde kolesterol yüksekliği vardır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

Diyabet tanısı olan erkek katılımcılarda (%45,5) diyabet tanısı olmayan erkek katılımcılara göre (%4,6) kolesterol yüksekliğinin daha fazla olduğu görülmüştür ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Fisher's Exact Test $p<0,001$, Bkz. Ek 5). Diyabet tanısı olan kadın katılımcılarda (%49,5) diyabet tanısı olmayan kadın katılımcılara göre (%13,9) kolesterol yüksekliğinin daha fazla olduğu görülmüştür ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

Koroner kalp hastalığı olan erkek katılımcıların %35,3'ünde, koroner kalp hastalığı olmayan erkek katılımcıların %3,9'unda kolesterol yüksekliği olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (Fisher's Exact Test $p=0,001$, Bkz. Ek 5). Koroner kalp hastalığı olan kadın katılımcıların %43,3'ünde, koroner kalp hastalığı olmayan kadın katılımcıların %18,8'inde kolesterol yüksekliği olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

İnme geçiren erkek katılımcıların kolesterol yüksekliği yokken, inme geçirmeyen erkek katılımcıların %8,5'inde kolesterol yüksekliği olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Fisher's Exact Test $p=1,000$, Bkz. Ek 5). İnme geçiren kadın katılımcıların %60,0'ında, inme geçirmeyen kadın katılımcıların %21,5'inde kolesterol yüksekliği olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (Fisher's Exact Test $p=0,010$, Bkz. Ek 5).

Tablo 5.40. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ve risk faktörlerine göre beyana dayalı koroner kalp hastalığı görülme durumu dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Koroner kalp hastalığı				p değeri
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet (n=526)					
Kadın	60	14,8	346	85,2	0,868
Erkek	17	14,2	103	85,8	
Yaş (n=526)					
Ortanca altı (<53)	9	3,4	253	96,6	<0,001
Ortanca ve üstü (≥53)	68	25,8	196	74,2	
Öğrenim durumu (n=526)					
İlkokul ve altı ¹	62	20,9	234	79,1	<0,001
İlköğretim/ortaokul	8	9,4	77	90,6	
Lise/Üniversite/Yüksekokul	7	4,8	138	95,2	
Çalışma durumu (n=526)					
Çalışan	7	5,2	128	94,8	<0,001
Çalışmayan	70	17,9	321	82,1	
Menopozal dönem (n=406)					
Menopoz öncesi	8	4,6	167	95,4	<0,001
Menopoz sonrası	52	22,5	179	77,5	
BKİ (n=526)					
Zayıf/Normal	9	10,2	79	89,8	0,100
Fazla kilolu	19	11,7	143	88,3	
Obez	49	17,8	227	82,2	
UFAA'ya göre (n=526)					
Düşük fiziksel aktivite düzeyi	59	15,6	320	84,4	0,459
Orta fiziksel aktivite düzeyi	17	13,1	113	86,9	
Yüksek fiziksel aktivite düzeyi	1	5,9	16	94,1	
DSÖ'ye göre (n=526)					
Yetersiz fiziksel aktivite	59	15,7	316	84,3	0,263
Yeterli fiziksel aktivite	18	11,9	133	88,1	
Toplam	77	14,6	449	85,4	

¹İstatistiksel anlamlılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

Kadın katılımcıların %14,8'inde erkek katılımcıların %14,2'sinde koroner kalp hastalığı tanısı vardır ve gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p=0,868, Tablo 5.40).

Yaş gruplarına bakıldığında 53 yaş ve üstündeki katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığının (%25,8), 53 yaş altı katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığına

göre (%3,4) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla olduğu görülmüştür ($p<0,001$, Tablo 5.40).

İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş katılımcıların %20,9'unda, ilköğretim/ortaokul mezunu katılımcıların %9,4'ünde, lise/üniversite/yüksekokul mezunu katılımcıların %4,8'inde koroner kalp hastalığı tanısı olduğu görülmüştür. İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı, diğer iki gruptaki koroner kalp hastalığı varlığına göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$, Tablo 5.40).

Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan katılımcıların %17,9'unun, çalışan katılımcıların ise %5,2'sinin koroner kalp hastalığı tanısı vardır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir ($p<0,001$, Tablo 5.40).

Menopoz sonrası dönemdeki kadın katılımcıların %22,5'inde, menopoz öncesi dönemdeki kadın katılımcıların %4,6'sında koroner kalp hastalığı bulunmaktadır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$, Tablo 5.40).

Beden kitle indekslerine bakıldığında obez gruptaki katılımcıların %17,8'inde, fazla kilolu katılımcıların %11,7'sinde, zayıf/normal kilolu katılımcıların %10,2'sinde koroner kalp hastalığı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,100$, Tablo 5.40).

Yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan katılımcıların %5,9'unda, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan katılımcıların %13,1'inde ve düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan katılımcıların %15,6'sında koroner kalp hastalığı bulunmaktadır. Gruplar arasında koroner kalp hastalığı varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,459$, Tablo 5.40).

DSÖ'ye göre yeterli fiziksel aktivite yapan katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı ile (%11,9), yetersiz fiziksel aktivite yapan katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı (%15,7) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,263$, Tablo 5.40).

Analizler cinsiyete göre tabakalanarak tekrarlanmıştır. Yaş gruplarına bakıldığında 53 yaş ve üstünde erkek katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığının (%28,6), 53 yaş altı katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığına göre (%1,6)

istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla olduğu görülmüştür ($p<0,001$, Bkz. Ek 5). Kadın katılımcılarda 53 yaş ve üstünde koroner kalp hastalığı varlığı (%25,0), 53 yaş altı katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığına göre (%4,0) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla olduğu görülmüştür ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş erkek katılımcıların %28,6'sında, ilköğretim/ortaokul mezunu erkek katılımcıların %7,7'sinde, lise/üniversite/yüksekokul mezunu erkek katılımcıların %5,8'inde koroner kalp hastalığı tanısı olduğu görülmüştür. İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş erkek katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı, diğer iki gruptaki koroner kalp hastalığı varlığına göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0,004$, Bkz. Ek 5). İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş kadın katılımcıların %19,7'sinde, ilköğretim/ortaokul mezunu kadın katılımcıların %10,2'sinde, lise/üniversite/yüksekokul mezunu kadın katılımcıların %4,3'ünde koroner kalp hastalığı tanısı olduğu görülmüştür. İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş kadın katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı ile lise/üniversite/yüksekokul mezunu kadın katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$, Bkz. Ek 5).

Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan erkek katılımcıların %28,6'sının, çalışan erkek katılımcıların ise %6,4'ünün koroner kalp hastalığı tanısı vardır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir ($p=0,001$, Bkz. Ek 5). Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan kadın katılımcıların %16,6'sının, çalışan kadın katılımcıların ise %3,5'inin koroner kalp hastalığı tanısı vardır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir ($p=0,010$, Bkz. Ek 5).

Obez gruptaki erkek katılımcıların %16,7'sinde, fazla kilolu erkek katılımcıların %14,8'inde, zayıf/normal kilolu erkek katılımcıların %10,0'ında koroner kalp hastalığı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,729$, Bkz. Ek 5). Obez gruptaki kadın katılımcıların %17,9'unda, fazla kilolu kadın katılımcıların %10,2'sinde, zayıf/normal kilolu kadın katılımcıların %10,3'ünde

koroner kalp hastalığı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,101$, Bkz. Ek 5).

Yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan erkek katılımcıların %6,7'sinde, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan erkek katılımcıların %16,9'unda ve düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan erkek katılımcıların %13,0'ında koroner kalp hastalığı bulunmaktadır. Gruplar arasında koroner kalp hastalığı varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,572$, Bkz. Ek 5). Yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadın katılımcılarda koroner kalp hastalığı bulunmazken, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kadın katılımcıların %9,9'unda ve düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan kadın katılımcıların %15,9'unda koroner kalp hastalığı bulunmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Exact Tests $p=0,351$, Bkz. Ek 5).

DSÖ'ye göre yeterli fiziksel aktivite yapan erkek katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı ile (%14,5), yetersiz fiziksel aktivite yapan erkek katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı (%13,6) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,899$, Bkz. Ek 5). DSÖ'ye göre yeterli fiziksel aktivite yapan kadın katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı ile (%9,3), yetersiz fiziksel aktivite yapan kadın katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı (%16,0) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,141$, Bkz. Ek 5).

Tablo 5.41. Katılımcıların bazı riskli davranışlarına ve yemeklerde yağ kullanımına göre beyana dayalı koroner kalp hastalığı görülme durumunun dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Koroner kalp hastalığı				p değeri
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Tütün (n=526)					
Kullanan	12	10,3	105	89,7	0,128
Kullanmayan	65	15,9	344	84,1	
Son 1 yıl içinde alkol kullanımı (n=526)					
Kullanan	2	10,0	18	90,0	0,753 ¹
Kullanmayan	75	14,8	431	85,2	
Yemeğe tadına bakmadan tuz ekleme (n=526)					
Ekleyen	10	13,3	65	86,7	0,730
Eklemeyen	67	14,9	384	85,1	
Yemeğe tuz/tuzlu çeşni ekleme sıklığı² (n=525)					
Her zaman/sıklıkla	60	13,4	388	86,6	0,003
Bazen/nadiren	8	14,8	46	85,2	
Eklemiyor ³	9	39,1	14	60,9	
Tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketimi (n=526)					
Her zaman/sıklıkla	17	12,0	125	88,0	0,035
Bazen/nadiren	39	13,3	255	86,7	
Tüketmiyor ³	21	23,3	69	76,7	
Tereyağ kullanımı⁴					
Kullanan	46	16,1	240	83,9	0,252
Kullanmayan	30	12,6	209	87,4	
Margarin kullanımı⁴					
Kullanan	7	12,5	49	87,5	0,657
Kullanmayan	69	14,7	400	85,3	
Zeytinyağı kullanımı (n=525)⁴					
Zeytinyağı tüketen	36	16,1	187	83,9	0,351
Zeytinyağı tüketmeyen	40	13,2	262	86,8	
Toplam	77	14,6	449	85,4	

¹Fisher's Exact Test

²Bir kişi yemeğe tuz ekleme sıklığını bilmemektedir.

³İstatistiksel anlamlılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

⁴Bir kişi yağ tüketimini bilmemektedir.

Tütün kullandığını belirten katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı ile (%10,3) tütün kullanmayan katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı arasında (%15,9) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,128$, Tablo 5.41).

Alkol kullandığını belirten katılımcıların %10,0'ında, kullanmayanların %14,8'inde koroner kalp hastalığı tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,753$, Tablo 5.41).

Yemeklere tadına bakmadan tuz ekleyen katılımcıların koroner kalp hastalığı varlığı ile (%13,3) eklemeyen katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı arasında (%14,9) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,730$, Tablo 5.41).

Yemeğe her zaman/sıklıkla tuz ve tuzlu çeşni ekleyen katılımcıların %13,4'ünde, bazen/nadiren ekleyen katılımcıların %14,8'inde koroner kalp hastalığı varken, hiç eklemeyen katılımcıların %39,1'inde koroner kalp hastalığı vardır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,003$, Tablo 5.41).

Her zaman/sıklıkla tuz içeriği yüksek işlenmiş gıda tüketen katılımcıların %12,0'ında, bazen/nadiren tüketenlerin %13,3'ünde koroner kalp hastalığı tanısı mevcutken, hiç tüketmeyenlerin %23,3'ünde koroner kalp hastalığı vardır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,035$, Tablo 5.41).

Yemeklerde tereyağı kullanan katılımcıların %16,1'inde, kullanmayanların %12,6'sında koroner kalp hastalığı tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0,252$, Tablo 5.41).

Yemeklerde margarin kullanan katılımcıların %12,5'inde, kullanmayanların %14,7'sinde koroner kalp hastalığı tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0,657$, Tablo 5.41).

Yemeklerde zeytinyağı kullanan katılımcıların %16,1'inde, kullanmayanların %13,2'sinde koroner kalp hastalığı tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0,351$, Tablo 5.41).

Cinsiyete göre tabakalama yapılarak analizler tekrarlanmıştır. Buna göre tütün kullandığını belirten erkek katılımcıların %12,3'ünde, kullanmayan erkek katılımcıların %15,9'unda koroner kalp hastalığı tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,573$, Bkz. Ek 5). Tütün kullandığını belirten kadın

katılımcıların %8,3'ünde, kullanmayan kadın katılımcıların %15,9'unda koroner kalp hastalığı tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,128$, Bkz. Ek 5).

Alkol kullandığını belirten erkek katılımcıların %6,7'sinde, kullanmayan erkek katılımcıların %15,2'sinde koroner kalp hastalığı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,692$, Bkz. Ek 5). Alkol kullandığını belirten kadın katılımcıların %20,0'ında, kullanmayan katılımcıların %14,7'sinde koroner kalp hastalığı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,552$, Bkz. Ek 5).

Yemeklere tadına bakmadan tuz ekleyen erkek katılımcıların koroner kalp hastalığı varlığı ile (%8,7) eklemeyen katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı arasında (%15,5) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,522$, Bkz. Ek 5). Yemeklere tadına bakmadan tuz ekleyen kadın katılımcıların koroner kalp hastalığı varlığı ile (%15,4) eklemeyen katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı arasında (%14,7) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,895$, Bkz. Ek 5).

Yemeğe her zaman/sıklıkla tuz ve tuzlu çeşni ekleyen erkek katılımcıların %12,6'sında, bazen/nadiren ekleyen katılımcıların %10,0'ında koroner kalp hastalığı varken, hiç eklemeyen katılımcıların %50,0'ında koroner kalp hastalığı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Exact tests $p=0,060$, Bkz. Ek 5). Yemeğe her zaman/sıklıkla tuz ve tuzlu çeşni ekleyen kadın katılımcıların %13,6'sında, bazen/nadiren ekleyen katılımcıların %15,9'unda koroner kalp hastalığı varken, hiç eklemeyen katılımcıların %35,3'ünde koroner kalp hastalığı vardır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,048$, Bkz. Ek 5).

Her zaman/sıklıkla tuz içeriği yüksek işlenmiş gıda tüketen erkek katılımcıların %7,9'unda, bazen/nadiren tüketenlerin %11,5'inde koroner kalp hastalığı tanısı mevcutken, hiç tüketmeyenlerin %26,7'sinde koroner kalp hastalığı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,068$, Bkz. Ek 5). Her zaman/sıklıkla tuz içeriği yüksek işlenmiş gıda tüketen kadın katılımcıların %13,5'inde, bazen/nadiren tüketenlerin %13,6'sında koroner kalp hastalığı tanısı mevcutken, hiç

tüketmeyenlerin %21,7'sinde koroner kalp hastalığı vardır. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,265$, Bkz. Ek 5).

Tablo 5.42. Katılımcılarda beyana dayalı hipertansiyon, diyabet, kolesterol yüksekliği ve inme/felç varlığına göre koroner kalp hastalığı görülme durumu dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Koroner kalp hastalığı				p değeri
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Hipertansiyon					
Var	60	27,1	161	72,9	<0,001
Yok	17	5,6	288	94,4	
Diyabet					
Var	35	32,4	73	67,6	<0,001
Yok	42	10,0	376	90,0	
Kolesterol yüksekliği					
Var	32	31,7	69	68,3	<0,001
Yok	45	10,6	380	89,4	
İnme/felç					
Var	6	50,0	6	50,0	0,004
Yok	71	13,8	443	86,2	
Toplam	77	14,6	449	85,4	

Hipertansiyonu olan katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı (%27,1), hipertansiyonu olmayan katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığından (%5,6) anlamlı derece yüksektir ($p<0,001$, Tablo 5.42).

Diyabeti olan katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı (%32,4), diyabeti olmayan katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığından (%10,0) anlamlı derece yüksektir ($p<0,001$, Tablo 5.42).

Kolesterol yüksekliği olan katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı (%31,7), kolesterol yüksekliği olmayan katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığından (%10,6) anlamlı derece yüksektir ($p<0,001$, Tablo 5.42).

İnme/felç tanısı olan katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı (%50,0), hipertansiyonu olmayan katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığından (%13,8) anlamlı derece yüksektir (Fisher's Exact Test $p=0,004$, Tablo 5.42).

Analizler cinsiyete göre tabakalanarak tekrarlanmıştır. Hipertansiyonu olan erkek katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı (%33,3), hipertansiyonu olmayan erkek katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığından (%6,9) anlamlı derece yüksektir (Fisher's Exact Test $p<0,001$, Bkz. Ek 5). Hipertansiyonu olan kadın katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı (%26,1), hipertansiyonu olmayan kadın katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığından (%5,0) anlamlı derece yüksektir ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

Diyabeti olan erkeklerdeki koroner kalp hastalığı varlığı (%36,4), diyabeti olmayanlardaki koroner kalp hastalığı varlığından (%11,9) anlamlı derece yüksektir (Fisher's Exact Test $p=0,49$, Bkz. Ek 5). Diyabeti olan kadın katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı (%32,0), diyabeti olmayan katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığından (%9,4) anlamlı derece yüksektir ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

Kolesterol yüksekliği olan erkek katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı (%60,0), kolesterol yüksekliği olmayan erkek katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığından (%10,0) anlamlı derece yüksektir (Fisher's Exact Test $p<0,001$, Bkz. Ek 5). Kolesterol yüksekliği olan kadın katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı (%28,6), kolesterol yüksekliği olmayan kadın katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığından (%10,8) anlamlı derece yüksektir ($p<0,001$, Bkz. Ek 5).

İnme/felç tanısı olan erkek katılımcıların %50,0'ında, inme/felç tanısı olmayan erkek katılımcıların %13,6'sında koroner kalp hastalığı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,264$, Bkz. Ek 5). İnme/felç tanısı olan kadın katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığı (%50,0), inme/felç tanısı olmayan katılımcılardaki koroner kalp hastalığı varlığından (%13,9) anlamlı derece yüksektir (Fisher's Exact Test $p=0,008$, Bkz. Ek 5).

Tablo 5.43. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ve risk faktörlerine göre beyana dayalı inme/felç geçirme durumlarının dağılımı (Güdümlü Merkez, Kasım 2018).

Özellik	İnme/felç				p değeri
	Var Sayı	Yüzde	Yok Sayı	Yüzde	
Cinsiyet (n=526)					
Kadın	10	2,5	396	97,5	1,000 ¹
Erkek	2	1,7	118	98,3	
Yaş (n=526)					
Ortanca altı (<53 yaş)	3	1,1	259	98,9	0,083
Ortanca ve üstü (≥53 yaş)	9	3,4	256	96,6	
Öğrenim durumu (n=526)					
Lise altı	11	2,9	370	97,1	0,194 ¹
Lise ve üstü	1	0,7	144	99,3	
Çalışma durumu (n=526)					
Çalışan	-	-	135	100,0	0,043 ¹
Çalışmayan	12	3,1	379	96,9	
Menopozal dönem (n=406)					
Menopoz öncesi	2	1,1	173	98,9	0,198 ¹
Menopoz sonrası	8	3,5	223	96,5	
Tütün (n=526)					
Kullanan	1	0,9	116	99,1	0,480 ¹
Kullanmayan	11	2,7	398	97,3	
DSÖ'ye göre (n=526)					
Yetersiz fiziksel aktivite	10	2,7	365	97,3	0,523 ¹
Yeterli fiziksel aktivite	2	1,3	149	98,7	
Toplam	12	2,3	514	97,7	

¹Fisher's Exact Test

Kadın katılımcıların %2,5'inde erkek katılımcıların %1,7'sinde inme/felç vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher's Exact Test p=1,000, Tablo 5.43).

Yaş gruplarına bakıldığında 53 yaş altı katılımcıların %1,1'inde 53 yaş ve üstü katılımcıların %3,4'ünde inme/felç bulunmaktadır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,083, Tablo 5.43).

Lise altı öğrenim gören katılımcıların %2,9'unda lise ve üstü öğrenim görenlerin %0,7'sinde inme/felç vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Fisher's Exact Test p=0,194, Tablo 5.43).

Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışan katılımcılarda inme/felç tanısı bulunmazken bir işte çalışmayan katılımcıların %3,1'inde inme/felç tanısı bulunmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Fisher's Exact Test $p=0,043$, Tablo 5.43).

Menopoz sonrası dönemdeki kadınların %3,5'inde menopoz öncesi dönemdeki kadınların %1,1'inde inme/felç vardır. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,198$, Tablo 5.43).

Tütün kullandığını belirten katılımcılardaki inme/felç varlığı ile (%0,9) tütün kullanmayan katılımcılardaki inme/felç varlığı arasında (%2,7) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,480$, Tablo 5.43).

DSÖ'ye göre yetersiz fiziksel aktivite yapanların %2,7'sinde, yeterli fiziksel aktivite yapanların %1,3'ünde inme/felç vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Fisher's Exact Test $p=0,523$, Tablo 5.43).

Son bir yıl içinde alkol tükettiğini belirten katılımcılarda inme/felç öyküsü bulunmazken, son bir yıl içinde alkol tüketmeyen katılımcıların %2,4'ünde inme/felç öyküsü vardır. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=1,000$).

Analizler cinsiyete göre tabakalanarak tekrarlanmıştır. Yaş gruplarına bakıldığında 53 yaş altı erkek katılımcılarda inme/felç öyküsü yokken, 53 yaş ve üstünde erkek katılımcılardaki inme/felç varlığı %3,6'dır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,216$, Bkz. Ek 5). Kadın katılımcılarda 53 yaş ve üstünde inme/felç varlığı ile (%3,4) 53 yaş altı katılımcılardaki inme/felç varlığı arasında (%1,5) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,339$, Bkz. Ek 5).

Lise altı öğrenim gören erkek katılımcıların %1,5'sinde, lise ve üstü öğrenim gören erkek katılımcıların %1,9'unda inme/felç tanısı olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=1,000$, Bkz. Ek 5). Lise altı öğrenim gören kadın katılımcıların %3,2'sinde inme/felç tanısı varken lise ve üstü öğrenim gören kadın katılımcılarda inme/felç tanısı

bulunmamaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,125$, Bkz. Ek 5).

Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan erkek katılımcıların %4,8'inde inme/felç tanısı varken, çalışan erkek katılımcılarda inme/felç tanısı yoktur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,121$, Bkz. Ek 5). Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan kadın katılımcıların %2,9'unda inme/felç tanısı varken, çalışan kadın katılımcılarda inme/felç tanısı yoktur. Gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur (Fisher's Exact Test $p=0,369$, Bkz. Ek 5).

Tütün kullanan erkek katılımcılarda inme/felç tanısı yokken, kullanmayan erkek katılımcılardaki inme/felç varlığı %3,2'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,497$, Bkz. Ek 5). Tütün kullanan kadın katılımcılardaki inme/felç varlığı ile (%1,7), kullanmayan kadın katılımcılardaki inme/felç varlığı arasında (%2,6) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=1,000$, Bkz. Ek 5).

DSÖ'ye göre yetersiz fiziksel aktivite yapan erkek katılımcılarda inme/felç yokken, yeterli fiziksel aktivite yapanların %2,6'sında inme/felç vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,532$, Bkz. Ek 5). DSÖ'ye göre yetersiz fiziksel aktivite yapan kadın katılımcıların %3,0'ında inme/felç varken, yeterli fiziksel aktivite yapan kadınlarda inme/felç öyküsü yoktur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,219$, Bkz. Ek 5).

Tablo 5.44. Katılımcılarda beyana dayalı diyabet, kolesterol yüksekliği, hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı varlığına göre inme/felç görülme durumu dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	İnme/felç				p değeri
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Diyabet varlığı (n=526)					
Var	5	4,6	103	95,4	0,077 ¹
Yok	7	1,7	411	98,3	
Kolesterol yüksekliği (n=526)					
Var	6	5,9	95	94,1	0,015 ¹
Yok	6	1,4	419	98,6	
Hipertansiyon varlığı (n=526)					
Var	9	4,1	212	95,9	0,019
Yok	3	1,0	302	99,0	
Koroner kalp hastalığı varlığı (n=526)					
Var	6	7,8	71	92,2	0,004 ¹
Yok	6	1,3	443	98,7	
Toplam	12	2,3	514	97,7	

¹Fisher's Exact Test

Diyabeti olan katılımcıların %4,6'sında, diyabeti olmayan katılımcıların %1,7'sinde inme/felç vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (Fisher's Exact Test p=0,077, Tablo 5.44).

Kolesterol yüksekliği olan katılımcılardaki inme/felç varlığı (%5,9) kolesterol yüksekliği olmayan katılımcılardaki inme/felç varlığına göre (%1,4) anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Fisher's Exact Test p=0,015, Tablo 5.44).

Hipertansiyonu olan katılımcıların %4,1'inde, hipertansiyonu olmayan katılımcıların %1,0'ında inme/felç vardır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,019, Tablo 5.44).

Koroner kalp hastalığı olan katılımcıların %7,8'inde, koroner kalp hastalığı olmayan katılımcıların %1,3'ünde inme/felç vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (Fisher's Exact Test p=0,004, Tablo 5.44).

Analizler cinsiyete göre tabakalanarak tekrarlanmıştır. Hipertansiyonu olan erkek katılımcıların %3,0'ünde inme/felç varken, hipertansiyonu olmayan erkek katılımcıların %1,1'inde inme/felç vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,476$, Bkz. Ek 5). Hipertansiyonu olan kadın katılımcılardaki inme/felç varlığı (%4,3, hipertansiyonu olmayan kadın katılımcılardaki inme/felç varlığından (%0,9) anlamlı ölçüde yüksektir (Fisher's Exact Test $p=0,050$, Bkz. Ek 5).

Diyabeti olan erkeklerde inme/felç tanısı yokken, diyabeti olmayanların %1,8'inde inme/felç tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=1,000$, Bkz. Ek 5). Diyabeti olan kadın katılımcılardaki inme/felç varlığı (%5,2) ile diyabeti olmayan katılımcılardaki inme/felç varlığı arasında (%1,6) anlamlı istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Fisher's Exact Test $p=0,063$, Bkz. Ek 5).

Kolesterol yüksekliği olan erkek katılımcılarda inme/felç tanısı yokken, kolesterol yüksekliği olmayan erkek katılımcıların %1,8'inde inme/felç tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=1,000$, Bkz. Ek 5). Kolesterol yüksekliği olan kadın katılımcılardaki inme/felç varlığı (%6,6), kolesterol yüksekliği olmayan kadın katılımcılardaki inme/felç varlığından (%1,3) anlamlı derece yüksektir (Fisher's Exact Test $p=0,010$, Bkz. Ek 5).

Koroner kalp hastalığı öyküsü olan erkek katılımcıların %5,9'unda, koroner kalp hastalığı öyküsü olmayan erkek katılımcıların %1,0'inde inme/felç öyküsü mevcuttur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,264$, Bkz. Ek 5). Koroner kalp hastalığı olan kadın katılımcılardaki inme/felç varlığı (%8,3), koroner kalp hastalığı olmayan kadın katılımcılardaki inme/felç varlığından (%1,4) anlamlı derece yüksektir (Fisher's Exact Test $p=0,008$, Bkz. Ek 5).

Tablo 5.45. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ve risk faktörlerine göre beyana dayalı astım/KOAH görülme durumu dağılımı (Güdümlü Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Astım/KOAH				p değeri
	Var	Yok	Var	Yok	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet (n=526)					
Kadın	50	12,3	356	87,7	0,228
Erkek	10	8,3	110	91,7	
Yaş (n=526)					
Ortanca altı (<53 yaş)	19	7,3	243	92,7	0,003
Ortanca ve üstü (≥53 yaş)	41	15,5	223	84,5	
Öğrenim durumu (n=526)					
İlkokul ve altı ¹	43	14,5	253	85,5	0,037
İlköğretim/ortaokul	7	8,2	78	91,8	
Lise/Üniversite/Yüksekokul	10	6,9	135	93,1	
Çalışma durumu (n=526)					
Çalışan	10	7,4	125	92,6	0,090
Çalışmayan	50	12,8	341	87,2	
Tütün (n=526)					
Kullanan	6	5,1	111	94,9	0,015
Kullanmayan	54	13,2	355	86,8	
Sigara dumanından pasif etkilenim (n=409)					
Var	45	14,8	260	85,2	0,113
Yok	9	8,7	95	91,3	
BKİ (n=526)					
Zayıf/Normal	6	6,8	82	93,2	0,015
Fazla kilolu	12	7,4	150	92,6	
Obez ¹	42	15,2	234	84,8	
DSÖ'ye göre (n=526)					
Yetersiz fiziksel aktivite	50	13,3	325	86,7	0,029
Yeterli fiziksel aktivite	10	6,6	141	93,4	
Toplam	60	11,4	466	88,6	

¹İstatistiksel anlamlılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

Kadın katılımcıların %12,3'ünde erkek katılımcıların %8,3'ünde astım/KOAH vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,228, Tablo 5.45). Yaş gruplarına bakıldığında 53 yaş altı katılımcıların %7,3'ünde 53 yaş ve üstü katılımcıların %15,5'inde astım/KOAH bulunmaktadır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,003, Tablo 5.45).

İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş katılımcıların %14,5'inde, ilköğretim/ortaokul mezunu katılımcıların %8,2'sinde, lise/üniversite/yüksekokul mezunu katılımcıların %6,9'unda astım/KOAH tanısı olduğu görülmüştür. İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş katılımcılardaki astım/KOAH varlığı, diğer iki gruptaki astım/KOAH varlığına göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0,037$, Tablo 5.45).

Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışan katılımcıların %7,4'ünde bir işte çalışmayan katılımcıların %12,8'inde astım/KOAH bulunmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,090$, Tablo 5.45).

Tütün kullanan katılımcıların %5,1'inde tütün kullanmayan katılımcıların %13,2'sinde astım/KOAH tanısı vardır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,015$, Tablo 5.45).

Tütün kullanmayan katılımcılar arasında sigara dumanından pasif etkilenenlerin %14,8'inde, sigara dumanından pasif etkilenmeyen katılımcıların %8,7'sinde astım/KOAH tanısı bulunmaktadır. Gruplar arasında astım/KOAH varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,113$, Tablo 5.45).

Beden kitle indekslerine bakıldığında obez gruptaki katılımcıların %15,2'sinde, fazla kilolu katılımcıların %7,4'ünde, zayıf/normal kilolu katılımcıların %6,8'inde astım/KOAH tanısı vardır. Obez gruptaki katılımcıların astım/KOAH varlığı diğer iki gruba göre anlamlı ölçüde daha fazla bulunmuştur ($p=0,015$, Tablo 5.45).

DSÖ'ye göre yeterli fiziksel aktivite yapan katılımcıların %6,6'sında yetersiz fiziksel aktivite yapan katılımcıların %13,3'ünde astım/KOAH vardır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,029$, Tablo 5.45).

Analizler cinsiyete göre tabakalanarak tekrarlanmıştır. Yaş gruplarına bakıldığında 53 yaş ve üstünde erkek katılımcılardaki astım/KOAH varlığı ile (%12,5), 53 yaş altı erkek katılımcılardaki astım/KOAH varlığı arasında (%4,7) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,186$, Bkz. Ek 5). Kadın katılımcılarda 53 yaş ve üstünde astım/KOAH varlığının (%16,3), 53 yaş altı

katılımcılardaki astım/KOAH varlığına göre (%8,1) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla olduğu görülmüştür ($p=0,011$, Bkz. Ek 5).

İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş erkek katılımcıların %7,1'inde, ilköğretim/ortaokul mezunu erkek katılımcıların %11,5'inde, lise/üniversite/yüksekokul mezunu erkek katılımcıların %7,7'sinde astım/KOAH tanısı olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Exact Tests $p=0,832$, Bkz. Ek 5). İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş kadın katılımcıların %15,7'sinde, ilköğretim/ortaokul mezunu kadın katılımcıların %6,8'inde, lise/üniversite/yüksekokul mezunu kadın katılımcıların %6,5'inde astım/KOAH tanısı olduğu görülmüştür. İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş kadın katılımcılardaki astım/KOAH varlığı, diğer iki gruptaki astım/KOAH varlığına göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0,025$, Bkz. Ek 5).

Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan erkek katılımcıların %11,9'unun, çalışan erkek katılımcıların ise %6,4'ünün astım/KOAH tanısı vardır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir (Fisher's Exact Test $p=0,317$, Bkz. Ek 5). Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan kadın katılımcıların %12,9'unun, çalışan kadın katılımcıların ise %8,8'inin astım/KOAH tanısı vardır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ($p=0,380$, Bkz. Ek 5).

Tütün kullandığını belirten erkek katılımcıların %5,3'ünde, kullanmayan erkek katılımcıların %11,1'inde astım/KOAH tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,329$, Bkz. Ek 5). Tütün kullandığını belirten kadın katılımcıların %5,0'ünde, kullanmayan kadın katılımcıların %13,6'inde astım/KOAH tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,062$, Bkz. Ek 5).

Obez gruptaki erkek katılımcıların %11,1'inde, fazla kilolu erkek katılımcıların %7,4'ünde, zayıf/normal kilolu erkek katılımcıların %6,7'sinde astım/KOAH tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Exact Tests $p=0,836$, Bkz. Ek 5). Obez gruptaki kadın katılımcıların %15,8'inde, fazla kilolu kadın katılımcıların %7,4'ünde, zayıf/normal kilolu kadın katılımcıların %6,9'unda

astım/KOAH tanısı vardır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir ($p=0,034$, Bkz. Ek 5).

DSÖ'ye göre yetersiz fiziksel aktivite yapan erkek katılımcıların %15,9'unda, yeterli fiziksel aktivite yapanların %3,9'unda astım/KOAH tanısı vardır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (Fisher's Exact Test $p=0,036$, Bkz. Ek 5). DSÖ'ye göre yetersiz fiziksel aktivite yapan kadın katılımcıların %13,0'ünde astım/KOAH tanısı varken, yeterli fiziksel aktivite yapan kadınların %9,3'ünde astım/KOAH tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktur ($p=0,384$, Bkz. Ek 5).

Tablo 5.46. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ve risk faktörlerine göre beyana dayalı kanser görülme durumu dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Kanser				p değeri
	Var Sayı	Yüzde	Yok Sayı	Yüzde	
Cinsiyet (n=526)					
Kadın	13	3,2	393	96,8	0,538 ¹
Erkek	2	1,7	118	98,3	
Yaş (n=526)					
<53	1	0,4	261	99,6	0,001
≥53	14	5,3	250	94,7	
Öğrenim durumu (n=526)					
Lise altı	14	3,7	367	96,3	0,080 ¹
Lise ve üstü	1	0,7	144	99,3	
Çalışma durumu (n=526)					
Çalışan	1	0,7	134	99,3	0,131 ¹
Çalışmayan	14	3,6	377	96,4	
Menopozal dönem (n=406)					
Menopoz öncesi	-	-	175	100,0	0,001
Menopoz sonrası	13	5,6	218	94,4	
Tütün (n=526)					
Kullanan	1	0,9	116	99,1	0,209 ¹
Kullanmayan	14	3,4	395	96,6	
Son 1 yıl içinde alkol kullanımı (n=526)					
Kullanan	-	-	20	100,0	1,000 ¹
Kullanmayan	15	3,0	491	97,0	
BKİ (n=526)					
Zayıf/Normal	-	-	88	100,0	0,088 ¹
Fazla kilolu/Obez	15	3,4	423	96,6	
Toplam	15	2,9	511	97,1	

¹Fisher's Exact Test

Kadın katılımcıların %3,2'sinde erkek katılımcıların %1,7'sinde kanser tanısı bulunmaktadır. Gruplar arasında kanser varlığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,538$, Tablo 5.46).

Yaş gruplarına bakıldığında 53 yaş altı katılımcıların %0,4'ünde 53 yaş ve üstü katılımcıların %5,3'ünde kanser tanısı vardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,001$, Tablo 5.46).

Lise altı öğrenim gören katılımcıların %3,7'sinde, lise ve üstü öğrenim gören katılımcıların %0,7'sinde kanser tanısı olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,080$, Tablo 5.46).

Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışan katılımcıların %0,7'sinde bir işte çalışmayan katılımcıların %3,6'sında kanser tanısı bulunmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,131$, Tablo 5.46).

Menopoz sonrası dönemdeki kadın katılımcıların %5,6'sında kanser tanısı varken menopoz öncesi dönemdeki kadın katılımcılarda kanser tanısı bulunmamaktadır ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$, Tablo 5.46).

Tütün kullanan katılımcıların %0,9'unda, tütün kullanmayan katılımcıların %3,4'ünde kanser tanısı bulunmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,209$, Tablo 5.46).

Son bir yıl içerisinde alkol kullandığını belirten katılımcılarda kanser tanısı bulunmazken, alkol kullanmayan katılımcıların %3,0'ında kanser tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=1,000$, Tablo 5.46).

Fazla kilolu/obez grupta yer alan katılımcıların %3,4'ünde kanser tanısı varken normal/zayıf grupta kanser tanısı bulunmamaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,088$, Tablo 5.46).

Analizler cinsiyete göre tabakalanarak tekrarlanmıştır. Yaş gruplarına bakıldığında 53 yaş ve üstünde erkek katılımcıların %3,6'sında kanser tanısı varken,

53 yaş altı erkek katılımcılarda kanser tanısı yoktur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,216$, Bkz. Ek 5). Kadın katılımcılarda 53 yaş ve üstünde kanser varlığının (%5,8), 53 yaş altı katılımcılardaki kanser varlığına göre (%0,5) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla olduğu görülmüştür ($p=0,003$, Bkz. Ek 5).

Lise altı öğrenim gören erkek katılımcıların %1,5'inde, lise ve üstü öğrenim gören erkek katılımcıların %1,9'unda kanser tanısı olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=1,000$, Bkz. Ek 5). Lise ve üstü öğrenim gören kadınlarda kanser tanısı bulunmazken, lise altı öğrenim görenlerin %4,2'sinde kanser tanısı mevcuttur ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (Fisher's Exact Test $p=0,046$, Bkz. Ek 5).

Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan erkek katılımcıların %2,4'ünün, çalışan erkek katılımcıların ise %1,3'ünün kanser tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=1,000$, Bkz. Ek 5). Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışmayan kadın katılımcıların %3,7'sinde kanser tanısı varken, çalışan kadın katılımcılarda kanser tanısı yoktur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir (Fisher's Exact Test $p=0,230$, Bkz. Ek 5).

Tütün kullanan erkek katılımcılarda kanser tanısı yokken kullanmayanların %3,2'sinde kanser tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,497$, Bkz. Ek 5). Tütün kullanan kadın katılımcıların %1,7'sinde, kullanmayanların %3,5'inde kanser tanısı vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,702$, Bkz. Ek 5).

Beden kitle indeksine göre kanser görülme durumu cinsiyete göre tabakalanarak incelendiğinde; her iki cinsiyet için de gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Erkek: Fisher's Exact Test $p=1,000$; Kadın: Fisher's Exact Test $p=0,230$, Bkz. Ek 5).

Tablo 5.47. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ve risk faktörlerine göre beyana dayalı psikiyatrik hastalık görülme durumu dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Psikiyatrik hastalık				p değeri
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet (n=526)					
Kadın	55	13,5	351	86,5	<0,001
Erkek	1	0,8	119	99,2	
Yaş (n=526)					
<53	19	7,3	243	92,7	0,012
≥53	37	14,0	227	86,0	
Öğrenim durumu (n=526)					
İlkokul ve altı	38	12,8	258	87,2	0,174
İlköğretim/ortaokul	6	7,1	79	92,9	
Lise/Üniversite/Yüksekokul	12	8,3	133	91,7	
Çalışma durumu (n=526)					
Çalışan	8	5,9	127	94,1	0,039
Çalışmayan	48	12,3	343	87,7	
Menopozal durum (n=406)					
Menopoz öncesi	16	9,1	159	90,9	0,024
Menopoz sonrası	39	16,9	192	83,1	
BKİ (n=526)					
Zayıf/Normal	8	9,1	80	90,9	0,040
Fazla kilolu	10	6,2	152	93,8	
Obez ¹	38	13,8	238	86,2	
DSÖ'ye göre (n=526)					
Yetersiz fiziksel aktivite	41	10,9	334	89,1	0,737
Yeterli fiziksel aktivite	15	9,9	136	90,1	
Toplam	56	10,6	470	89,4	

¹İstatistiksel anlamlılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

Kadın katılımcıların %13,5'inde erkek katılımcıların %0,8'inde psikiyatrik hastalık tanısı bulunmaktadır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001, Tablo 5.47).

Yaş gruplarına bakıldığında 53 yaş altı katılımcıların %7,3'ünde 53 yaş ve üstü katılımcıların %14,0'ında psikiyatrik hastalık tanısı vardır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,012, Tablo 5.47).

İlkokulu bitirmiş ya da herhangi bir okul bitirmemiş katılımcıların %12,8'inde, ilköğretim/ortaokul mezunu katılımcıların %7,1'inde, lise/üniversite/yüksekokul mezunu katılımcıların %8,3'ünde psikiyatrik hastalık tanısı olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,174, Tablo 5.47).

Araştırmanın yapıldığı dönemde herhangi bir işte çalışan katılımcıların %5,9'unda, bir işte çalışmayan katılımcıların %12,3'ünde psikiyatrik hastalık tanısı bulunmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,039$, Tablo 5.47).

Menopoz öncesi dönemdeki kadın katılımcıların %9,1'inde, menopoz sonrası dönemdeki kadın katılımcıların %16,9'unda psikiyatrik hastalık tanısı vardır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,024$, Tablo 5.47).

Beden kitle indeksine göre obez grupta yer alan katılımcıların %13,8'inde, fazla kilolu katılımcıların %6,2'sinde, zayıf/normal gruptaki katılımcıların %9,1'inde psikiyatrik hastalık tanısı bulunmaktadır. Obez gruptaki katılımcıların psikiyatrik hastalık varlığı diğer iki gruba göre anlamlı ölçüde daha fazla bulunmuştur ($p=0,040$, Tablo 5.47).

DSÖ'ye göre yeterli fiziksel aktivite yapan katılımcılardaki psikiyatrik hastalık varlığı (%10,9) ile yetersiz fiziksel aktivite yapan katılımcılardaki psikiyatrik hastalık varlığı (%9,9) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,737$, Tablo 5.47).

Analizler cinsiyete göre tabakalanarak tekrarlanmıştır. Buna göre 53 yaş altı erkek katılımcıların %1,6'sında psikiyatrik hastalık tanısı varken 53 yaş ve üstü erkek katılımcılarda psikiyatrik hastalık tanısı yoktur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=1,000$, Bkz. Ek 5). Kadın katılımcılar arasında 53 yaş ve üstünde psikiyatrik hastalık varlığı (%17,8), 53 yaş altına göre (%9,1) anlamlı ölçüde daha yüksektir ($p=0,010$, Bkz. Ek 5).

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre psikiyatrik hastalık görülme durumu cinsiyete göre tabakalanarak incelendiğinde; her iki cinsiyet için de gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Kadın: $p=0,414$, Erkek: Exact Tests $p=0,217$, Bkz. Ek 5).

Herhangi bir işte çalışmayan erkek katılımcıların %2,4'ünde psikiyatrik hastalık tanısı mevcutken, bir işte çalışan erkek katılımcılarda psikiyatrik hastalık tanısı bulunmamaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Fisher's Exact Test $p=0,350$, Bkz. Ek 5). Herhangi bir işte çalışmayan kadınlardaki

psikiyatrik hastalık varlığı ile (%13,5) çalışan kadınlardaki psikiyatrik hastalık varlığı (%14,0) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,908$, Bkz. Ek 5).

Obez gruptaki erkek katılımcıların %2,8'inde psikiyatrik hastalık tanısı mevcutken fazla kilolu ve zayıf/normal kilolu erkek katılımcılarda psikiyatrik hastalık tanısı yoktur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Exact Tests $p=0,550$, Bkz. Ek 5). Obez gruptaki kadın katılımcıların %15,4'ünde, fazla kilolu kadın katılımcıların %9,3'ünde, zayıf/normal kilolu kadın katılımcıların %13,8'inde psikiyatrik hastalık vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,299$, Bkz. Ek 5).

DSÖ'nün önerdiği şekilde yeterli fiziksel aktivite yapma durumuna göre psikiyatrik hastalık varlığı cinsiyete göre tabakalanarak incelendiğinde; her iki cinsiyette de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Erkek: Fisher's Exact Test $p=0,367$; Kadın: $p=0,071$, Bkz. Ek 5).

Tablo 5.48. Katılımcılarda beyana dayalı bulaşıcı olmayan hastalık görülme durumuna göre genel sağlık değerlendirmeleri dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	Bulaşıcı Olmayan Hastalık				p değeri
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde ¹	Sayı	Yüzde ¹	
Genel sağlık değerlendirmesi (n=526)					
Kötü	10	4,6	3	1,0	
Orta	117	53,9	116	37,5	<0,001
İyi/çok iyi/mükemmel ²	90	41,5	190	61,5	
Toplam³	217	41,3	309	58,7	

¹Sütun yüzdesi alınmıştır.

²İstatistiksel anlamlılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

³Satır yüzdesi alınmıştır.

En az bir bulaşıcı olmayan hastalık tanısı olan katılımcıların %4,6'sı genel sağlığını 'kötü', %53,9'u 'orta', %41,5'i 'iyi/çok iyi/mükemmel' olarak nitelendirmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalık tanısı olmayan katılımcıların %1,0'ı genel sağlığını 'kötü', %37,5'i 'orta', %61,5'i 'iyi/çok iyi/mükemmel' olarak nitelendirmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$, Tablo 5.48).

Analizler cinsiyete göre tabakalama yapılarak tekrarlanmıştır. En az bir bulaşıcı olmayan hastalık tanısı olan erkek katılımcıların %5,9'u genel sağlığını 'kötü', %47,1'i 'orta', %47,1'i 'iyi/çok iyi/mükemmel' olarak nitelendirmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalık tanısı olmayan erkek katılımcıların %1,2'si genel sağlığını 'kötü', %15,1'i 'orta', %83,7'si iyi/çok iyi/mükemmel' olarak nitelendirmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Exact Test $p < 0,001$, Bkz. Ek 5).

En az bir bulaşıcı olmayan hastalık tanısı olan kadın katılımcıların %4,4'ü genel sağlığını 'kötü', %55,2'si 'orta', %40,4'ü 'iyi/çok iyi/mükemmel' olarak nitelendirmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalık tanısı olmayan kadın katılımcıların %0,9'u genel sağlığını 'kötü', %46,2'si 'orta', %52,9'u iyi/çok iyi/mükemmel' olarak nitelendirmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir ($p = 0,007$, Bkz. Ek 5).

Tablo 5.49. Katılımcıların fiziksel aktivite yapma düzeylerine göre beden kitle indekslerinin dağılımı (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	DSÖ'ye göre fiziksel aktivite				p değeri
	Yeterli değil		Yeterli		
	Sayı	Yüzde ¹	Sayı	Yüzde ¹	
BKİ (n=526)					
Zayıf/Normal	50	13,3	38	25,2	
Fazla kilolu	103	27,5	59	39,1	<0,001
Obez ²	222	59,2	54	35,8	
Toplam³	375	71,3	151	28,7	

¹Sütun yüzdesi alınmıştır.

²İstatistiksel anlamlılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

³Satır yüzdesi alınmıştır.

DSÖ'nün önerdiği şekilde yeterli fiziksel aktivite yapan katılımcıların %25,2'si zayıf/normal, %39,1'i fazla kilolu, %35,8'i obez grupta yer almaktadır. Yetersiz fiziksel aktivite yapan katılımcıların %13,3'ü zayıf/normal, %27,5'i fazla kilolu, %59,2'si obez grupta yer almaktadır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$, Tablo 5.49).

Analizler cinsiyete göre tabakalama yapılarak tekrarlanmıştır. DSÖ'nün önerdiği şekilde yeterli fiziksel aktivite yapan erkek katılımcıların %32,9'u zayıf/normal, %44,7'si fazla kilolu, %22,4'ü obez grupta yer almaktadır. Yetersiz

fiziksel aktivite yapan erkek katılımcıların %11,4'ü zayıf/normal, %45,5'i fazla kilolu, %43,2'si obez grupta yer almaktadır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,010$, Bkz. Ek 5).

DSÖ'nün önerdiği şekilde yeterli fiziksel aktivite yapan kadın katılımcıların %17,3'ü zayıf/normal, %33,3'ü fazla kilolu, %49,3'ü obez grupta yer almaktadır. Yetersiz fiziksel aktivite yapan kadın katılımcıların %13,6'sı zayıf/normal, %25,1'i fazla kilolu, %49,3'ü obez grupta yer almaktadır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,161$, Bkz. Ek 5).

BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARDA RİSK FAKTÖRLERİYLE İLGİLİ ÇOK DEĞİŞKENLİ ANALİZ BULGULARI

Tablo 5.50. Beyana dayalı hipertansiyon görülme durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	OR	(%95 GA)	p
Cinsiyet			
Kadın	1,799	0,958-3,377	0,068
Erkek	1		
Yaş			
Ortanca altı (<53)	1		
Ortanca ve üstü (≥53)	7,751	4,675-12,850	<0,001
Öğrenim durumu			
Lise altı	2,703	1,403-5,210	0,003
Lise/Üniversite ve üstü	1		
Beden Kitle İndeksi			
Zayıf/Normal	1		
Fazla kilolu	1,187	0,554-2,542	0,660
Obez	1,649	0,783-3,473	0,188
DSÖ'ye göre			
Yetersiz fiziksel aktivite	0,838	0,474-1,481	0,543
Yeterli fiziksel aktivite	1		
Diyabet			
Var	2,672	1,411-5,060	0,003
Yok	1		
Kolesterol yüksekliği			
Var	2,806	1,471-5,351	0,002
Yok	1		
Kalp hastalığı			
Var	2,308	1,146-4,649	0,019
Yok	1		

*Hosmer-Lemeshow p: 0,271, Doğru sınıflama yüzdesi %79,7

53 yaş ve üstündeki katılımcılarda 53 yaş altı katılımcılara göre kan basıncı yüksekliği ve hipertansiyon görülme durumu 7,7 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 4,675-12,850, p<0,001, Tablo 5.50).

Lise altı düzeyde öğrenim gören katılımcılarda lise ve üstü öğrenim gören katılımcılara göre kan basıncı yüksekliği ve hipertansiyon görülme durumu 2,7 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,403-5,210, p=0,003, Tablo 5.50).

Kan şekeri yüksekliği veya diyabeti olan katılımcılarda, olmayan katılımcılara göre kan basıncı yüksekliği ve hipertansiyon görülme durumu 2,6 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,411-5,060, p=0,003, Tablo 5.50).

Kolesterol yüksekliği olan katılımcılarda olmayanlara göre kan basıncı yüksekliği ve hipertansiyon görülme durumu 2,8 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,471-5,351, p=0,002, Tablo 5.50).

Koroner kalp hastalığı olan katılımcılarda olmayanlara göre kan basıncı yüksekliği ve hipertansiyon görülme durumu 2,3 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,146-4,649, p=0,019, Tablo 5.50).

Tablo 5.51. Kadın katılımcılarda beyana dayalı hipertansiyon görülme durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	OR	(%95 GA)	p
Yaş			
Ortanca altı (<54)	1		
Ortanca ve üstü (≥54)	2,072	0,902-4,758	0,086
Öğrenim durumu			
Lise altı	3,458	1,356-8,818	0,009
Lise/Üniversite ve üstü	1		
Beden Kitle İndeksi			
Zayıf/Normal	1		
Fazla kilolu	1,531	0,529-4,431	0,432
Obez	1,840	0,676-5,013	0,233
DSÖ'ye göre			
Yetersiz fiziksel aktivite	0,897	0,445-1,809	0,762
Yeterli fiziksel aktivite	1		
Diyabet			
Var	2,268	1,127-4,565	0,022
Yok	1		
Kolesterol yüksekliği			
Var	2,803	1,391-5,647	0,004
Yok	1		
Kalp hastalığı			
Var	2,866	1,200-6,843	0,018
Yok	1		
Menopozal dönem			
Menopoz öncesi	1		
Menopoz sonrası	5,041	1,990-12,768	0,001

*Hosmer-Lemeshow p: 0,611, Doğru sınıflama yüzdesi %80,8

Lise altı düzeyde öğrenim gören kadın katılımcılarda lise ve üstü öğrenim gören kadın katılımcılara göre kan basıncı yüksekliği ve hipertansiyon görülme durumu 3,4 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,356-8,818, p=0,009, Tablo 5.51).

Kan şekeri yüksekliği veya diyabeti olan kadın katılımcılarda, olmayan kadın katılımcılara göre kan basıncı yüksekliği ve hipertansiyon görülme durumu 2,2 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,127-4,565, p=0,022, Tablo 5.51).

Kolesterol yüksekliği olan kadın katılımcılarda olmayanlara göre kan basıncı yüksekliği ve hipertansiyon görülme durumu 2,8 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,391-5,647, p=0,004, Tablo 5.51).

Koroner kalp hastalığı olan katılımcılarda olmayanlara göre kan basıncı yüksekliği ve hipertansiyon görülme durumu 2,8 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,200-6,843, p=0,018, Tablo 5.51).

Menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda, menopoz öncesi dönemdeki kadınlara göre kan basıncı yüksekliği ve hipertansiyon görülme durumu 5 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,990-12,768, p=0,001, Tablo 5.51).

Tablo 5.52. Beyana dayalı diyabet görülme durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	OR	(%95 GA)	p
Cinsiyet			
Kadın	1,538	0,669-3,538	0,311
Erkek	1		
Yaş			
Ortanca altı (<53)	1		
Ortanca ve üstü (≥53)	2,538	1,277-5,045	0,008
Öğrenim durumu			
Lise altı	0,943	0,397-2,240	0,894
Lise/Üniversite ve üstü	1		
Beden Kitle İndeksi			
Zayıf/Normal	1		
Fazla kilolu	4,751	0,992-22,739	0,051
Obez	11,047	2,434-50,127	0,002
DSÖ'ye göre			
Yetersiz fiziksel aktivite	1,034	0,541-1,976	0,920
Yeterli fiziksel aktivite	1		
Hipertansiyon			
Var	2,880	1,546-5,365	0,001
Yok	1		
Kolesterol yüksekliği			
Var	3,381	1,959-5,834	<0,001
Yok	1		
Kalp hastalığı			
Var	1,969	1,058-3,664	0,032
Yok	1		

*Hosmer-Lemeshow p: 0,171, Doğru sınıflama yüzdesi %81,9

53 yaş ve üstündeki katılımcılarda 53 yaş altı katılımcılara göre kan şekeri yüksekliği veya diyabet görülme durumu 2,5 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,277-5,045, p=0,008, Tablo 5.52).

Obez katılımcılarda, zayıf ya da normal kilolu katılımcılara göre kan şekeri yüksekliği veya diyabet görülme durumu 11 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 2,434-50,127, p=0,002, Tablo 5.52).

Kan basıncı yüksekliği veya hipertansiyonu olan katılımcılarda, olmayan katılımcılara göre kan şekeri yüksekliği veya diyabet görülme durumu 2,8 kattır ve bu

fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,546-5,365, p=0,001, Tablo 5.52).

Kolesterol yüksekliği olan katılımcılarda olmayanlara göre kan şekeri yüksekliği veya diyabet görülme durumu 3,3 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,959-5,834, p<0,001, Tablo 5.52).

Koroner kalp hastalığı olan katılımcılarda olmayanlara göre kan şekeri yüksekliği veya diyabet görülme durumu 1,9 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,058-3,664, p=0,032, Tablo 5.52).

Tablo 5.53. Kadın katılımcılarda beyana dayalı diyabet görülme durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	OR	(%95 GA)	p
Yaş			
Ortanca altı (<54)	1		
Ortanca ve üstü (≥54)	1,708	0,665-4,386	0,266
Öğrenim durumu			
Lise altı	1,059	0,341-3,289	0,921
Lise/Üniversite ve üstü	1		
Beden Kitle İndeksi			
Zayıf/Normal	1		
Fazla kilolu	6,213	0,722-53,464	0,096
Obez	13,735	1,710-110,311	0,014
DSÖ'ye göre			
Yetersiz fiziksel aktivite	1,344	0,639-2,826	0,435
Yeterli fiziksel aktivite	1		
Hipertansiyon			
Var	2,434	1,229-4,819	0,011
Yok	1		
Kolesterol yüksekliği			
Var	3,006	1,692-5,340	<0,001
Yok	1		
Kalp hastalığı			
Var	2,139	1,089-4,199	0,027
Yok	1		
Menopozal dönem			
Menopoz öncesi	1		
Menopoz sonrası	1,932	0,615-6,068	0,260

*Hosmer-Lemeshow p: 0,231, Doğru sınıflama yüzdesi %79,1

Obez olan kadın katılımcılarda, zayıf ya da normal kilolu kadın katılımcılara göre kan şekeri yüksekliği veya diyabet görülme durumu 13,7 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,710-110,311, $p=0,014$, Tablo 5.53).

Kan basıncı yüksekliği veya hipertansiyonu olan kadın katılımcılarda, olmayanlara göre kan şekeri yüksekliği veya diyabet görülme durumu 2,4 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,229-4,819, $p=0,011$, Tablo 5.53).

Kolesterol yüksekliği olan kadın katılımcılarda olmayanlara göre kan şekeri yüksekliği veya diyabet görülme durumu 3 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,692-5,340, $p<0,001$, Tablo 5.53).

Koroner kalp hastalığı olan kadın katılımcılarda olmayanlara göre kan şekeri yüksekliği veya diyabet görülme durumu 2,1 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,089-4,199, $p=0,027$, Tablo 5.53).

Tablo 5.54. Beyana dayalı kolesterol yüksekliği görülme durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	OR	(%95 GA)	p
Cinsiyet			
Kadın	1,705	0,748-3,885	0,204
Erkek	1		
Yaş			
Ortanca altı (<53)	1		
Ortanca ve üstü (≥53)	1,246	0,640-2,425	0,517
Öğrenim durumu			
Lise altı	2,526	0,979-6,518	0,055
Lise/Üniversite ve üstü	1		
Beden Kitle İndeksi			
Zayıf/Normal	1		
Fazla kilolu	1,221	0,437-3,407	0,703
Obez	1,581	0,597-4,192	0,357
DSÖ'ye göre			
Yetersiz fiziksel aktivite	1,029	0,546-1,939	0,930
Yeterli fiziksel aktivite	1		
Hipertansiyon			
Var	3,002	1,590-5,667	0,001
Yok	1		
Diyabet			
Var	3,212	1,857-5,556	<0,001
Yok	1		
Kalp hastalığı			
Var	1,739	0,941-3,214	0,077
Yok	1		

*Hosmer-Lemeshow p: 0,091, Doğru sınıflama yüzdesi %81,2

Kan basıncı yüksekliği veya hipertansiyonu olan katılımcılarda, olmayan katılımcılara göre kolesterol yüksekliği görülme durumu 3 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,590-5,667, p=0,001, Tablo 5.54).

Kan şekeri yüksekliği veya diyabeti olan katılımcılarda, olmayan katılımcılara göre kolesterol yüksekliği görülme durumu 3,2 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,857-5,556, p<0,001, Tablo 5.54).

Tablo 5.55. Kadın katılımcılarda beyana dayalı yüksek kolesterol görülme durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	OR	(%95 GA)	p
Yaş			
Ortanca altı (<54)	1		
Ortanca ve üstü (≥54)	1,248	0,406-2,349	0,654
Öğrenim durumu			
Lise altı	2,688	0,811-8,587	0,097
Lise/Üniversite ve üstü	1		
Beden Kitle İndeksi			
Zayıf/Normal	1		
Fazla kilolu	1,275	0,401-4,898	0,697
Obez	1,526	0,494-5,278	0,476
DSÖ'ye göre			
Yetersiz fiziksel aktivite	1,352	0,673-2,976	0,413
Yeterli fiziksel aktivite	1		
Hipertansiyon			
Var	2,969	1,681-7,065	0,002
Yok	1		
Diyabet			
Var	2,869	1,527-4,978	<0,001
Yok	1		
Kalp hastalığı			
Var	1,367	0,770-2,996	0,358
Yok	1		
Menopozal dönem			
Menopoz öncesi	1		
Menopoz sonrası	1,104	0,612-4,925	0,862

*Hosmer-Lemeshow p: 0,032, Doğru sınıflama yüzdesi %76,8

Kan basıncı yüksekliği veya hipertansiyonu olan kadın katılımcılarda, olmayan katılımcılara göre kolesterol yüksekliği görülme durumu 2,9 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,681-7,065, p=0,002, Tablo 5.55).

Kan şekeri yüksekliği veya diyabeti olan kadın katılımcılarda, olmayan katılımcılara göre kolesterol yüksekliği görülme durumu 2,8 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,527-4,978, p<0,001, Tablo 5.55).

Tablo 5.56. Beyana dayalı kalp hastalığı görülme durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi (Güdül Merkez, Kasım 2018).

Özellik	OR	(%95 GA)	p
Cinsiyet			
Kadın	0,539	0,251-1,158	0,113
Erkek	1		
Yaş			
Ortanca altı (<53)	1		
Ortanca ve üstü (≥53)	4,496	1,921-10,522	0,001
Öğrenim durumu			
Lise altı	1,427	0,548-3,717	0,466
Lise/Üniversite ve üstü	1		
Beden Kitle İndeksi			
Zayıf/Normal	1		
Fazla kilolu	0,775	0,302-1,990	0,596
Obez	0,643	0,254-1,625	0,351
DSÖ'ye göre			
Yetersiz fiziksel aktivite	1,542	0,777-3,059	0,216
Yeterli fiziksel aktivite	1		
Hipertansiyon			
Var	2,242	1,126-4,464	0,022
Yok	1		
Diyabet			
Var	1,948	1,064-3,568	0,031
Yok	1		
Kolesterol yüksekliği			
Var	1,850	1,021-3,354	0,043
Yok	1		

*Hosmer-Lemeshow p: 0,412, Doğru sınıflama yüzdesi %85,7

53 yaş ve üstündeki katılımcılarda 53 yaş altı katılımcılara göre koroner kalp hastalığı görülme durumu 4,4 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,921-10,522, p=0,001, Tablo 5.56).

Hipertansiyonu olan katılımcılarda, olmayan katılımcılara göre koroner kalp hastalığı görülme durumu 2,2 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,126-4,464, p=0,022, Tablo 5.56).

Kan şekeri yüksekliği veya diyabeti olan kadın katılımcılarda, olmayan katılımcılara göre koroner kalp hastalığı görülme durumu 1,9 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,064-3,568, p=0,031, Tablo 5.56).

Kolesterol yüksekliği olan katılımcılarda olmayanlara göre koroner kalp hastalığı görölme durumu 1,8 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 11,021-3,354, p=0,043, Tablo 5.56).

Tablo 5.57. Kadın katılımcılarda beyana dayalı kalp hastalığı görölme durumunun bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi (Güdüml Merkez, Kasım 2018).

Özellik	OR	(%95 GA)	p
Yaş			
Ortanca altı (<54)	1		
Ortanca ve üstü (≥54)	6,263	1,218-32,213	0,028
Öğrenim durumu			
Lise altı	1,292	0,358-4,655	0,696
Lise/Üniversite ve üstü	1		
Beden Kitle İndeksi			
Zayıf/Normal	1		
Fazla kilolu	0,429	0,130-1,419	0,166
Obez	0,406	0,133-1,240	0,114
DSÖ'ye göre			
Yetersiz fiziksel aktivite	1,926	0,794-4,675	0,147
Yeterli fiziksel aktivite	1		
Hipertansiyon			
Var	2,682	1,132-6,353	0,025
Yok	1		
Diyabet			
Var	2,244	1,156-4,356	0,017
Yok	1		
Kolesterol yüksekliği			
Var	1,486	0,779-2,835	0,230
Yok	1		
Menopozal dönem			
Menopoz öncesi	1		
Menopoz sonrası	0,518	0,095-2,822	0,447

*Hosmer-Lemeshow p: 0,382, Doğru sınıflama yüzdesi %85,2

Elli dört yaş ve üstündeki kadın katılımcılarda 54 yaş altı kadın katılımcılara göre koroner kalp hastalığı görülme durumu 6,2 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,218-32,213, p=0,028, Tablo 5.57).

Hipertansiyonu olan kadın katılımcılarda, olmayan katılımcılara göre koroner kalp hastalığı görülme durumu 2,6 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,132-6,353, p=0,025, Tablo 5.57).

Diyabeti olan kadın katılımcılarda olmayanlara göre koroner kalp hastalığı görülme durumu 2,2 kattır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (%95 GA: 1,156-4,356, p=0,017, Tablo 5.57).

6. TARTIŞMA

Araştırmada bilgi alınan 1381 kişinin (araştırmaya katılan 526 kişi ve bu kişilerden bilgileri elde edilen 855 kişi) %53,7'si kadın, %46,3'ü erkektir (Tablo 5.1). TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2018 yılı verilerine göre GÜDÜL ilçe nüfusunun %50,6'sı kadın, %49,4'ü erkektir (84). Yüzdeler benzer olmakla birlikte araştırmanın yalnızca GÜDÜL ilçe Merkezinde yapılmış olması, GÜDÜL nüfusunun tamamını temsil etmemesi göz önünde bulundurulmalıdır.

On sekiz yaş altındaki nüfus, bilgi alınan kişilerin %19,6'sını oluştururken, 65 yaş ve üstü nüfus %16,5'ini oluşturmaktadır (Tablo 5.1). TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2018 yılı verilerine göre 65 yaş ve üstü nüfus Türkiye nüfusunun %8,8'ini oluşturmakta iken GÜDÜL ilçesi toplam nüfusunun %24,8'ini oluşturmaktadır (84,92). Araştırmadaki yaşlı nüfusun GÜDÜL ilçesine göre daha az olması, çalışma verilerinin ilçe merkezinde toplanmasından, yaşlı nüfusun köylerde daha yoğunluklu yaşamasından kaynaklanmış olabilir. Bilgi alınan nüfusun ortanca yaşı 42'dir (Tablo 5.1). TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2018 yılı verilerine göre Türkiye nüfusunun ortanca yaşı 32'dir (92). Bu sonuç da GÜDÜL ilçesinin yaşlı nüfus yoğunluğu yüksek bir ilçe olduğunu destekler niteliktedir.

Araştırmada yer alan katılımcıların %21,5'i herhangi bir okul bitirmemiş, %32,7'si ilkokul mezunu, %37,9'u ortaokul ya da lise mezunu, %7,6'sı üniversite/yüksekokul ya da daha ileri bir eğitim almıştır (Tablo 5.1). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışmasında yer alan katılımcıların, %18,5'i herhangi bir okul bitirmemiş, %36,7'si ilkokul mezunu, %32,2'si ortaokul ya da lise mezunu ve %12,6'sı yüksekokul bitirmiş yada daha fazla süre eğitim almışlardır (11). Bu çalışmada herhangi bir okul bitirmeyen ya da yalnızca ilkokulu bitiren katılımcıların daha fazla olduğu görülmektedir. Bu fark, GÜDÜL ilçesi nüfusunun Türkiye nüfusuna oranla daha yaşlı bir nüfusu barındırması nedeniyle olabilir.

Bilgi alınan nüfusun %58,9'u evli, %9,7'sinin eşi ölmüş, %29,9'u bekar (Tablo 5.1). Nüfus ve Konut Araştırması 2011 verilerine göre 15 yaş ve üstü nüfusun %65,1'i evlidir, %26,9'u hiç evlenmemiştir (93). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı

Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışmasında katılımcıların %65,9'u evli, %5,3'ünün eşi ölmüş, %27,0'si bekarıdır. Sonuçların benzer olmakla birlikte, bu çalışmada eşi, ölen katılımcıların daha fazla olduğu görülmektedir (11). TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2018 yılı verilerine göre Ankara ili genelinde hanehalkı büyüklüğü 3,1'dir (94). Bu çalışmada hanehalkı büyüklüğü 2,6 olarak hesaplanmıştır. Bu farkın Güdül ilçesinde daha ileri yaş nüfusun yer alması, hane bireylerinin çalışma ya da öğrenim görme gibi nedenlerle ilçe dışına çıkmış olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmaya katılan 18 yaş üstü kişilerin %36,0'sı gelir getiren bir işte çalışırken %64,0'ü gelir getiren herhangi bir işte çalışmamaktadır (Tablo 5.1). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışması 15 yaş ve üstü kişilerle yapılmış ve katılımcıların %35,2'sinin gelir getiren bir işte çalışırken %64,9'unun çalışmadığı görülmüştür (11). Araştırma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Konut özelliklerine bakıldığında; ziyaret edilen 526 hanenin %62,4'ünde ısınmak için odun/kömür sobası kullanılmaktadır. İçme suyu kaynağı olarak ise hanelerin %39,7'sinde şebeke suyu, %65,8'inde ambalajlı su (şişe/damacana suyu) kullanılmaktadır (Tablo 5.2). Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması (TNSA) 2013 verilerine bakıldığında kentsel alanda %33,8, kırsal alanda %80,9 sıklıkla odun/kömür sobası kullanıldığı görülmüştür. Nüfusun %53,6'sı içme suyu olarak şebeke suyu, %30,5'i şişe suyu kullanmaktadır (95). Güdül ilçe merkezinde araştırmaya katılan hanelerde Türkiye geneli ile karşılaştırıldığında içme suyu olarak şebeke suyunun daha az kullanıldığı, ambalajlı su tüketiminin ise daha fazla olduğu görülmektedir. Güdül ilçe merkezinde konutlarda odun/kömür sobası ile ısınma yüzdesinin Türkiye genelindeki kırsal alana göre daha düşük olmasının nedeni, ilçe merkezinde apartmanların da inşası ile merkezi sistem ile ısınma olanağının artmış olması olabilir.

Bulaşıcı Olmayan Hastalık (BOH) risk faktörlerinin incelendiği 526 kişinin tütün kullanım özelliklerine bakıldığında; kadınların %14,8'i erkeklerin %47,5'i tütün kullanmaktadır. Tütün kullanan katılımcıların %35,9'una son bir yıl içerisinde doktor sigarayı bırakmayı önermiştir, %43,6'sı son bir yıl içerisinde sigarayı bırakmayı

denemiştir. Araştırmaya katılanların %97,5'i Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun kapsamında belirlenen yerlerde tütün kullanım yasağını desteklemektedirler (Tablo 5.6). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (Global Adult Tobacco Survey-GATS) 2016 sonuçlarına göre Türkiye'de kadınların %17,5'i, erkeklerin %41,8'i tütün kullanmaktadır. Tütün kullananların %40,1'ine son bir yıl içerisinde gördükleri bir doktor sigarayı bırakmayı önermiştir, yetişkinlerin %90,4'ü işyerlerinde kapalı alanda ve halka açık yerlerde tütün kullanım yasağını desteklemektedirler (18). Tütün kullanmayan katılımcıların %25,4'ü son bir ay içerisinde kapalı alanda sigara dumanına maruz kaldığını belirtmiştir (Tablo 5.6). GATS 2016'ya göre Türkiye'de tütün kullananların %25,9'u evde, %5,7'si iş yerinde tütün dumanına maruz kalmaktadır. Araştırma sonuçlarının Küresel Yetişkin Tütün Araştırması ile benzer olduğu görülmektedir. Aksaray ili Ağaçoören ilçesinde 2016 yılında yapılan hanehalkı temelli bir çalışmada da kadınların %13,0'ü erkekler %47,4'ü sigara kullandığını belirtmiştir ve sonuçların bu çalışmayla benzer olduğu görülmüştür (96).

Katılımcıların Beden Kitle İndekslerine (BKİ) bakıldığında; kadın katılımcıların %26,6'sı fazla kilolu, %59,1'i obezdir. Erkek katılımcıların %45,0'i fazla kilolu, %30,0'u obezdir. Toplamda katılımcıların %45,0'i fazla kilolu, %30,0'u obezdir (Tablo 5.8). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışmasında kadınların %30,1'i fazla kilolu, %35,9'u obez; erkeklerin %41,2'si fazla kilolu, %21,6'sı obezdir (11). Ağaçoören ilçesinde yapılan hanehalkı çalışmasında ise katılımcıların %34,9'u fazla kilolu, %33,8'i obezdir (96). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 yılı sonuçlarına göre 19 yaş ve üstü kadınların %29,7'si fazla kilolu %41,0'i obezdir. Erkeklerin %39,1'i fazla kilolu, %20,5'i obezdir. Tüm bireylerde fazla kilolu görülme sıklığı %34,6, obezite sıklığı %30,3'tür (36). TURDEP II araştırması sonuçlarına göre ise Türk toplumunun üçte ikisi fazla kilolu veya obezdir. Erkeklerde fazla kiloluluk, kadınlarda ise obezite ön plana çıkmaktadır (35). Bu çalışmanın bulguları Türkiye profiline benzer bulunmuştur. Bu sonuçlara göre Gündül'deki katılımcılarda fazla kiloluluk ve obezitenin önem verilmesi gereken bir sağlık sorunu olduğu görülmektedir.

Katılımcıların fiziksel aktivite yapma düzeylerine bakıldığında; kadınların %17,5'i orta düzeyde %0,5'i yüksek düzeyde fiziksel aktivite yaparken, erkeklerin %49,2'si orta düzeyde %12,5'i yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapmaktadır (Tablo 5.16). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışmasında kadınların %25,8'i orta düzeyde fiziksel aktivite, %13,1'i yüksek düzeyde fiziksel aktivite yaparken erkeklerin %26,3'ü orta düzeyde, %36,3'ü yüksek düzeyde fiziksel aktivite yaptığı görülmektedir (11). Araştırmaya katılan Güdül halkının yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapma yüzdelerinin düşük olduğu görülmektedir.

DSÖ'nün 2016 verilerine göre dünya genelinde yetersiz fiziksel aktivite sıklığı %27,3, Türkiye'de %30,6'dır (97,98). Ağaçören ilçesinde yapılan hanehalkı çalışmasında katılımcıların %53,6'sı fiziksel olarak inaktiftir (96). Bu çalışmada ise katılımcıların %71,3'ünün yetersiz fiziksel aktivite yaptığı görülmüştür (Tablo 5.16). Yetersiz fiziksel aktivite yapan katılımcılarda da obezite, yeterli fiziksel aktivite yapanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 5.49). Yeterli düzeyde ve düzenli fiziksel aktivitenin bulaşıcı olmayan hastalıkların risklerinin azaltılmasında ve kilo kontrolünde önemi göz önüne alındığında, Güdül'deki katılımcıların fiziksel aktivitelerinin artırılmasına yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Günlük beslenmede beş besin grubunun her birinden içerecek şekilde dengeli bir beslenme önerilmektedir (66). Bu çalışmada katılımcıların yalnızca %32,5'i günlük beslenmesinde beş temel besin grubunun hepsinden tükettiğini belirtmiştir. Önerilen şekilde günde en az beş porsiyon sebze veya meyve tüketenler, katılımcıların yalnızca %10,2'sini oluşturmaktadır (Tablo 5.15). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışmasında da nüfusun %12,2'si günlük en az beş porsiyon sebze ve meyve tüketmektedir (11). Sonuçlar benzer olmakla birlikte sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığının kazandırılması için müdahaleler yapılması gerekliliği ortadadır.

Çalışmada katılımcıların her gün %43,5'inin şekerli çay/kahve, %7,8'sinin şeker oranı yüksek işlenmiş gıda tükettiği görülmüştür (Tablo 5.10). Türkiye'de 2013 yılında

15 ilde 1661 kişiyle görüşülerek yürütülen Türkiye’de Değişen Çay Tüketim Alışkanlıkları Araştırması’nda katılımcıların %64,7’sinin çay içerken şeker kullandığı saptanmıştır (99). TBSA 2010 sonuçlarına göre nüfusun %9,2’sinin her gün ya da haftada 5-6 gün şekerleme, çikolata, lokum gibi şeker içeriği yüksek gıdalar tükettiği saptanmıştır (36). Veriler tam olarak karşılaştırılabilir olmamakla birlikte araştırmaya katılanların ileri yaşta olmaları, eşlik eden hastalıklarının olması, şeker tüketimini kısıtlamalarına neden olmuş olabilir.

Katılımcıların tuz tüketimi ile ilgili bazı alışkanlıkları incelendiğinde; %14,3’ünün yemeğin tadına bakmadan tuz attığı, %82,5’inin iyotlu tuz tükettiği görülmüştür (Tablo 5.11). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 sonuçlarına göre nüfusun %28,1’i yemeği yemeden önce ya da yerken tuz eklemektedir (11). Bu çalışmada yemeğe tadına bakmadan tuz ekleyenler daha az olmakla birlikte bunun nedeni yalnızca yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme durumunun sorulması, tadına baktıktan sonra tuz ekleyenlerin hayır yanıtı vermesi de olabilir. TNSA 2008 sonuçlarına göre kentsel alanda %90 sıklıkla iyotlu tuz tüketilmektedir (100). Bu sıklığın çalışmanın sonuçları ile benzer olduğu görülmektedir.

Katılımcıların %85,3’ünün her zaman/sıklıkla yemeğe tuz ve tuzlu çeşni eklediği, %10,6’sının her zaman/sıklıkla tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tükettiği görülmüştür (Tablo 5.12). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışmasında ise yemeğe her zaman/sıklıkla tuz ve tuzlu çeşni ekleme sıklığı %28,1 iken her zaman/sıklıkla tuz içeriği yüksek işlenmiş gıda tüketim sıklığı %25,5’tir (11). Araştırmaya katılanlar arasından diyetdeki tuzun azaltılmasının çok önemli olduğunu düşünenler katılımcıların %75,6’sını oluştururken (Tablo 5.13), Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışmasında da bu yüzde %78,1 olarak bulunmuştur (11). Çalışmada katılımcıların tuzun azaltılmasının önemli olduğunu düşünmelerine rağmen büyük bir kısmının yemek pişirirken tuz ve tuzlu çeşni eklediği görülmektedir. Türkiye’de Tuz Tüketimi Çalışmasında (SALTürk 2) günlük tuz tüketiminin 15 gr/gün olduğu saptanmıştır ve bunun %55’inin yemeklere eklenen tuz olduğu bilinmektedir (101).

Bu araştırmada ise katılımcıların tuz içeriği yüksek işlenmiş gıda tkzetmekten kaçındıkları ancak halihazırda yemeklere büyük lde tuz ekledikleri görülmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar açısından önemli bir risk faktörü olan fazla tuz tkzetiminin azaltılması konusunda katılımcıların bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Ek olarak, bu araştırmada hipertansiyonu olduğu bilinen 221 katılımcının yalnızca %43'ne son bir yıl içerisinde gördüğü bir doktor tarafından diyetinde tuzu azaltması için öneride bulunduğu saptanmıştır (Tablo 5.18). Sağlık alışanlarının kendilerine başvuran hastalara sağlıklı yaşam önerilerinde bulunması, davranış değişikliği oluşturmak açısından önem taşımaktadır, bu konuda sağlık çalışanlarının da bilincinin artırılması gerekmektedir.

Katılımcılara kanser tarama testlerinin varlığından haberdar olma durumları sorulduğunda; %44,3' kanser taramalarının Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) cretsiz olduğunu duymuştur (Tablo 5.17). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışmasında ise nüfusun %42,1'i kanser taramalarının bu merkezlerde ücretsiz olduğunu duymuştur. Sonuçlar benzerlik göstermektedir (11).

Kadın katılımcılar arasında 40-69 yaş grubunda olanların %49,1'ine hiç mamografi taraması yapılmamış, 30-65 yaş grubunda olan kadınların %47,6'sına hiç smear/HPV DNA testi yapılmamıştır. 50-70 yaş arası katılımcıların %72,3' hiç gaitada gizli kan testi yaptırmamış, kolonoskopi önerilen yaş grubu olan 50-70 yaş aralığındaki katılımcıların %83,5'ine son 10 yıl içerisinde kolonoskopi yapılmamıştır (Tablo 5.17). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 alışması sonuçlarına göre 40-69 yaş kadınların %57,4'ne mamografi, 30-65 yaş kadınların %54,2'sine serviks kanseri taraması yapılmamıştır. 50-70 yaş katılımcıların %74,5'ine hiç gaitada gizli kan testi yapılmamış, %87,9'una son 10 yıl içinde hiç kolonoskopi yapılmamıştır (11). Araştırma sonuçları benzer olmakla birlikte, kanser taraması yapılmamış olan önemli bir nüfus olduğu görülmektedir. Türkiye Kanser Tarama Programı kapsamında meme kanseri kapsayıcılığı %30-35 seviyelerindedir. Serviks kanseri taraması hedef kadın nüfusunun %20'sini kapsamaktadır ve kolorektal taramaların kapsama oranı ise %20-30 arasındadır (102). Tarama programlarının

kapsayıcılığının hedeflenen nüfusun çok altında kalması, bu konudaki çalışmaların artırılması gerektiğini gözler önüne sermektedir. Halkın kanser tarama konusundaki bilincinin artırılması, eğitimlerin verilmesi, katılımcıların yaşadıkları yere en yakın Aile Sağlığı Merkezi'ne veya KETEM'e erişim kolaylığının öncelenmesi de taramaların artmasına katkı sağlayacaktır.

Bu araştırmada son bir yıl içerisinde kadın katılımcıların %3,9'u erkek katılımcıların %4,2'si kaza-yaralanma yaşamışlardır. Kadın katılımcıların çoğunun yaralanma nedeni ev kazası iken, erkeklerde iş kazası ön plandadır (Tablo 5.20). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışmasında 15 yaş ve üstündeki katılımcıların %3,9'u kaza sonucu yaralanmışlardır. Yaralanmaların en sık nedeni trafik kazası olup bunu ev kazaları ve meslek/iş kazaları takip etmektedir (11).

Bu araştırmada katılımcılardan genel sağlıklarını değerlendirmeleri istendiğinde %53,2'si iyi/çok iyi/mükemmel olarak tanımlamıştır (Tablo 5.19). Ağaçören ilçesinde yapılan hanehalkı çalışmasında katılımcıların %59,8'i genel olarak sağlıkları için iyi veya çok iyi ifadesini kullanmıştır (96). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması 2014 verilerine göre katılımcıların %60,3'ü genel olarak sağlıklarının iyi veya çok iyi olduğunu belirtmiştir (103). Çalışmada en az bir bulaşıcı olmayan hastalık tanısı olan katılımcıların %4,6'sı genel sağlığını 'kötü', %53,9'u 'orta', %41,5'i 'iyi/çok iyi/mükemmel' olarak nitelendirmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalık tanısı olmayanların %1,0'ı genel sağlığını 'kötü', %37,5'i 'orta', %61,5'i iyi/çok iyi/mükemmel olarak nitelendirmiştir ($p<0,001$) (Tablo 5.48). Bireyde hastalık varlığında genel sağlık algısının daha olumsuz yönde olduğu görülmektedir.

Araştırmada katılımcıların beyanına göre 18 yaş ve üstü 1111 kişinin %27,6'sında hipertansiyon tanısı mevcuttur (Kadınların %37,6'sı, erkeklerin %15,5'i) (Tablo 5.21 ve 5.22). Ağaçören ilçesinde yapılan hanehalkı çalışmasında katılımcıların %33,0'ünde hipertansiyon olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada katılımcıların beyanına ek olarak tansiyon ölçümü yapılarak ölçüm sonucu normal sınırın üstünde olanlar da hipertansif olarak kabul edilmiştir (96). Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması 2012 yılı verilerine göre Türkiye'de hipertansiyon sıklığı %30,0'tür. Bu çalışma aynı

zamanda kadınlardaki hipertansiyon prevalansının erkeklerden daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (24). Bu çalışmada hipertansiyon sıklığının Türkiye geneline yakın olmakla birlikte daha az bulunmasının nedeni, tanılarının yalnızca beyana dayalı olması, araştırmanın yapıldığı dönemde hipertansif olan ancak semptomu olmadığı için doktor tanısı almamış katılımcıların atlanmış olmasından kaynaklanabilir. Çalışmada kadınlardaki hipertansiyon görülme yüzdesinin erkeklerden fazla olması ($p < 0,001$, Tablo 5.32; çok değişkenli analizlerde OR: 1,7 %95 GA: 0,958-3,377, Tablo 5.50) Türkiye profiline benzerlik göstermektedir. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışmasında yüksek kan basıncı ya da hipertansiyon öyküsü %16,2 olarak bulunmuş, kadınlarda sıklığın erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (11).

Çalışmada birebir görüşülen 526 kişinin bulaşıcı olmayan hastalıkları ve risk faktörleri ile ilgili ayrıntılı bilgi alınmıştır. Bu doğrultuda hipertansiyon tanısı alanların %91,0'i doktor tarafından verilen tedaviyi düzenli olarak almaktadır, %32,1'i son bir yıl içerisinde doktor kontrolüne gitmemiştir (Tablo 5.23). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017'ye göre hipertansiyon tanısı alanların %75,7'si halen hipertansiyon için tedavi almaktadır (11). Bu çalışmada katılımcıların yaş ortalamasının diğer çalışmaya göre daha yüksek olması, düzenli ilaç tedavisi gereken kişi sayısının daha fazla olmasına neden olmuş olabilir.

İleri yaş, sigara kullanımı, fiziksel inaktivite, obezite ve aşırı tuz tüketimi hipertansiyon gelişiminde rol alan önemli risk faktörlerindedir (21,104). Araştırmada ileri yaş katılımcılarda genç yaşlara göre daha fazla hipertansiyon tanısı vardır ($p < 0,001$ Tablo 5.32; çok değişkenli analizlerde OR: 7,7 %95 GA: 4,675-12,850, Tablo 5.50). Obez katılımcılarda hipertansiyon görülme durumunun (%55,4) fazla kilolu (%30,9) ya da zayıf/normal (%20,5) katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmüştür ($p < 0,001$ Tablo 5.32; OR: 1,6 %95 GA: 0,783-3,473, Tablo 5.50). Tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerde DSÖ'ye göre yeterli fiziksel aktivite yapan katılımcılarla yapmayanlar arasında hipertansiyon görülme durumunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p = 0,104$ Tablo 5.32; çok değişkenli analizde OR: 0,8 %95 GA: 0,474-1,481, Tablo 5.50).

Hipertansiyon için risk faktörü olduğu bilinen tütün kullanımı, zararlı alkol kullanımı ve tuz tüketim alışkanlıklarına bakıldığında; bu riskli davranışlara sahip katılımcılarda, riskli davranış göstermeyenlere göre daha az hipertansiyon tanısı olduğu görülmüştür (Tablo 5.33). Bu araştırmanın tasarımı gereği kişilerin bulaşıcı olmayan hastalık gelişmesine neden olabilecek riskli davranışlarının, hastalığın ortaya çıkışından önceki dönemde olup olmadığı değerlendirilememiştir. Bu sonuç, hipertansiyon tanısı alan kişilere doktor tarafından bu riskli davranışların azaltılması yönünde öneride bulunulmasına bağlı olarak kişilerin sağlıklı yaşam davranışı geliştirdiği şeklinde yorumlanmıştır.

Hipertansiyon tanısının yanında diyabet, koroner arter hastalığı, dislipidemi gibi başka risk faktörlerinin de varlığı, kardiyovasküler hastalık gelişmesi açısından birbirine ilave etki yapmaktadır (21). Araştırmada diyabeti olan katılımcılarda olmayanlara göre, kolesterol yüksekliği olan katılımcılarda olmayanlara göre ve koroner arter hastalığı olan katılımcılarda olmayanlara göre hipertansiyon görülme durumu anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$ Tablo 5.33). Çok değişkenli analizlere bakıldığında diyabeti olan katılımcılarda olmayanlara göre hipertansiyon görülme durumu 2,6 kat, kolesterol yüksekliği olan katılımcılarda olmayanlara göre hipertansiyon görülme durumu 2,8 kat ve koroner arter hastalığı olan katılımcılarda olmayanlara göre hipertansiyon görülme durumu 2,3 kat fazla bulunmuştur. (Sırasıyla %95 GA: 1,411-5,060; 1,471-5,351; 1,146-4,649 Tablo 5.50).

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar konusunda bilgi alınan 1111 katılımcının %14,3'ünde şeker yüksekliği veya diyabet tanısı vardır (Tablo 5.21). TURDEP II çalışması 2010 verilerine göre erişkin Türk toplumunda diyabet sıklığı %13,7 olarak bulunmuştur (Prediyabet %28,7) (105). Uluslararası Diyabet Federasyonu 2017 verilerine göre ise Türkiye'de diyabet sıklığı 12,8'dir (Bozulmuş Glukoz Toleransı %7,4) (106). Bu araştırmada diyabet görülme durumunun Türkiye verilerine benzer olduğu görülmektedir. Ancak prediyabet sıklığı da göz önüne alındığında Türkiye verilerine göre daha az görülmesinin sebebi prediyabeti olup semptomu olmayan ya da doktora gitmeyen katılımcılara tanı koyulmaması ve bu kişilerin şeker yüksekliğinin olmadığını beyan etmesi olabilir. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan

Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışmasında yüksek kan şekeri ya da diyabet sıklığı %9,1 olarak bulunmuştur ve yaşla birlikte sıklık artmaktadır (11). Bu çalışmada da ileri yaş katılımcılarda diyabet daha fazla görülmüştür ($p<0,001$) (Tablo 5.34). Uluslararası Diyabet Federasyonu 2013 yılı verilerine göre Türkiye, Avrupa ülkeleri arasında en yüksek diyabet sıklığına sahip ülkedir ve 2035 yılı tahminlerine göre diyabetin dünyada en yüksek olacağı ilk 10 ülke arasına girecektir (107). Diyabetin bu denli önemli olduğu ülkemizde, araştırmaya katılanlardaki diyabet görülme durumu da dikkate alındığında diyabete yol açan risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasına veya azaltılmasına yönelik çalışmaların artırılması önem taşımaktadır.

Çalışmada cinsiyete göre bakıldığında kadınların %19,7'sinde, erkeklerin %7,8'inde diyabet tanısı vardır (Tablo 5.22). TURDEP II araştırmasında da kadınlarda diyabet erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (105). Yüz yüze görüşülen 526 katılımcıdan diyabet tanısı olanların %88,9'u düzenli tedavi almaktadır, %30,5'i son bir yıl içerisinde diyabet için doktor kontrolüne gitmemiştir (Tablo 5.24). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışmasında diyabet tanısı olanların %75,8'i düzenli tedavi almaktadır (11). Araştırma sonuçlarının benzer olduğu görülmektedir.

Araştırmada ileri yaş grubundaki katılımcılarda, genç yaş gruplarına göre diyabet görülme durumu daha fazladır ($p<0,001$ Tablo 5.34). Çok değişkenli analizlerde de 53 yaş altı katılımcılarda diyabet görülme durumu 53 yaş ve üstü katılımcılara göre 2,5 kat daha fazla bulunmuştur (%95 GA: 1,277-5,045 Tablo 5.52). Diyabet oluşumu için ileri yaşın önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (108). Amerikan Diyabet Derneği hiçbir risk faktörü olmasa bile 45 yaş üstündeki kişilerde diyabet taraması yapılmasını önermektedir (109).

Fiziksel aktivite yetersizliği ve obezite diyabet için önemli risk faktörleridir (110). Araştırmada obez katılımcıların (%31,9) fazla kilolu (%11,1) ya da zayıf/normal kilolu (%2,3) katılımcılara göre diyabet görülme durumunun daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,001$ Tablo 5.34). Çok değişkenli analizde diyabet görülme durumu, obez katılımcılarda zayıf/normal katılımcılara göre 11,0 kat daha fazla bulunmuştur (%95 GA: 2,434-50,127, Tablo 5.52). DSÖ'ye göre yetersiz fiziksel aktivite yapan

katılımcılarda (%22,9) yeterli fiziksel aktivite yapanlara göre (%14,6) diyabet görülme durumu daha fazladır ($p=0,032$ Tablo 5.34; çok değişkenli analizde OR: 1,0 %95 GA: 0,541-1,976, Tablo 5.52).

Hipertansiyon, kolesterol yüksekliği ve kardiyovasküler hastalık varlığının da diyabet oluşumu için önemli risk faktörleri olduğu bilinmektedir. (110,111). Araştırmada hipertansiyonu olan katılımcılarda olmayanlara göre, kolesterol yüksekliği olan katılımcılarda olmayanlara göre ve koroner arter hastalığı olan katılımcılarda olmayanlara göre diyabet görülme durumu anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$ Tablo 5.36). Çok değişkenli analizlere bakıldığında hipertansiyonu olan katılımcılarda olmayanlara göre diyabet görülme durumu 2,8 kat, kolesterol yüksekliği olan katılımcılarda olmayanlara göre diyabet görülme durumu 3,3 kat ve koroner arter hastalığı olan katılımcılarda olmayanlara göre diyabet görülme durumu 1,9 kat fazla bulunmuştur. (Sırasıyla %95 GA: 1,546-5,365; 1,959-5,834; 1,058-3,664 Tablo 5.52).

Diyabet oluşumu için önemli olan bir diğer risk faktörü tütün kullanımüdür (112). Araştırmada tütün kullanmayan katılımcılarda (%23,0), kullanan katılımcılara göre (%12,0) daha fazla diyabet tanısı olduğu görülmüştür ($p=0,009$ Tablo 5.34). Daha önce de belirtildiği gibi araştırmanın tasarımı gereği kişilerin bulaşıcı olmayan hastalık gelişmesine neden olabilecek riskli davranışlarının, hastalığın ortaya çıkışından önceki dönemde olup olmadığı değerlendirilememiştir. Benzer şekilde diyabet tanısı olan katılımcıların; şekerli içecek, şekerli çay/kahve ve şeker içeriği yüksek işlenmiş gıdaları diyabet tanısı olmayan katılımcılara göre daha az tükettikleri görülmüştür (Sırasıyla $p=0,005$, $p=0,003$, $p<0,001$, Tablo 5.35). Bu sonuçlar, diyabet tanısı alan kişilere doktor tarafından riskli davranışların azaltılması yönünde öneride bulunulmasına bağlı olarak kişilerin sağlıklı yaşam davranışı geliştirdiği şeklinde yorumlanabilir.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar konusunda bilgi alınan 1111 katılımcının %10,0'unda kolesterol yüksekliği tanısı vardır (Kadınlarda %15,4 erkeklerde %3,4) (Tablo 5.21 ve 5.22). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışmasında yüksek kolesterol öyküsü sıklığı benzer şekilde %10,1 bulunmuştur ve erkeklerde kadınlara göre daha düşüktür (11).

Yüzyüze görüşülen 526 katılımcıdan kolesterol yüksekliği olan kişilerin %35,6'sı doktor tarafından verilen tedaviyi düzenli almakta, %37,6'sı ilaç tedavisi almaktadır (Tablo 5.25). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışmasında da benzer şekilde kolesterol tanısı alan katılımcıların %36,9'u ilaç kullanmaktadır (11). Ülkemizde total kolesterol düzeyleri son 20 yılda artış göstermektedir ve 12 milyon kişide total kolesterol seviyesi 200 mg/dl'nin üstündedir (33). Kan lipid düzeylerindeki bozukluk genellikle asemptomatik seyreder ve erken ateroskleroza yol açar. Erken dönemde tanınması ve önlem alınmasıyla kardiyovasküler hastalık gelişimi önlenabilir (113).

Obezite ve diyabetin dislipidemiye neden olduğu bilinmektedir (113,114). Bu araştırmada obez katılımcılardaki kolesterol yüksekliği varlığının (%27,2) fazla kilolu (%12,3) ve normal kilolu/zayıf katılımcılara göre (%6,8) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$ Tablo 5.37, çok değişkenli analizde OR: 1,5 %95 GA: 0,597-4,192, Tablo 5.54). DSÖ'ye göre yetersiz fiziksel aktivite yapan katılımcılarda (%21,3), yeterli fiziksel aktivite yapanlara göre (%13,9) daha çok kolesterol yüksekliği tanısı olduğu görülmüştür ($p=0,050$ Tablo 5.37, çok değişkenli analizde OR: 1,0 %95 GA: 0,546-1,939, Tablo 5.54). Diyabet tanısı olan katılımcılarda (%49,1) olmayanlara göre (%11,5) kolesterol yüksekliği daha fazla bulunmuştur ($p<0,001$ Tablo 5.39, çok değişkenli analizde OR: 3,2 %95 GA: 1,857-5,556, Tablo 5.54).

Kolesterol yüksekliğine eşlik eden komorbiditelere bakıldığında, çok değişkenli analizlerde hipertansiyonu olan katılımcılarda olmayanlara göre kolesterol yüksekliği görülme durumu 3 kat, diyabet tanısı olan katılımcılarda olmayanlara göre kolesterol yüksekliği görülme durumu 3,2 kat ve koroner arter hastalığı olan katılımcılarda olmayanlara göre kolesterol yüksekliği görülme durumu 1,7 kat fazla bulunmuştur. (Sırasıyla %95 GA: 1,590-5,667; 1,857-5,556; 0,941-3,214, Tablo 5.54).

Kolesterol yüksekliğini engellemek ve böylelikle kardiyovasküler hastalık riskini azaltmak için, katı margarin ve tereyağ gibi doymuş yağlardan zengin beslenmeden kaçınılması önerilmektedir (114). Araştırmada yemeklerde tereyağ kullandığını belirten katılımcılarda (%23,2) tereyağ kullanmayanlara göre (%18,8) kolesterol yüksekliği tanısının daha az olduğu görülmüştür ($p=0,045$ Tablo 5.38). Bu

sonucun, kolesterol yüksekliği tanısı alan kişilere doktor tarafından sağlıklı beslenme önerilerinde bulunulmuş olması, kişilerin sağlıklı beslenme davranışı geliştirmiş olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Kolesterol seviyesindeki artışın koroner kalp hastalığı riskinde artışa neden olduğu da göz önüne alındığında, kolesterol düzeylerinin kontrol altına alınması önem taşımaktadır. Gündül'deki katılımcıların kolesterol yüksekliği durumları da Türkiye profiline benzerlik göstermekle birlikte gelişebilecek sağlık riskleri açısından önlem alınması gerekliliği açıktır.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar konusunda bilgi alınan 1111 katılımcının %11,8'inde kalp krizi veya kalp hastalığına bağlı göğüs ağrısı öyküsü vardır (Kadınlarda %11,7, erkeklerde %12,0) (Tablo 5.21, 5.22). Kalp krizi veya kalp hastalığına bağlı göğüs ağrısı öyküsü olan kadın katılımcıların %76,6'sı, erkeklerin %94,1'i düzenli tedavi almaktadır (Tablo 5.26). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013 verilerine göre Türkiye'de erkeklerin %6,4'ünde; kadınların ise %9,8'inde kalp hastalığına bağlı göğüs ağrısı saptanmıştır. Akut miyokard enfarktüsü öyküsü erkeklerde %2,3; kadınlarda %1,1'dir. Akut miyokard enfarktüsü geçiren erkeklerin %68,6'sı, kadınların %51'i düzenli tedavi almaktadır (63). Bu çalışmada kalp hastalığına bağlı göğüs ağrısı ve kalp krizi öyküsü birlikte sorulmuştur. Türkiye 2013 yılı araştırmasının sonuçları da birlikte değerlendirildiğinde bulguların benzer olduğu görülmektedir, ancak düzenli tedavi alan katılımcılar bu çalışmada daha yüksek bulunmuştur.

Postmenopozal dönemdeki kadınlarda ve 45 yaş üstündeki erkeklerde koroner arter hastalığı riski belirgin olarak artmakta, 55 yaş üstünde her iki cinsiyet için risk artışı eşit olarak artmaktadır (115). Araştırmada ortanca yaş değeri olan 53 yaş ve üstü katılımcılarda, 53 yaş altı katılımcılara göre koroner kalp hastalığı varlığı daha fazla bulunmuştur ($p < 0,001$, Tablo 5.40; çok değişkenli analizde OR: 4,4 %95 GA: 1,921-10,522, Tablo 5.56). Postmenopozal dönemdeki kadınlarda koroner kalp hastalığı varlığının (%22,5), premenopozal dönemdeki kadınlara göre (%4,6) daha fazla olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$ Tablo 5.40) Diğer koroner kalp hastalığı risk faktörleri ile birlikte yapılan çok değişkenli analizde postmenopozal dönem ile

premenopozal dönem arasında koroner kalp hastalığı varlığında fark saptanmamıştır (OR: 0,5 %95 GA: 0,095-2,822, Tablo 5.57). Tek değişkenli analizdeki farkın yaşın ve diğer eşlik eden komorbiditelerin etkisine bağlı ortaya çıkmış olabileceği düşünülmektedir.

Tütün kullanımı, sağlıklı olmayan diyet, fiziksel inaktivite kardiyovasküler hastalıklar için önde gelen davranışsal risk faktörleridir (116). Ek olarak obezite, hipertansiyon, diyabet, kolesterol yüksekliği varlığı da koroner arter hastalığı gelişiminde önemli risk faktörleridir (115). Araştırmada hipertansiyon tanısı olan katılımcılarda olmayanlara göre, diyabet tanısı olan katılımcılarda olmayanlara göre, kolesterol yüksekliği olan katılımcılarda olmayanlara göre ve inme/felç öyküsü olanlarda olmayanlara göre göğüs ağrısı/kalp krizi geçirme yüzdesi daha fazla bulunmuştur (Sırasıyla $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p = 0,004$, Tablo 5.42). Çok değişkenli analizde hipertansiyon tanısı olan katılımcılarda olmayanlara göre koroner kalp hastalığı 2,2 kat, diyabet tanısı olan katılımcılarda olmayanlara göre koroner kalp hastalığı 1,9 kat, kolesterol yüksekliği olan katılımcılarda olmayanlara göre koroner kalp hastalığı 1,8 kat yüksek bulunmuştur (Sırasıyla %95 GA: 1,126-4,464; 1,064-3,568; 1,021-3,354 Tablo 5.56).

Araştırmada tuz tüketimi daha az olan katılımcılarda, daha çok olanlara göre koroner kalp hastalığı varlığının daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 5.41). Bu sonuçlar, katılımcıların hastalık tanısı aldıktan sonra, doktorun da önerileriyle sağlıklı yaşam davranışı geliştirmesi ve riskli davranışlardan uzak durması şeklinde yorumlanabilir.

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013 verilerine göre serebrovasküler hastalık sıklığı erkeklerde %1,8, kadınlarda ise %2,2'dir. İnme tanısı almış olanların yaklaşık yarısı düzenli ilaç kullanmamaktadır (63). Bu çalışmada ise katılımcıların %1,8'inde inme öyküsü vardır (Kadınlarda %2,0 erkeklerde %1,6) ve inme tanısı almış katılımcıların %50,0'ı düzenli ilaç tedavisi almakta, %41,7'si tedavi almamaktadır (Tablo 5.21, 5.22, 5.27).

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar konusunda bilgi alınan 1111 katılımcının %7,1'inde kronik solunum yolu hastalıkları öyküsü vardır (Kadınlarda %9,0 erkeklerde

%4,8) (Tablo 5.21, 5.22). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışmasında katılımcıların %6,9'u doktor tarafından astım tanısı almışlardır ve kadınlarda (%8,7) erkeklerden (%5,0) daha yüksektir. Doktor tarafından KOAH teşhisi konan bireylerin yüzdesi ise %3,6'dır (Kadınlarda %4,1 erkeklerde %3,1). Yaşla birlikte astım ve KOAH görülme sıklığının arttığı saptanmıştır (11). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013 verilerine göre doktor tanılı KOAH prevalansı %4,0 (kadınlarda %4,1 erkeklerde %3,8), doktor tanılı astım prevalansı %4,3'tür (kadınlarda %6,2 erkeklerde %2,8) (63). Bu çalışmada da astım-KOAH görülme durumları yakın olmakla birlikte kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur ve ileri yaştaki katılımcılarda daha genç yaşlara göre astım-KOAH varlığının daha fazla olduğu görülmüştür ($p=0,003$) (Tablo 5.45).

Tütün kullanımının ve sigara dumanından pasif etkilenimin KOAH için önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (117). Araştırmada tütün kullanan katılımcıların %5,1'inde, kullanmayan katılımcıların %13,2'sinde kronik hava yolu hastalığı tanısı olduğu görülmüştür ($p=0,015$, Tablo 5.45). Bu sonucun, katılımcıların kronik solunum yolu hastalığı tanısı aldıktan sonra sigarayı bırakmış olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ancak araştırmada tütün kullanımının hastalık oluşumundan önce mi sonra mı bırakıldığı sorgulanmamıştır. Ek olarak tütün kullanmayıp, son bir ay içerisinde evde veya iş ortamında sigara dumanından pasif etkilendiğini belirten katılımcılarda sigara dumanından pasif etkilenmediğini belirten katılımcılara göre daha çok kronik solunum yolu hastalığı tanısı olduğu görülmüştür. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,113$, Tablo 5.45). Literatüre bakıldığında obezitenin astım gelişiminde risk faktörü olduğu görülmektedir (118). Bu araştırmada obez katılımcılarda fazla kilolu ve normal kilolu katılımcılara göre, yetersiz fiziksel aktivite yapan katılımcılarda da yeterli fiziksel aktivite yapanlara göre astım/KOAH varlığının daha fazla olduğu görülmüştür (Sırasıyla; $p=0,015$, $p=0,029$) (Tablo 5.45). Katılımcılara astım ve KOAH varlığı birlikte sorulduğu için; araştırma bulguları değerlendirilirken her iki hastalığın ayrı ayrı yüzdelerinin bilinmediğinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar konusunda bilgi alınan 1111 katılımcının %6,4'ünde psikiyatrik hastalık tanısı vardır (Kadınlarda %10,2 erkeklerde %1,8) (Tablo 5.21, 5.22). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013 verilerine göre katılımcıların %9,3'ü depresyon tanısı aldığını belirtmiştir (Kadınlarda %13,1 erkeklerde %5,0). Toplam ruh sağlığı bozukluğu sıklığı ise toplumun %11,7'sini oluşturmaktadır. (Kadınlarda %15,8 erkeklerde %7,1) (63). Psikiyatrik hastalık görülme durumu yakın olmakla birlikte bu çalışmada daha düşük yüzdelerin bulunması, katılımcıların psikiyatrik bir hastalıklarının olduğunu beyan etmekte çekince yaşamalarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada obez katılımcılarda, fazla kilolu ve normal kilolu katılımcılara göre psikiyatrik hastalık daha fazla görülmüştür ($p=0,040$, Tablo 5.47) Obezite ile psikiyatrik bozuklukların ilişkisinin araştırılması amacıyla 2017 yılında yapılmış bir derlemenin sonuçlarına göre obezite ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, obezite ile diğer psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkinin açıklanmasında kanıtların yetersiz olduğu belirtilmiştir (119). Bu çalışmada postmenopozal kadınlarda, premenopozal dönemdeki kadınlara göre daha çok psikiyatrik hastalık görülmüştür ($p=0,024$, Tablo 5.47). Literatüre bakıldığında menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon, anksiyete ve diğer ruhsal belirtilerin daha yaygın olduğunu gösteren çalışmalar mevcutken tersini gösteren araştırmalar da bulunmaktadır. Menopoz sonrası hormonal değişikliklerin psikiyatrik etkilenmeye neden olmasının yanında yaşla ilişkili olabilecek eşlik eden başka hastalık varlığının da etkili olabileceği düşünülmektedir (120,121,122).

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar konusunda bilgi alınan 1111 katılımcının %1,8'inde kanser öyküsü vardır (Kadınlarda %2,3 erkeklerde %1,2) (Tablo 5.21, 5.22). Kanser önemli bir halk sağlığı sorunu olup Türkiye'de ölümlerin ikinci sıradaki sebebidir ve 2030 yılında ölümlerin en sık nedeni olacağı tahmin edilmektedir (102). Türkiye'de 2015 yılı yaşa standardize kanser hızı kadınlarda yüz binde 177,5, erkeklerde yüz binde 247,6'dır (123). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışmasında katılımcılar arasında son 12 ayda bir doktor tarafından kanser tanısı konma sıklığı %0,7'dir (kadınlar için %0,9

erkekler için %0,4) (11). Bu çalışmada kanser görülme durumunun daha yüksek olmasının nedeni katılımcılara son bir yıl içerisinde değil hayatları boyunca kanser tanısı alma durumları sorulmasından kaynaklanmış olabilir.

Yaş gruplarına bakıldığında bu çalışmada 53 yaş altı katılımcıların %0,4'ünde 53 yaş ve üstü katılımcıların %5,3'ünde kanser tanısı vardır ($p=0,001$, Tablo 5.46). Menopoz sonrası dönemdeki kadın katılımcıların %5,6'sında kanser tanısı varken menopoz öncesi dönemdeki kadın katılımcılarda kanser tanısı bulunmamaktadır ($p=0,001$, Tablo 5.46). Kanser her yaşta görülebilmektedir ancak ileri yaş, kanser için en önemli risk faktörüdür (124). Menopozal dönemdeki kadınlarda hormon replasman tedavisinin kanser ile ilişkili olabileceği bilinmektedir (125). Ek olarak postmenopozal dönemdeki kadınlarda ileri yaşın da kanser için önemli bir risk faktörü olduğu unutulmamalıdır.

Araştırmada incelenen değişkenlerden artmış beden kitle indeksi, tütün kullanımı ve sigara dumanından pasif etkilenim de kanser için önemli risk faktörleridir (126). Ancak araştırmada katılımcıların beden kitle indeksleri ve tütün kullanımları ile kanser tanısı alma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 5.46).

7. SONUÇLAR

Güdül ilçe merkezinde yaşayan 18 yaş ve üstü nüfusun bulaşıcı olmayan hastalık görülme durumunun ve bulaşıcı olmayan hastalıklar ile ilişkili risk faktörlerinin saptanmasının amaçlandığı bu araştırmada 526 katılımcı ile görüşülmüştür. Katılımcılardan hem kendilerinin hem de onlar ile aynı hanede yaşayan 18 yaş üstü bireylerin bulaşıcı olmayan hastalık görülme durumları öğrenilmiştir. Toplam olarak 18 yaş üstü 1111 kişinin bulaşıcı olmayan hastalık durumları öğrenilmiştir. Buna ek olarak 526 katılımcının bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilişkili olabilecek risk faktörleri sorgulanmıştır. Araştırma bulguları doğrultusunda ulaşılan sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

- Bulaşıcı olmayan hastalık görülme durumu hakkında bilgi alınan 18 yaş üstü 1111 katılımcının %27,6'sında tansiyon yüksekliği veya hipertansiyon tanısı mevcuttur. Kadın katılımcıların %37,6'sında, erkek katılımcıların %15,5'inde tansiyon yüksekliği veya hipertansiyon tanısı vardır.
- Bilgi alınan 1111 katılımcının %14,3'ünde kan şekeri yüksekliği veya diyabet tanısı olduğu saptanmıştır. Kadın katılımcıların %19,7'sinde, erkek katılımcıların %7,8'inde kan şekeri yüksekliği veya diyabet tanısı vardır.
- Bilgi alınan 1111 katılımcının %11,8'inde koroner kalp hastalığı öyküsü mevcuttur. Kadın katılımcıların %11,7'sinde, erkek katılımcıların %12,0'ında koroner kalp hastalığı öyküsü vardır.
- Bilgi alınan 1111 katılımcının %10,0'ında kolesterol yüksekliği olduğu saptanmıştır. Kadın katılımcıların %15,4'ünde, erkek katılımcıların %3,4'ünde kolesterol yüksekliği vardır.
- Bilgi alınan 1111 katılımcının %7,1'inde kronik solunum yolu hastalığı mevcuttur. Kadın katılımcıların %9,0'ında, erkek katılımcıların %4,8'inde kronik solunum yolu hastalığı tanısı vardır.
- Bilgi alınan 1111 katılımcının %6,4'ünde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu saptanmıştır. Kadın katılımcıların %10,2'sinde, erkek katılımcıların %1,8'inde psikiyatrik hastalık öyküsü vardır.

- Bilgi alınan 1111 katılımcının %1,8'i kanser tanısı aldığını belirtmiştir. Kadın katılımcıların %2,3'ünde, erkek katılımcıların %1,2'sinde kanser tanısı vardır.
- Bilgi alınan 1111 katılımcının %1,8'inde inme/felç öyküsü mevcuttur. Kadın katılımcıların %2,0'ında, erkek katılımcıların %1,6'sında inme/felç öyküsü vardır.
- Yüz yüze görüşülen 526 katılımcının %41,3'ünde en az bir bulaşıcı olmayan hastalık tanısı vardır.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar için davranışsal risk faktörleri de sorgulanan 526 katılımcı arasında;

- Kadın katılımcıların %14,8'i, erkek katılımcıların %47,5'i tütün ürünü kullanmaktadır. Toplamda katılımcıların %22,2'si tütün ürünü kullanmaktadır.
- Kadın katılımcıların %59,1'i obez, %26,6'sı fazla kilolu; erkeklerin ise %30,0'ı obez %45,0'ı fazla kiloludur. Toplamda katılımcıların %52,5'i obez, %30,8'si fazla kiloludur.
- Önerilen şekilde, günlük beslenmede beş temel besin grubunun her birinden tüketenler katılımcıların yalnızca %32,5'idir. Katılımcıların %49,2'si günde iki ana öğün beslenmektedir.
- Katılımcıların %85,3'ü yemek pişirirken her gün/sıklıkla tuz eklemekte, %14,3'ü yemeği yemeden önce tadına bakmadan tuz eklemektedir.
- Kadın katılımcıların %18,5'i, erkek katılımcıların %66,3'ü DSÖ'nün önerdiği şekilde yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmaktadır.
- Araştırmaya katılanlar arasında henüz herhangi bir bulaşıcı olmayan hastalık tanısı bulunmayan katılımcıların, bulaşıcı olmayan hastalığı bulunan katılımcılara göre tütün kullanma, tuzun fazla tüketimi gibi bazı riskli sağlık davranışlarına daha çok sahip oldukları görülmüştür.
- Hipertansiyon görülme durumu; 53 yaş ve üstünde 7,7 kat, diyabet varlığında 2,6, kolesterol yüksekliği varlığında 2,8, koroner kalp hastalığı varlığında 2,3 katına çıkmıştır.
- Diyabet görülme durumu; 53 yaş ve üstünde 2,5 kat, obezite varlığında 11, hipertansiyon varlığında 2,8, kolesterol yüksekliği varlığında 3,3, koroner kalp hastalığı varlığında 1,9 katına çıkmıştır.

- Kolesterol yüksekliği varlığı; hipertansiyon varlığında 3, diyabet varlığında 3,2, katına çıkmıştır.
- Koroner kalp hastalığı varlığı; 53 yaş ve üstünde 4,4 kat, hipertansiyon varlığında 2,2, diyabet varlığında 1,9, kolesterol yüksekliği varlığında 1,8 katına çıkmıştır.
- Menopoz sonrası dönemdeki kadın katılımcılarda hipertansiyon görülme durumunun 5 katına çıktığı saptanmıştır.
- Bu sonuçlardan yola çıkarak hipertansiyon, diyabet, kolesterol yüksekliği ve koroner kalp hastalığının birbirleri için komorbidite olarak bulunduğu, genellikle birinin varlığında diğerinin de görülme durumunun arttığı söylenebilir.

Tüm bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda, Güdül ilçe merkezinde yaşayan ve araştırmaya dahil olan katılımcılar için bulaşıcı olmayan hastalıklar ve ilişkili risk faktörlerinin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu görölmektedir.

8. ÖNERİLER

- Araştırma sonuçlarından yola çıkılarak Güdül İlçe Merkezinde yaşayan ve araştırmaya dahil olan katılımcılar için bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörlerinin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmektedir. Katılımcılara bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri konusunda eğitimler verilmesi, sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesinin hastalıkların seyrini olumlu yönde etkilemesi açısından öneminin vurgulanması gerekmektedir.
- Henüz bulaşıcı olmayan hastalık tanısı bulunmayan katılımcıların riskli sağlık davranışlarına sahip olmaları nedeniyle; yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde bulaşıcı olmayan hastalık ortaya çıkışının önlenmesi için mevcut durum hakkında bilgilendirilmeleri, risk faktörlerini önlemeye yönelik sağlıklı yaşam davranış geliştirmelerinin öneminin vurgulanması gerekmektedir.
- İlçe Sağlık Müdürlüğü tarafından; ilçe halkının bulaşıcı olmayan hastalıkların önemi konusunda, bulaşıcı olmayan hastalığa sahip kişilerin ise kontrollerini düzenli olarak yaptırılmaları konusunda bilgilendirilmesi, riskli sağlık davranışlarını azaltmaları yönünde tekrarlayan uyarılarda bulunulması faydalı olacaktır.
- Yerel yönetimlerin Güdül ilçesinde yaşayanlara sağlıklı yaşam davranışları kazandırma konusunda halk eğitimleri düzenlemesi önemlidir. Bu konuda İlçe Sağlık Müdürlüğü ile yerel yönetimlerin işbirliği halinde çalışması önem taşımaktadır.
- Araştırma yürütülürken, Güdül İlçe Merkezinde fiziksel aktivite yapmak için yeterli olanağın olmadığı gözlemlenmiştir. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışının bir parçası olan yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmalarının teşviki için yerel yönetimlerin ilçedeki olanakları artırmaları faydalı olacaktır.
- Bu araştırmada kilo ve boy ölçümü yapılması nesnel veri sağlamak açısından değerlidir. İleride yapılacak araştırmalarda, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri mevcut durumunun belirlenmesinde, tarama yöntemlerinin ya da tanı koyduracak yöntemlerin kullanılması daha kesin sonuçlar ortaya konulmasını sağlayacaktır. Ayrıca beyana dayalı alınan bilgiler ile nesnel ölçümlerin tutarlılığı da incelenebilir.

- Konu ile ilgili ilçe ve il düzeyinde daha çok araştırma planlanarak mevcut durumların saptanması, yapılacak müdahale çalışmalarına önemli bir temel oluşturacak, toplumun farkındalığının artmasını sağlayacaktır.

Bu çalışmanın; bulaşıcı olmayan hastalıklar ve ilişkili risk faktörleri konusunda farkındalığın artırılmasına, bireylerin, sağlık personellerinin ve yerel yönetimlerin konu ile ilgili gerekli önlemleri almalarına katkı sağlayacağı, ileride bu konuda yapılacak araştırmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Bilir N, Paksoy Erbaydar N. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü. Güler Ç, Akın L (Ed.) Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3, Üçüncü Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2015. Sayfa:1542-57.
2. Erkoç Y, Yardım N. (ed.) Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları, T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara (2011).
3. WHO, Noncommunicable diseases. [Internet] <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> Erişim: 29.06.2018.
4. WHO, Globally Health Observatory (GHO) Data, Risk factors. [Internet] http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/en/ Erişim: 29.06.2018.
5. Forouzanfar MH, Afshin A, Alexander LT, Anderson HR, Bhutt, ZA, Biryukov S, ... & Cohen AJ. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1659-1724.
6. WHO, The top 10 causes of death [Internet] <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> Erişim: 29.06.2019
7. WHO, Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017 [Internet] <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf?sequence=1> Erişim: 02.07.2019.
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması 2013 [Internet] http://www.hips.hacettepe.edu.tr/UHYCSunumu_06122016.pdf Erişim: 02.07.2019.
9. United Nations. Transformig Our World: The 2030 Agenda For Sustainable Development. [Internet] <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf> Erişim: 02.07.2019.

10. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2015. [Internet] [http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf) Erişim: 02.07.2019.
11. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Editörler: Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018.
12. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No 1056, Ankara, 2017.
13. Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Nelerdir? [Internet] <https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/makaleler/bulasici-olmayan-hastaliklar-nelerdir> Erişim: 20.06.2019.
14. Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2017. [Internet] http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf Erişim: 20.06.2019.
15. World Health Organization, Global Status Report on noncommunicable diseases, 2014.
16. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018 [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626> Erişim: 25.06.2019.
17. Erdem Y, Akpolat T, Derici Ü, Şengül Ş, Ertürk Ş, Ulusoy Ş, Altun B, Arıcı, M. Dietary sources of high sodium intake in Turkey: SALTURK II. *Nutrients*, 2017;9(9): 933.
18. Global Adult Tobacco Survey, Turkey 2016. [Internet] <https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DownloadAttachment.aspx?ID=3452> Erişim: 25.06.2019.
19. World Health Organization, Diabetes Country Profiles, 2016. [Internet] https://www.who.int/diabetes/country-profiles/tur_en.pdf?ua=1 Erişim: 25.06.2019.
20. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, Tükek T, Sabuncu T, Arıcı M, Erdem Y, Özin B, Şahin İ, Ertürk Ş, Bitigen A, Tokgözoğlu L. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu 2019. *Türk Kardiyol Dern Ars* 2019;47(6): 535-546.

21. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Ankara 2019.
22. World Health Organization, A Global Brief on Hypertension World Health Day 2013. [Internet] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf;jsessionid=AB34DE988F849E51AACE1A53C2F921A3?sequence=1 Erişim: 30.06.2019.
23. Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Karatan O, Hasanoğlu E, Çağlar Ş. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. *Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği* 2003.
24. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S, Karatan O, Turgan C, Hasanoğlu E, Çağlar S, Erturk S. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *Journal of hypertension* 2016;34(6): 1208.
25. Centers for Disease Control and Prevention, High Blood Pressure, Risk Factors. [Internet] <https://www.cdc.gov/bloodpressure/behavior.htm> Erişim: 30.06.2019.
26. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, Özel hasta grupları. [Internet] https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/5_27676.htm?wbnum=1110 Erişim: 30.06.2019.
27. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D'Agostino RB, Levy D. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. *Jama* 2002;287(8): 1003-1010.
28. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, Özel hasta grupları, Hipertansiyon ve Böbrek. [Internet] https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/5_38a53.htm?wbnum=1111 Erişim: 25.06.2019.
29. Centers for Disease Control and Prevention, High Blood Pressure [Internet] <https://www.cdc.gov/bloodpressure/> Erişim: 25.06.2019.

30. World Health Organization, Obesity and Overweight. [Internet] <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Erişim: 25.06.2019.
31. Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın No: 773, Şubat 2010.
32. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Ankara 2018.
33. Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Erginel-Ünaltuna N, Kaya A, Altay S. Onat A (editör) TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. İstanbul 2017.
34. World Health Organization, Global Health Observatory (GHO) data, Overweight and obesity. [Internet] https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_obesity/obesity_adults/en/ Erişim: 02.07.2019.
35. Türk Diyabet Cemiyeti, Turdep-2 Sonuçlarının Özeti. [Internet] <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turdep-2-sonuclarinin-ozeti> Erişim: 02.07.2019.
36. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010, Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı [Internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf> Erişim: 27.06.2019.
37. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017). Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No: 773 Ankara 2013.
38. Birinci Basamak Sağlık kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No: 1070 Ankara 2017.
39. World Health Organization, WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco. Geneva 2012.

40. Cooper C. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 2018;392(10159), 1789-858.
41. Aslan D. Türkiye’de Tütün Kontrolünde Yeni Bir Dönem Başladı: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2005;14(1), 19-21.
42. Bilir N. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi. *Tütün ve Tütün Kontrolü (Eds Aytemur AZ, Akçay S, Elbek O)*, 2011; 21-23.
43. Asma S, Mackay J, Song SY, Zhao L, Morton J, Palipudi KM, et al. The GATS Atlas 2015. CDC Foundation, Atlanta, GA.
44. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 948, Ankara 2014.
45. World Health Organization, World Health Statistics data visualizations dashboard, Tobacco smoking [Internet] <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-a-viz?lang=en> Erişim: 08.07.2019.
46. Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, Liber A, Nargis N, Stoklosa M. The Tobacco Atlas. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies, 2018.
47. World Health Organization, Health Topics, Tobacco. [Internet] <https://www.who.int/health-topics/tobacco> Erişim: 08.07.2019.
48. Karlıkaya C, Öztuna F., Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. *Toraks dergisi* 2006;7(1): 51-64.
49. Bilir N. Tütün ve Kansere İlişkisi, Ülkemiz Açısından Önemi. [Internet] http://www.ssuk.org.tr/file_upload/savefiles/tutun.pdf Erişim: 10.07.2019.
50. Ergüder T. Global Tobacco Epidemic and Tobacco Control. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2018;12(4): 301-306.
51. Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun. T.C. Resmî Gazete, 26 Kasım 1996, Sayı:22829.
52. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Türkiye’de Tütün Kontrol Politikaları. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, 2010.

53. Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulduğuna Dair Kanun. T.C. Resmî Gazete, 30 Kasım 2004:25656.
54. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü. Ülkemizde Tütün Kontrol Çalışmaları [Internet] <https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/ulkemizde-tutun-kontrol-calismalari> Erişim: 10.07.2019.
55. Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018) [Internet] <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/420,ulusal-tutun-kontrol-programi-eylem-planipdf.pdf?0> Erişim: 10.07.2019.
56. World Health Organization Tobacco Free Initiative. The role of health professionals in tobacco control. Geneva 2005.
57. World Health Organization, Global status report on alcohol and health 2018. Geneva, 2018.
58. Buzrul S. Türkiye’de alkollü içki tüketimi. *Journal of Food and Health Science* 2016;2(3): 112-22.
59. OECD Data, Alcohol consumption [Internet] <https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm> Erişim: 11.07.2019.
60. Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık İstatistikleri [Internet] http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=2396 Erişim: 11.07.2019.
61. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın no: 879, Ankara 2011.
62. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *The lancet* 2005;365(9458): 519-530.
63. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Sağlık Bakanlığı Yayın no: 909, Ankara, 2013.
64. Global Strategy to Reduce The Harmful Use of Alcohol. World Health Organization Italy, 2010.
65. Köksal O, Attila S. Toplum Beslenmesi. Güler Ç, Akın L (Ed.) Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3, Üçüncü Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2015. Sayfa:1210-13.

66. Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER), T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın no: 1031 Ankara 2016.
67. Türkiye Çocukluk Çağı (İlkokul 2. Sınıf Öğrencileri) Şişmanlık Araştırması - COSI-TUR 2016, T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Milli Eğitim Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1080, Ankara 2017.
68. Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali, T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, 2002.
69. Samur G. Vitaminler, Mineraller ve Sağlığımız, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın no: 727 Ankara, 2008.
70. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıklı Yemek Tabagım [Internet] <https://www.saglik.gov.tr/TR,22550/saglikli-yemek-tabagim.html> Erişim: 15.07.2019.
71. Diet, Nutrition and The Prevention of Chronic Diseases. World Health Organization, Geneva 2003.
72. Avrupa Gıda ve Beslenme Eylem Planı 2015-2020. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, Kopenhag, Danimarka 2014.
73. World Health Organization, A Healthy Diet Sustainably Produced [Internet] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278948/WHO-NMH-NHD-18.12-eng.pdf?ua=1> Erişim: 15.07.2019.
74. World Health Organization, Physical Activity [Internet] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> Erişim: 15.07.2019.
75. Bek N. Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı Yayın No: 730, Ankara, 2012.

76. Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. Fiziksel Aktivite Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı Yayın No: 729, Ankara, 2012.
77. Global Recommendations on Physical Activity for Health. World Health Organization, 2010.
78. DSÖ Avrupa Bölgesi İçin Fiziksel Aktivite Stratejisi 2016-2025. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, 2016.
79. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization, Geneva, 2009.
80. Alpözgen AZ, Özdinçler AR. Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri: Derleme. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2016;3(1): 66-72.
81. T.C. Ankara Valiliği [İnternet] <http://www.ankara.gov.tr/gudul> Erişim: 03.06.2019.
82. Ankara Kalkınma Ajansı. İstatistiklerle Ankara 2017. [İnternet] http://www.ankaraka.org.tr/tr/istatistiklerle-ankara-2017_4028.html Erişim: 03.06.2019.
83. T.C. GÜDÜL Kaymakamlığı [İnternet] <http://www.gudul.gov.tr/genel-bilgiler> Erişim: 03.06.2019
84. Türkiye İstatistik Kurumu Merkezi Dağıtım Sistemi [İnternet] <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?locale=tr> Erişim: 03.06.2019.
85. Ankara İli Haritası [İnternet] http://cografyaharita.com/haritalarim/4l_ankara_ili_haritasi.png Erişim: 03.06.2019.
86. GÜDÜL Belediye Başkanı Hava YILDIRIM ile 31.07.2018 tarihinde yapılan telefon görüşmesinden alınan verilerdir.
87. Kılıç C (1996) Genel Sağlık Anketi: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7: 83-89.
88. Öztürk M. Üniversitede Eğitim-Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği ve Güvenirliği ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2005.

89. Craig CL, Marshall AL, Sjörström M, et al: International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc 35: 1381-95, 2003.
90. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)-Short and Long Forms. November 2005.
91. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 940, Ankara, 2014.
92. Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2018 [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30709> Erişim: 14.09.2019.
93. Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus ve Konut Araştırması 2011, 2013.
94. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Aile, 2018 [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30726> Erişim: 14.09.2019.
95. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C: Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 2014.
96. Medeni V. Bir İlçedeki 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde sağlık davranışları ve ilişkili risk etmenleri, Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2016.
97. World Health Organization, Global Health Observatory (GHO) data, Prevalence of insufficient physical activity [Internet] https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/physical_activity_text/en/ Erişim: 25.06.2019.
98. Insufficient physical activity: Prevalence of insufficient physical activity among adults, aged 18+ (age standardized estimates), 2016: Male [Internet] http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/risk_factors/physical_in_activity/atlas.html?indicator=i1&date=Male Erişim: 25.06.2019.
99. Ulusoy A, Şeker M. Türkiye’de Değişen Çay Tüketim Alışkanlıkları Araştırması 2013. Doğu Karadeniz Kalkınma Ajansı, Trabzon Ticaret Borsası, T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013.

100. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 2009.
101. Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı 2017-2021. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite ,Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, Ankara, 2016.
102. Türkiye Kanser Kontrol Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, Ankara, 2016.
103. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready N, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, Ankara, 2014.
104. Centers for Disease Control and Prevention, High Blood Pressure [Internet] https://www.cdc.gov/bloodpressure/risk_factors.htm Erişim: 15.09.2019.
105. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dincçag N, Karsidag K, Genc S, Telci A, Canbaz B, Turker F, Yilmaz T, Cakir B, Tuomilehto J. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European journal of epidemiology* 2013;28(2): 169-180.
106. The IDF Diabetes Atlas, 8th Edition, Turkey Country Report 2017&2045. [Internet] <https://reports.instantatlas.com/report/view/704ee0e6475b4af885051bcec15f0e2c/TUR> Erişim: 15.09.2019.
107. Türkiye Diyabet Programı 2015-2020 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yayın No: 816, Ankara, 2014.
108. International Diabetes Federation, About Diabetes, Diabetes Risk Factors [Internet] <https://idf.org/52-about-diabetes/451-diabetes-risk-factors.html> Erişim: 15.09.2019.
109. Standards of Medical Care in Diabetes [Internet] https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/28/suppl_1/s4.full.pdf Erişim: 15.09.2019.

110. Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2019. Türkiye Diyabet Vakfı, İstanbul, 2019.
111. Centers for Disease Control and Prevention, Diabetes [Internet] <https://www.cdc.gov/diabetes/basics/risk-factors.html> Erişim: 15.09.2019.
112. Smoking and Diabetes [Internet] https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/50th-anniversary/pdfs/fs_smoking_diabetes_508.pdf Erişim: 20.09.2019.
113. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Dislipidemi Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Ankara 2018.
114. Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti (ESC) ve Avrupa Ateroskleroz Derneği (EAS) Dislipidemilerin Tedavisi Görev Grubu, Dislipidemilerin Tedavisine İlişkin 2016 ESC/EAS Kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş, 2017.
115. National Heart, Lung, and Blood Institute, Health Topics, Ischemic Heart Disease [Internet] <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/ischemic-heart-disease> Erişim: 21.09.2019.
116. World Health Organization, Cardiovascular Diseases (CVDs) [Internet] [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) Erişim: 21.09.2019.
117. Kocabaş A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri [Internet] <https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2422011175353-105113.pdf> Erişim: 21.09.2019.
118. Türk Toraks Derneği Astım Tanı ve Tedavi Rehberi [Internet] [https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2322011173713-risk_faktorlerii.pdf#targetText=Ast%C4%B1m%20alevlenmesine%20yol%20a%C3%A7an%20fakt%C3%B6rler,K%C4%B0%C5%9E%C4%B0SEL%20FAKT%C3%96RLER%20Genetik%3A&targetText=Obezite%3A%20Obezite%20de%20ast%C4%B1m%20i%C3%A7in,fakt%C3%B6r%C3%BC%20olarak%20bulunmu%C5%9Ftur%20\(1\).](https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2322011173713-risk_faktorlerii.pdf#targetText=Ast%C4%B1m%20alevlenmesine%20yol%20a%C3%A7an%20fakt%C3%B6rler,K%C4%B0%C5%9E%C4%B0SEL%20FAKT%C3%96RLER%20Genetik%3A&targetText=Obezite%3A%20Obezite%20de%20ast%C4%B1m%20i%C3%A7in,fakt%C3%B6r%C3%BC%20olarak%20bulunmu%C5%9Ftur%20(1).) Erişim: 21.09.2019.
119. Rajan TM, Menon V. Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. *Journal of postgraduate medicine* 2017;63(3): 182.

120. Kıvanç ZE. Menopozun Depresyon ve Anksiyete ile Olan İlişkisi. Uzmanlık Tezi. T.C. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2009.
121. Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi* 2013;50(4).
122. Joffe H, Hall JE, Soares CN, Hennen J, Reilly CJ, Carlson K, Cohen LS. Vasomotor symptoms are associated with depression in perimenopausal women seeking primary care. *Menopause* 2002;9(6), 392-8.
123. Türkiye Kanser İstatistikleri 2015, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, 2018.
124. National Cancer Institute, About Cancer, Cancer Causes and Prevention, Age and Cancer Risk. [Internet] <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/age#targetText=Age%20and%20Cancer%20Risk&targetText=One%2Dquarter%20of%20new%20cancer,66%20years%20for%20prostate%20cancer>. Erişim: 22.09.2019.
125. National Cancer Institute, About Cancer, Cancer Causes and Prevention, Hormones. [Internet] <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/hormones> Erişim: 22.09.2019.
126. National Cancer Institute, About Cancer, Cancer Causes and Prevention, Risk Factors and Cancer [Internet] <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk> Erişim: 22.09.2019.

EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU

Anket no:

ANKARA İLİ GÜDÜL İLÇE MERKEZİNDE YAŞAYAN 18 YAŞ ÜSTÜ NÜFUSUN BEYANA DAYALI BULAŞICI OLMAYAN HASTALIK SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİNİN SAPTANMASI

Değerli Katılımcı,

“Ankara İli Güdül İlçe Merkezinde Yaşayan 18 Yaş Üstü Nüfusun Beyana Dayalı Bulaşıcı Olmayan Hastalık Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörlerinin Saptanması” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma, Ankara ili Güdül ilçe merkezinde yaşayan 18 yaş üstü bireylerin, beyana dayalı olarak bulaşıcı olmayan hastalık görülme boyutu ve bu hastalıklarla ilişkili olabilecek risk faktörlerini saptamayı amaçlamaktadır. Bu nedenle soruların tümüne, içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışma ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacı için kullanılacaktır. Araştırmadan elde edilen bilgilerle, daha sonra ilçede sunulacak sağlık hizmetlerine katkıda bulunulması hedeflenmektedir. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya istediğiniz zaman ankete son verebilirsiniz.

Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu Araştırmacı

Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ

Yardımcı Araştırmacı

Araş. Gör. Dr. Tuğçe Mehlika ŞANVER

İletişim

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Telefon: 0312-324 46 23

DİKKAT! Görüştüğünüz kişi araştırmaya katılmayı kabul ediyorsa aşağıdaki kutucuğu (X) ile işaretleyiniz ve anketi doldurmaya devam ediniz.

Kabul ediyor.

Görüşmenin yapıldığı tarih: __/__/__

Görüşmecinin adı, soyadı:

Görüşmenin başlangıç saati: ____:____

Görüşmenin bitiş saati: ____:____

Görüşülen kişinin,

Adı, soyadı:

Cep telefonu:

Ev telefonu:

Adresi (Mahalle adı, Apartman no, Daire no):

SONUÇ KODLARI

Görüşme sonucu	1. ziyaret	2. ziyaret	3. ziyaret
1. Tamamlandı			
2. Görüşme yarıda kaldı			
3. Kişi bulunamadı			
4. Reddetti (gerekçesini belirtiniz)			
5. Diğer, belirtiniz			
Görüşmecinin kanaati	1. Veriler güvenilir 2. Veriler güvenilir değil		

2. KRONİK SAĞLIK SORUNLARI (SİZDE DOKTORUN TANI KOYDUĞU AŞAĞIDAKİ KRONİK HASTALIKLAR YA DA DURUMLARDAN HERHANGİ BİRİ VAR MI?)

HASTALIK HİKAYESİ	EVETse→ HAYIRsa ↓	Bu hastalık için doktor tarafından reçete edilmiş herhangi bir ilaç/tedavi alıyor musunuz?	Hastalığınız ile ilgili ilaç kullanıyorsanız hangi ilaçlar olduğunu belirtiniz.	Hastalığınızın tedavisi için halihazırda hangilerini yapıyorsunuz? (BİRDEN ÇOK SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR.)	Ne kadar süredir hastasınız?	Bu hastalık için en son ne zaman doktora gittiniz?	Bu hastalık nedeniyle hiç hastanede yattınız mı?	Hastalığınızın sonucu nedir?
H1. Bir doktor veya sağlık çalışanı tarafından <u>tansiyonunuzun yüksek olduğu veya tansiyon hastalığınız olduğu hiç söylendi mi?</u>	→ ↓	1. Evet, düzenli alıyor 2. Evet, düzensiz alıyor 3. Hayır, almıyor 4. Diğer (belirtiniz)_____	İlaçlar: 98. Hatırlamıyor	1. İlaç kullanıyor 2. Fiziksel aktivite yapıyor 3. Diyet yapıyor 4. Bitkisel ürün kullanıyor. Belirtiniz _____ 5. Hiçbir şey yapmıyor 6. Diğer (belirtiniz)_____	____ay ____yıl 96. Gereksiz 98. Hatırlamıyor	____ay önce ____yıl önce 98. Hatırlamıyor	1. Evet 2. Hayır 98. Hatırlamıyor	1. Halen hasta 2. İyileşti 99. Bilmiyor
H2. Bir doktor veya sağlık çalışanı tarafından <u>kan şekerinizin yüksek olduğu veya şeker hastalığınızın olduğu hiç söylendi mi?</u>	→ ↓	1. Evet, düzenli alıyor 2. Evet, düzensiz alıyor 3. Hayır, almıyor 4. Diğer (belirtiniz)_____	İlaçlar: 98. Hatırlamıyor	1. İlaç kullanıyor 2. Fiziksel aktivite yapıyor 3. Diyet yapıyor 4. Bitkisel ürün kullanıyor. Belirtiniz _____ 5. Hiçbir şey yapmıyor 6. Diğer (belirtiniz)_____	____ay ____yıl 96. Gereksiz 98. Hatırlamıyor	____ay önce ____yıl önce 98. Hatırlamıyor	1. Evet 2. Hayır 98. Hatırlamıyor	1. Halen hasta 2. İyileşti 99. Bilmiyor
H3. Bir doktor veya sağlık çalışanı tarafından <u>kolesterolünüzün yüksek olduğu hiç söylendi mi?</u>	→ ↓	1. Evet, düzenli alıyor 2. Evet, düzensiz alıyor 3. Hayır, almıyor 4. Diğer (belirtiniz)_____	İlaçlar: 98. Hatırlamıyor	1. İlaç kullanıyor 2. Fiziksel aktivite yapıyor 3. Diyet yapıyor 4. Bitkisel ürün kullanıyor. Belirtiniz _____ 5. Hiçbir şey yapmıyor 6. Diğer (belirtiniz)_____	____ay ____yıl 96. Gereksiz 98. Hatırlamıyor	____ay önce ____yıl önce 98. Hatırlamıyor	1. Evet 2. Hayır 98. Hatırlamıyor	1. Halen hasta 2. İyileşti 99. Bilmiyor
H4. Hiç <u>kalp krizi geçirdinizi mi veya kalp hastalığı nedeni ile göğüs ağrınız oldu mu?</u>	→ ↓	1. Evet, düzenli alıyor 2. Evet, düzensiz alıyor 3. Hayır, almıyor 4. Diğer (belirtiniz)_____	İlaçlar: 98. Hatırlamıyor	1. İlaç kullanıyor 2. Fiziksel aktivite yapıyor 3. Diyet yapıyor 4. Bitkisel ürün kullanıyor. Belirtiniz _____ 5. Hiçbir şey yapmıyor 6. Diğer (belirtiniz)_____	____ay ____yıl 96. Gereksiz 98. Hatırlamıyor	____ay önce ____yıl önce 98. Hatırlamıyor	1. Evet 2. Hayır 98. Hatırlamıyor	1. Halen hasta 2. İyileşti 99. Bilmiyor

2. KRONİK SAĞLIK SORUNLARI (DEVAMI)

HASTALIK HİKAYESİ	EVETse→ HAYIRsa ↓	Bu hastalık için doktor tarafından reçete edilmiş herhangi bir ilaç/tedavi alıyor musunuz?	Hastalığınız ile ilgili ilaç kullanıyorsanız hangi ilaçlar olduğunu belirtiniz.	Hastalığınızın tedavisi için halihazırda hangilerini yapıyorsunuz? (BİR DEN ÇOK SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR.)	Ne kadar süredir hastasınız?	Bu hastalık için en son ne zaman doktora gittiniz?	Bu hastalık nedeniyle hiç hastanede yattınız mı?	Hastalığınızın sonucu nedir?
H5. Hiç inme/felç geçirdiniz mi?	→ ↓	1. Evet, düzenli alıyor 2. Evet, düzensiz alıyor 3. Hayır, almıyor 4. Diğer (belirtiniz)_____	İlaçlar: _____ 98. Hatırlamıyor	1. İlaç kullanıyor 2. Fiziksel aktivite yapıyor 3. Diyet yapıyor 4. Bitkisel ürün kullanıyor 5. Hiçbir şey yapmıyor 6. Diğer (belirtiniz)_____	____ ay ____ yıl 96. Gereksiz 98. Hatırlamıyor	____ ay önce ____ yıl önce 98. Hatırlamıyor	1. Evet 2. Hayır 98. Hatırlamıyor	1. Halen hasta 2. İyileşti 99. Bilmiyor
H6. Hekim tarafından tanısı konulmuş <u>astım</u> veya <u>Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığınız (KOAH/Amfizem/Kronik Bronşit)</u> var mı?	→ ↓	1. Evet, düzenli alıyor 2. Evet, düzensiz alıyor 3. Hayır, almıyor 4. Diğer (belirtiniz)_____	İlaçlar: _____ 98. Hatırlamıyor	1. İlaç kullanıyor 2. Bitkisel ürün kullanıyor 3. Hiçbir şey yapmıyor 4. Diğer (belirtiniz)_____	____ ay ____ yıl 96. Gereksiz 98. Hatırlamıyor	____ ay önce ____ yıl önce 98. Hatırlamıyor	1. Evet 2. Hayır 98. Hatırlamıyor	1. Halen hasta 2. İyileşti 99. Bilmiyor
H7. Hekim tarafından tanısı konulmuş <u>kanser</u> kanser hastalığınız var mı? Ne kanseriydi? _____ Hangi yıl tanı koyuldu? _____	→ ↓	1. Evet, düzenli alıyor 2. Evet, düzensiz alıyor 3. Hayır, almıyor 4. Diğer (belirtiniz)_____	İlaçlar: _____ 98. Hatırlamıyor	1. İlaç kullanıyor 2. Kemoterapi alıyor 3. Radyoterapi alıyor 4. Bitkisel ürün kullanıyor 5. Hiçbir şey yapmıyor 6. Diğer (belirtiniz)_____	____ ay ____ yıl 96. Gereksiz 98. Hatırlamıyor	____ ay önce ____ yıl önce 98. Hatırlamıyor	1. Evet 2. Hayır 98. Hatırlamıyor	1. Halen hasta 2. İyileşti 99. Bilmiyor
H8. Hekim tarafından tanısı konulmuş <u>Depresyon/Panik atak/Madde bağımlılığı</u> vb. var mı? Belirtiniz _____	→ ↓	1. Evet, düzenli alıyor 2. Evet, düzensiz alıyor 3. Hayır, almıyor 4. Diğer (belirtiniz)_____	İlaçlar: _____ 98. Hatırlamıyor	1. İlaç kullanıyor 2. Fiziksel aktivite yapıyor 3. Bitkisel ürün kullanıyor 4. Hiçbir şey yapmıyor 5. Diğer (belirtiniz)_____	____ ay ____ yıl 96. Gereksiz 98. Hatırlamıyor	____ ay önce ____ yıl önce 98. Hatırlamıyor	1. Evet 2. Hayır 98. Hatırlamıyor	1. Halen hasta 2. İyileşti 99. Bilmiyor
H9. Bu saydıklarım dışında hekim tarafından tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı? Belirtiniz _____	→ ↓	1. Evet, düzenli alıyor 2. Evet, düzensiz alıyor 3. Hayır, almıyor 4. Diğer (belirtiniz)_____	İlaçlar: _____ 98. Hatırlamıyor	1. İlaç kullanıyor 2. Fiziksel aktivite yapıyor 3. Bitkisel ürün kullanıyor 4. Hiçbir şey yapmıyor 5. Diğer (belirtiniz)_____	____ ay ____ yıl 96. Gereksiz 98. Hatırlamıyor	____ ay önce ____ yıl önce 98. Hatırlamıyor	1. Evet 2. Hayır 98. Hatırlamıyor	1. Halen hasta 2. İyileşti 99. Bilmiyor

Kaç yıldır GÜDÜL'de oturuyorsunuz? Belirtiniz _____

Yılın tamamında GÜDÜL'de oturuyor musunuz?

1. Evet (**5. BÖLÜME GEÇİNİZ**)

2. Hayır

Yılın kaç ayında GÜDÜL'de oturuyorsunuz? Belirtiniz _____

Yılın hangi aylarında GÜDÜL'de oturuyorsunuz? Belirtiniz _____

5. KONUT ÖZELLİKLERİ

KO1. Bu hanede kaç yıldır oturuyorsunuz?	_____ yıl	
KO2. Ev tipi nedir?	1. Müstakil _____ katlı 2. Apartman dairesi	
KO3. Eviniz kendinize mi ait, kira mı?	1. Kendilerine ait 2. Kira	
KO4. Evinizde kaç oda var?	_____	
KO5. Bu evde kullandığınız içme suyunun kaynağı nedir? (Birden çok seçenek işaretlenebilir.)	1. Şebeke suyu (Belediye) 2. Kuyu suyu 3. Kaynak suyu 4. Yağmur suyu	5. Tanker 6. Yüzey suyu (Irmak/dere/göl/gölet/baraj) 6. Şişe suyu/damacana/pet su
KO6. Tuvalet evin içinde mi dışında mı?	1. Tuvalet yok/umumi tuvalet 2. Evin içinde 3. Evin dışında	4. Evin içinde ve dışında 5. Diğer (belirtiniz) _____
KO7. Evinizde ne ile ısıniyorsunuz?	1. SOBA a. Doğalgaz b. Mazot/Gaz c. Odun/Kömür d. Diğer _____ 3. MERKEZİ SİSTEM a. Doğalgaz b. Mazot/Gaz c. Odun/Kömür d. Diğer _____	2. KAT KALORİFERİ/KOMBİ a. Doğalgaz b. Mazot/Gaz c. Diğer _____ 4. ELEKTRİKLİ ISITICI 5. KLİMA 6. Diğer (belirtiniz) _____
KO9. Tuvalette düşmemek için tutunmaya yönelik tutamak var mı?	1. Evet 2. Hayır	
KO10. Duş veya banyo küveti yanında düşmemek için tutunmaya yönelik tutamak var mı?	1. Evet 2. Hayır	
KO11. Ev içindeki kapılarda zeminden daha yüksekte olan eşik var mı?	1. Evet 2. Hayır	
KO12. Ev içi alanlarda, koridorlarda, kilim ve halı altlarında elektrik kabloları var mı?	1. Evet 2. Hayır	

GÖRÜŞÜLEN KİŞİ KADIN İSE '6. BÖLÜMDEN' DEVAM EDİLECEKTİR.

GÖRÜŞÜLEN KİŞİ ERKEK İSE '7. BÖLÜME' GEÇİLECEKTİR.

6. DOĞURGANLIK BİLGİLERİ

D1. Halen adet görüyor musunuz?	1. Adet görmeye başlamamış ('TÜTÜN KULLANIMI' BÖLÜMÜNE GEÇİNİZ.) 2. Evet, düzenli 3. Evet, düzensiz 4. Hayır, gebe 5. Hayır, menopoza girmiş
D2. İlk adet gördüğünüzde kaç yaşındaydınız?	Yaş _____ 98. Hatırlamıyor
D3. En son ne zaman adet gördünüz?	_____ ay önce _____ yıl önce 98. Hatırlamıyor
(HALA ADET GÖRENLERE BU SORU SORULMAYACAKTIR.) D4. Menopoza girme nedeniniz nedir?	1. Doğal menopoz 2. Cerrahi nedenlerle (histerektomi, ooferektomi) 3. Hormonal nedenlerle 99. Bilmiyor
D5. Hiç canlı doğum yaptınız mı?	1. Evet (Kaç canlı doğum yaptınız? _____) 2. Hayır (D7'ye geçiniz.)
D6. Halen yaşayan kaç çocuğunuz var?	Yaşayan çocuk sayısı _____
D7. Hiç (kendiliğinden) düşük yaptınız mı?	1. Evet (Sayısını belirtiniz _____) 2. Hayır
D8. Hiç isteyerek düşük yaptınız mı ya da çocuk aldirdınız mı?	1. Evet (Sayısını belirtiniz _____) 2. Hayır
D9. Hiç ölü doğum yaptınız mı?	1. Evet (Sayısını belirtiniz _____) 2. Hayır
D10. Gebeliklerinizin herhangi birinde belirtilen sağlık sorunlarını yaşadınız mı? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)	1. Çok iri bebek (4000 gr üstü) doğurma 2. Gebelik şekeri 3. Gebeliğe bağlı yüksek tansiyon 4. Gebeliğe bağlı kalp yetmezliği 5. Gebeliğe bağlı tiroid hastalıkları 6. Gebeliğe bağlı kan yağlarında yükseklik 7. Gebeliğe bağlı kansızlık 8. Gebeliğe bağlı pıhtı oluşumu 9. Gebeliğe bağlı kolestaz (kaşıntı, sarılık, koyu renk idrar ve açık renk dışkı olması) 10. Diğer, belirtiniz _____ 11. Hayır, yaşamamış 98. Hatırlamıyor

7. TÜTÜN KULLANIMI

Tütün ürünü: Tütün yaprağının tamamen ya da kısmen hammadde olarak kullanılması ile yapılan içme, burna çekme, emme ya da çiğneme amaçlı tüm ürünler.

T1. Şu anda sigara, sarma sigara, pipo, puro, nargile, elektronik sigara, çiğneme tütün gibi herhangi bir tütün ürünü kullanıyor musunuz?		1. Evet, hergün 2. Evet, ara sıra 2. Hayır (T7'YE GEÇİNİZ.)	
T2. Kullandığınız tütün ürünü/ürünlerini belirtiniz.	1. _____ 2. _____ 3. _____	T7. Geçmişte herhangi bir tütün ürünü kullandınız mı?	1. Evet ise kaç yıl _____ 2. Hayır (T11'E GEÇİNİZ.)
T3. Tütün ya da tütün ürünü kullanmaya başladığınızda kaç yaşındaydınız?	1. ürün _____ Yaş (yıl) 98. Hatırlamıyor 2. ürün _____ Yaş (yıl) 98. Hatırlamıyor 3. ürün _____ Yaş (yıl) 98. Hatırlamıyor	T8. Geçmişte, günlük/her gün tütün ya da tütün ürünü hiç kullandınız mı?	1. Evet ise kaç yıl _____ 2. Hayır
T4. Tütün ya da tütün ürünü ortalama olarak, her gün/haftada kaç tane içiyorsunuz? (Eğer günlükten az ise haftalık olarak kaydedin.)	1. ürün. Günde _____ tane Haftada _____ tane Diğer, belirtiniz _____ 2. ürün. Günde _____ tane Haftada _____ tane Diğer, belirtiniz _____ 3. ürün. Günde _____ tane Haftada _____ tane Diğer, belirtiniz _____	T9. Tütün ya da tütün ürünü kullanmayı bıraktığınızda kaç yaşındaydınız?	Yaş: _____ 98. Hatırlamıyor
T5. Geçtiğimiz 12 ay boyunca tütün ya da tütün ürünü bırakmayı denediniz mi?	1. Evet 2. Hayır	T10. Sigara (tütün) kullanmayı bırakmanızda en önemli neden hangisi idi?	1. Sağlığını korumak için 2. Hastalandığı için 3. Ailesi, arkadaşları bırakmasını istediği için 4. Kamu spotlarından etkilendiği için 5. Sağlık personeli (doktor, hemşire, eczacı vb.) önerdiği için 6. Diğer, belirtiniz _____ 98. Hatırlamıyor
T6. Geçtiğimiz 12 ay içinde, bir doktor veya herhangi bir sağlık çalışanına gittiğinizde sigara (tütün) içmeyi bırakmanız tavsiye edildi mi? (BU SORUYU YANITLADIKTAN SONRA T11'E GEÇİNİZ.)	1. Evet 2. Hayır 3. Geçtiğimiz 12 ay boyunca doktora gitmemiş.		
T11. Geçtiğimiz 30 gün içinde, evinizin içinde birisi tütün ya da tütün ürünü kullandı mı? (%50'sinden fazlası açık balkon hariç)	1. Evet 2. Hayır 98. Hatırlamıyor		
T12. Geçtiğimiz 30 gün içinde, işyerinizde birisi (çalışma alanında, binada veya belirli bir ofiste) kapalı alanlarda tütün ya da tütün ürünü kullandı mı?	1. Evet 2. Hayır 3. Çalışmıyor		
T13. Restoran ve kahvehane gibi kapalı mekanlarda ve kamusal alanlarda tütün kullanımını yasaklayan yasa uygulamaları hakkında ne düşünüyorsunuz?	1. Destekliyor 2. Desteklemiyor 97. Kararsız/Fikri yok		

8. ALKOL TÜKETİMİ

A1. Şimdiye kadar hiç alkollü içecek tükettiniz mi?	1. Evet 2. Hayır (9. BÖLÜME GEÇİNİZ.)
A2. Son 12 ay içinde alkollü bir içecek tükettiniz mi?	1. Evet 2. Hayır (9. BÖLÜME GEÇİNİZ.)
A3. Son 30 gün içinde alkollü bir içecek tükettiniz mi?	1. Evet 2. Hayır (9. BÖLÜME GEÇİNİZ.)
A4. Tükettiğiniz alkollü içeceğin cinsini ve günlük içme miktarını bardak/kadeh/kutu olarak belirtiniz.	Alkollü içeceğin adı _____ Günlük tüketilen miktar _____ bardak/kadeh/kutu

9. BESLENME

B1. Boy: _____ Vücut ağırlığı: _____	
B2. Ekmeğinizi kendiniz yapıyor musunuz?	1. Evet 2. Hayır
B3. En sık hangi tür ekmeği tüketirsiniz? (Birden çok seçenek işaretlenebilir.)	1. Beyaz (somun) 2. Bazlama/yufka ekmeği 3. Kepekli, çavdar, yulaflı, tam buğday 3. Ekmeği tüketmiyor
B4. Yemeklerde en sık hangi tür yağ kullanırsınız? (Birden çok seçenek işaretlenebilir.)	1. Tereyağ 2. Margarin 3. Zeytinyağı 4. Çiçek yağı, mısırözü, soya, fındık yağı gibi sıvı yağlar 5. Kuyruk yağı, iç yağ 6. Özellikle şudur diyemiyor 7. Kullanmıyor 8. Karıştırarak kullanıyor (Belirtiniz _____) 99. Bilmiyor
B5. Haftada ne sıklıkla şeker ilave edilmiş (gazlı/gazsız) meyve suyu, meyve nektarı, meyve konsantresi, meyveli şurup vb içecekler tüketirsiniz?	1. Her zaman 2. Sıklıkla 3. Bazen 4. Nadiren 5. Tüketmiyor 99. Bilmiyor
B6. Şeker ilave edilmiş çay, bitkisel çay veya kahveyi günde ne sıklıkla tüketirsiniz?	1. Her zaman 2. Sıklıkla 3. Bazen 4. Nadiren 5. Tüketmiyor 99. Bilmiyor
B7. Ne sıklıkla şeker oranı yüksek işlenmiş gıda tüketirsiniz? (Şekerleme, jöleli şekerler, sert/yumuşak şekerler; tüm çikolata türleri (ayrı satılan ya da ürünlere eklenmiş damla çikolata, sürülebilir çikolata, drajeler vb); şerbetli veya şuruplu tatlılar; kremalı, çikolata dolulu, jöleli kek; pasta, kurabiye gibi doğal hali değiştirilmiş gıdalar.)	1. Her zaman 2. Sıklıkla 3. Bazen 4. Nadiren 5. Tüketmiyor 99. Bilmiyor
B8. Yemek sofraya geldiğinde genellikle tadına bakmadan tuz atar mısınız?	1. Evet 2. Hayır
B9. Evde yemek pişirirken sıklıkla ne tür tuz kullanırsınız? (Birden çok seçenek işaretlenebilir.)	1. İyotlu 2. İyotsuz 3. Kaya tuzu/kaba tuz 4. Deniz tuzu 5. Diğer (Belirtiniz _____) 99. Bilmiyor
B10. Evde yemek pişirirken ne sıklıkla tuz, tuzlu çeşni, et tadı veren bulyonlar, baharat ve tuz içeriği yüksek hazır karışımlar vb veya tuzlu sos ekliyorsunuz?	1. Her zaman 2. Sıklıkla 3. Bazen 4. Nadiren 5. Eklemiyor 99. Bilmiyor/Fikri yok
B11. Ne sıklıkla tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketiyorsunuz? (Paketlenmiş tuzlu atıştırmalıklar, turşu ve konserve, ayaküstü restoranlarda hazırlanan tuzlu gıdalar, peynir, pastırma, sucuk, sosis, şalgam suyu ve işlenmiş et gibi doğal hali değiştirilmiş gıdalar.)	1. Her zaman 2. Sıklıkla 3. Bazen 4. Nadiren 5. Hiç tüketmiyor 99. Bilmiyor
B12. Genel olarak tuz tüketim alışkanlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?	1. Tuzsuz 2. Normal tuzlu (Günde 5 gr/1 tatlı kaşığı) 3. Tuzlu (Günde 5 gr/1 tatlı kaşığından fazla) 99. Bilmiyor/Fikri yok
B13. Günlük beslenmede tuzun azaltılmasının sağlık üzerine etkisi konusunda ne düşünüyorsunuz?	1. Çok önemli 2. Biraz önemli 3. Önemli değil 99. Bilmiyor

B14. Gıdaların üzerinde bulunan içindekiler etiketinden tuz ya da sodyum miktarına bakar mısınız?	1. Evet 2. Hayır 3. Bazen		
B15. Düşük tuz/sodyum içerikli ürünler satın alıyor musunuz?	1. Evet 2. Hayır 3. Bazen		
B16. Haftada ortalama kaç öğün evde hazırlanmamış yiyecek yersiniz? (Öğün olarak kastedilen kahvaltı, öğle yemeği ve akşam yemeği)	Sayı: _____ 99. Bilmiyor/Fikri yok/ Dikkat etmemiş		
B17. Günde kaç bardak su içersiniz?	Sayı: _____ 99. Bilmiyor/Dikkat etmemiş		
B18. Günde kaç öğün beslenirsiniz? (kavaltı, öğle yemeği, akşam yemeği)	_____ öğün		
B19. Belirtilen besin gruplarından ne sıklıkla tükettiğinizi belirtiniz.			
Süt ve süt ürünleri (Süt, yoğurt, peynir vb)	0. Tüketmiyor 1. Her gün 2. Haftada 5-6 kez 3. Haftada 3-4 kez 4. Haftada 1-2 kez 5. 15 günde 1 kez 6. Ayda 1 kez	Ekmek ve tahıllar (Bulgur, pirinç, makarna vb)	0. Tüketmiyor 1. Her gün 2. Haftada 5-6 kez 3. Haftada 3-4 kez 4. Haftada 1-2 kez 5. 15 günde 1 kez 6. Ayda 1 kez
Et, yumurta, kuru baklagiller ve yağlı tohumlar (Kırmızı et, balık, tavuk), (mercimek, kurufasulye, nohut vb), (ceviz, fındık, badem vb)	0. Tüketmiyor 1. Her gün 2. Haftada 5-6 kez 3. Haftada 3-4 kez 4. Haftada 1-2 kez 5. 15 günde 1 kez 6. Ayda 1 kez	Sebze ve Meyve grubu (Her gün tüketiyorsa porsiyon sayısını yazınız.) _____ porsiyon meyve _____ porsiyon sebze	0. Tüketmiyor 1. Her gün 2. Haftada 5-6 kez 3. Haftada 3-4 kez 4. Haftada 1-2 kez 5. 15 günde 1 kez 6. Ayda 1 kez

(MEYVE İÇİN-1 PORSİYON: 1 ELMA YA DA 1 ŞEFTALİ YA DA 2 MANDALINA YA DA 1 DİLİM KARPUZ YA DA 1 DİLİM KAVUN YA DA 4 KAYISI YA DA 6 ERİK YA DA YARIM NAR YA DA YARIM GREYFURT YA DA 10 ÇİLEK)- TOPLAM MEYVE PORSİYONUNU YAZIN.

(SEBZE İÇİN -1 PORSİYON: 4 YEMEK KAŞIĞI PIŞMIŞ SEBZE YA DA HAVUÇ, DOMATES, ENGİNAR GİBİ SEBZELERDEN BİR TANESİ YA DA 1 KASE SALATA) TOPLAM PORSİYONU HESAPLAYIP YAZIN.

10. FİZİKSEL AKTİVİTE (BEDENSEL FAALİYET) (ORTA VE ŞİDDETLİ FİZİKSEL AKTİVİTE TANIMINI YAPINIZ.)

Haftada en az 150 dk orta yoğunlukta fiziksel aktivite veya en az 75 dakika şiddetli (ağır) fiziksel aktivite yapıyor musunuz?	1. Evet 2. Hayır
--	---------------------

Bu bölümdeki sorular son 7 gün içinde fiziksel aktivitede harcanan zamanla ilgilidir. Lütfen son 7 günde yaptığınız şiddetli fiziksel aktiviteleri düşünün. (işte, evde, bahçede, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarda yaptığınız spor, egzersiz, eğlence vb).

Şiddetli fiziksel aktiviteler yoğun fiziksel efor (çaba) gerektiren ve nefes alıp verme temposunun normalden çok daha fazla olduğu aktivitelerdir. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika süre ile yaptığınız aktiviteleri düşünün.	
F1. Geçen 7 gün içinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet sürme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?	Haftada _____ gün 0. Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. (F3'E GEÇİNİZ.)
F2. Bu günlerin birinde şiddetli (ağır) fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?	Günde ____ saat Günde ____ dakika Bilmiyorum/Emin değilim
Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derecede fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.	
F3. Geçen 7 gün içinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklete binme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? (Yürüme hariç.)	Haftada _____ gün 0. Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. (F5'E GEÇİNİZ.)
F4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?	Günde ____ saat Günde ____ dakika Bilmiyorum/Emin değilim
Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu iş yerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.	
F5. Geçen 7 gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?	Haftada _____ gün 0. Yürümedim. (F7'YE GEÇİNİZ.)
F6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?	Günde ____ saat Günde ____ dakika Bilmiyorum/Emin değilim
Geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.	
F7. Geçen 7 gün içinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?	Günde ____ saat Günde ____ dakika Bilmiyorum/Emin değilim

11. KAZA VE YARALANMA

KY1. Son 12 ay içinde,sağlık kuruluşuna gitmeyi gerektirecek bir yaralanma ile sonuçlanan herhangi bir kaza geçirdiniz mi?	1. Evet 2. Hayır (12. BÖLÜME GEÇİNİZ.) 99. Bilmiyor (12. BÖLÜME GEÇİNİZ.)
KY2. Yaralanma ile sonuçlanan en son kazanın nedenini belirtiniz.	1. Trafik kazası 2. Ev kazası 3. İş kazası (mesleğini yaparken) 4. Diğer (belirtiniz)_____
KY3. Kaza sonrasında tıbbi tedaviye ihtiyaç duyuldu mu?	1. Evet, ayaktan tedavi almış 2. Evet, hastaneden yatarak tedavi almış 3. Hayır, tedaviye ihtiyaç olmamış

12. KANSER TARAMA TESTLERİ

KT1. Kanser taramalarının Aile Sağlığı Merkezleri ve Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) ücretsiz olarak yapıldığını duyduunuz mu?	1. Evet 2. Hayır 98. Hatırlamıyor
KT2. (BU SORU 50 YAŞ ÜZERİ KATILIMCILARA SORULACAKTIR.) Gaitada Gizli Kan (Dışkıda kan) testini en son ne zaman yaptırdınız?	1. Son 12 ay içerisinde 2. 1 yıldan çok, 2 yıldan az süre içerisinde 3. 2 yıldan çok, 5 yıldan az süre içerisinde 4. 5 yıldan fazla süre önce 5. Hiç yaptırmamış 98. Hatırlamıyor
KT3. Son 10 yılda kolonoskopi yaptırdınız mı?	1. Evet 2. Hayır 98. Hatırlamıyor
KT4. (BU SORU 40-69 YAŞ ARASI KADIN KATILIMCILARA SORULACAKTIR.) En son ne zaman mamografi (meme filmi) çektirdiniz?	1. Son 12 ay içerisinde 2. 1 yıldan çok, 2 yıldan az süre içerisinde 3. 2 yıldan çok, 5 yıldan az süre içerisinde 4. 5 yıldan fazla süre önce 5. Hiç yaptırmamış 98. Hatırlamıyor
KT5. (BU SORU 30-65 YAŞ ARASI KADIN KATILIMCILARA SORULACAKTIR.) En son ne zaman servikal smear/HPV (rahim ağzı sürüntüsü) testi yaptırdınız?	1. Son 12 ay içerisinde 2. 1 yıldan çok, 2 yıldan az süre içerisinde 3. 2 yıldan çok, 5 yıldan az süre içerisinde 4. 5 yıldan fazla süre önce 5. Hiç yaptırmamış 98. Hatırlamıyor

Son bir yıl içinde sadece kontrol amacıyla doktora gittiniz mi? (Check-up amaçlı)	1. Evet _____gün/ay önce 2. Hayır
---	--------------------------------------

13. SAĞLIKLI YAŞAM ÖNERİLERİ

SON 12 AY İÇİNDE, DOKTOR VEYA BİR SAĞLIK ÇALIŞANI SİZE,

O1. Sigarayı bırakmanızı önerdi mi?	1. Evet 2. Hayır
O2. Sigaraya başlamamanızı önerdi mi?	1. Evet 2. Hayır
O3. Diyetteki tuz alımını azaltmanızı önerdi mi?.	1. Evet 2. Hayır
O4. Günde en az 5 porsiyon meyve ve/veya sebze yemenizi önerdi mi?	1. Evet 2. Hayır
O5. Yemeklerde yağı azaltmanızı önerdi mi?.	1. Evet 2. Hayır
O6. Fiziksel aktivite yapmaya başlamanızı önerdi mi?	1. Evet 2. Hayır
O7. Fiziksel aktiviteyi arttırmanızı önerdi mi?	1. Evet 2. Hayır
O8. Kilo vermenizi önerdi mi?	1. Evet 2. Hayır
O9. Kilonuzu korumanızı önerdi mi?	1. Evet 2. Hayır

Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1. Kötü	2. Orta (fena değil)	3. İyi	4. Çok İyi	5. Mükemmel
---------	----------------------	--------	------------	-------------

14. GENEL SAĞLIK ANKETİ

(AÇIKLAMA KATILIMCILARA ARAŞTIRMACI TARAFINDAN OKUNACAKTIR. HER BİR MADDE VE İLGİLİ SEÇENEKLER KATILIMCIYA OKUNARAK, VERİLEN CEVAP YUVARLAK İÇİNE ALINACAKTIR.)

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. **Bütün sorular** için size en uygun cevabı belirtiniz. Geçmişteki değil, **yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi** sorduğumuzu unutmayınız.

Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.

Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	Hayır hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?	Her zamankinden iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık hissetmiyorum
Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok sık
Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?	Hayır, hiç kaybetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden fazla	Çok fazla
Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	Hayır, hiç görmüyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık

ÇALIŞMAMIZA KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

EK 2: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 18869557 -1602

Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 11 EYLÜL 2018 SALI
Toplantı No : 2018/21
Proje No : GO 18/803 (Değerlendirme Tarihi: 11.09.2018)
Karar No : GO 18/803-24

Üniversitemiz Halk Sağlığı Enstitüsü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIS'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Arş. Gör. Dr. Tuğçe Meliha ŞANVER'in uzmanlık tezi olan, GO 18/803 kayıt numaralı "Ankara III Güneş İlçe Merkezinde Yayıgın 18 Yaş Üstü Nüfusuna Beyanla Doğru Bulunmayan Hastalık Sıklığı ve İlgili Risk Faktörlerinin Saptanması" başlıklı proje özerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydıyla 01 Ekim 2018 - 01 Temmuz 2019 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Nurtan AKARSLU	(Başkan)	10 Doç. Dr. Gözde GİRGİN	(Üye)
2. Prof. Dr. Sevdâ F. MÜFTÜOĞLU	(Üye)	İZİMLİ	(Üye)
3. Prof. Dr. M. Yıldırım AKYIL	(Üye)	11 Doç. Dr. Fatma Visal OKUR	(Üye)
İZİMLİ		12. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)
4. Prof. Dr. Neezet SAĞLAM	(Üye)	13. Doç. Dr. H. Hüsnüv TURNAGÖL	(Üye)
5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUĞRAÇI	(Üye)	14. Dr. Öğr. Üyesi Özyay GÖKÖZ	(Üye)
İZİMLİ		15. Dr. Öğr. Üyesi Mhçge DEMİR	(Üye)
6. Prof. Dr. R. Kükül ÖZGÜL	(Üye)	İZİMLİ	
7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Üye)	16. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN	(Üye)
8. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL	(Üye)	17. Av. Meltem ONURLU	(Üye)
İZİMLİ			
9. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU	(Üye)		

EK 3

T.C.
GÜDÜL KAYMAKAMLIĞI
Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : 35261814-000-E.1326
Konu : Çalışma İzni

10/10/2018

D O S Y A

İlgi : Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğünün 02.10.2018 tarih ve 259123 sayılı yazısı.

Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğünün ilgi sayılı yazısı gereği, Tıp Fakültesi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ danışmanlığında, Arş.Gör.Dr. Tuğçe Mehlika ŞANVER'in uzmanlık tezi olan ve Gârişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik kurulu Komisyonunun 11.09.2018 tarih ve 1602 sayılı kararıyla etik açıdan uygun bulunan "Ankara GÜDÜL İlçe Merkezinde yaşayan 18 yaş üstü nüfusun beyana dayalı bulaşıcı olmayan hastalık sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin saptanması" konulu tez çalışmasının, 01 Ekim 2018-30 Ekim 2018 tarihleri arasında yapılmasına Kaymakamlığımızca izin verilmiş olup,

Bilgi ve gereğini rica ederim.

Doğan DİNÇ
Kaymakam

DAĞITIM :
Güdül İlçe Emniyet Müdürlüğüne
Güdül İlçe Jandarma Komutanlığına

10/10/2018 Yazı İşleri Müdürü : Öznur EROĞLU

*Bu belge elektronik ortamda. İmza suretinin aslına göndermek için <http://www.gudul.gov.tr/EvriklDogrulama> adresine girerek (4x4:00y-m0F0G1-ba86/+-/0d00X-9tu588dKK) kodunu yazınız.

İlâkâat Kuvâyi Gâhibe/Verâk
Telefon No: (312)728 1081 Faks No: (312)728 30 14
e-Posta: ilg@gucl.gov.tr İnternet Adresi: <http://www.gudul.gov.tr>

İlgi İyâ Öznur EROĞLU
YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Telefon No:

EK 4



EK 5

Tablo 1. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine, BKİ ve fiziksel aktivite yapma durumlarına göre beyana dayalı hipertansiyon görülme durumlarının cinsiyete göre dağılımları (Güdül, Kasım 2018).

Özellik	Hipertansiyon				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yaş (n=526)						
Kadın	Ortanca altı (<53)	32	16,2	166	83,8	<0,001
	Ortanca ve üstü (≥53)	156	75,0	52	25,0	
Erkek	Ortanca altı (<53)	3	4,7	61	95,3	<0,001
	Ortanca ve üstü (≥53)	30	53,6	26	46,4	
Öğrenim durumu (n=526)						
Kadın	İlkokul ve altı ¹	159	62,6	95	37,4	<0,001
	İlköğretim/ortaokul ¹	22	37,3	37	62,7	
	Lise/Üniversite/Yüksekokul ¹	7	7,5	86	92,5	
Erkek	İlkokul ve altı	16	38,1	26	61,9	0,074
	İlköğretim/ortaokul	8	30,8	18	69,2	
	Lise/Üniversite/Yüksekokul	9	17,3	43	82,7	
Çalışma durumu (n=526)						
Kadın	Çalışan	11	19,3	46	80,7	<0,001
	Çalışmayan	177	50,7	172	49,3	
Erkek	Çalışan	11	14,1	67	85,9	<0,001
	Çalışmayan	22	52,4	20	47,6	
Beden Kitle İndeksi (n=526)						
Kadın	Zayıf/Normal ¹	9	15,5	49	84,5	<0,001
	Fazla kilolu ¹	37	34,3	71	65,7	
	Obez ¹	142	59,2	98	40,8	
Erkek	Zayıf/Normal	9	30,0	31	70,0	0,748
	Fazla kilolu	13	24,1	41	75,9	
	Obez	11	30,6	25	69,4	
UFAA'ya göre (n=526)						
Kadın	Düşük fiziksel aktivite düzeyi	154	46,2	179	53,8	0,567 ²
	Orta fiziksel aktivite düzeyi	34	47,9	37	52,1	
	Yüksek fiziksel aktivite düzeyi	-	-	2	100,0	
Erkek	Düşük fiziksel aktivite düzeyi	12	26,1	34	73,9	0,022
	Orta fiziksel aktivite düzeyi	21	35,6	38	64,4	
	Yüksek fiziksel aktivite düzeyi ¹	-	-	15	100,0	
DSÖ'ye göre (n=526)						
Kadın	Yetersiz fiziksel aktivite	154	46,5	177	53,5	0,852
	Yeterli fiziksel aktivite	34	45,3	41	54,7	
Erkek	Yetersiz fiziksel aktivite	12	27,3	32	72,7	0,966
	Yeterli fiziksel aktivite	21	27,6	55	72,4	
Toplam		221	42,0	305	58,0	

¹İstatistiksel anlamlılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

²Exact Tests düzeltmesi p değeri

Tablo 2. Katılımcıların bazı risk faktörlerine göre beyana dayalı hipertansiyon görülme durumunun cinsiyete göre dağılımı (Güdül, Kasım 2018).

Özellik	Hipertansiyon				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Tütün (n=526)						
Kadın	Kullanan	16	26,7	44	73,3	0,001
	Kullanmayan	172	49,7	174	50,3	
Erkek	Kullanan	13	22,8	44	77,2	0,273
	Kullanmayan	20	31,7	43	68,3	
Son 1 yıl içinde alkol kullanımı (n=526)						
Kadın	Kullanan	1	20,0	4	80,0	0,379 ¹
	Kullanmayan	187	46,6	214	53,4	
Erkek	Kullanan	1	6,7	14	93,3	0,065 ¹
	Kullanmayan	32	30,5	73	69,5	
Yemeğe tadına bakmadan tuz ekleme (n=526)						
Kadın	Ekleyen	19	36,5	33	63,5	0,130
	Eklemeyen	169	47,7	185	52,3	
Erkek	Ekleyen	4	17,4	19	82,6	0,227
	Eklemeyen	29	29,9	68	70,1	
Yemeğe tuz/tuzlu çeşni ekleme sıklığı (n=525)²						
Kadın	Her zaman/sıklıkla ⁴	153	44,3	192	55,7	0,030
	Bazen/nadiren	22	50,0	22	50,0	
	Eklemiyor ⁴	13	76,5	4	23,5	
Erkek	Her zaman/sıklıkla	26	25,2	77	74,8	0,085 ³
	Bazen/nadiren	3	30,0	7	70,0	
	Eklemiyor	4	66,7	2	33,3	
Tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketim sıklığı (n=526)						
Kadın	Her zaman/sıklıkla ⁵	26	25,0	78	75,0	<0,001
	Bazen/nadiren ⁵	115	47,5	127	52,5	
	Tüketmiyor ⁵	47	78,3	13	21,7	
Erkek	Her zaman/sıklıkla	8	21,1	30	78,9	0,305
	Bazen/nadiren	18	34,6	34	65,4	
	Tüketmiyor	7	23,3	23	76,7	
Toplam		221	42,0	305	58,0	

¹Fisher's Exact Test

²Bir kişi yemeğe tuz/tuzlu çeşni ekleme sıklığını bilmemektedir.

³Exact Tests düzeltmesi p değeri

⁴İstatistiksel anlamlılık bu iki grup arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

⁵İstatistiksel anlamlılık bu gruplardan kaynaklanmaktadır.

Tablo 3. Katılımcılarda beyana dayalı diyabet, kolesterol yüksekliği, koroner kalp hastalığı varlığına ve GSA puanına göre beyana dayalı hipertansiyon görülme durumunun cinsiyete göre dağılımı (Güdül, Kasım 2018).

Özellik	Hipertansiyon				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Diyabet (n=526)						
Kadın	Var	79	81,4	18	18,6	<0,001
	Yok	109	35,3	200	64,7	
Erkek	Var	8	72,7	3	27,3	0,001 ¹
	Yok	25	22,9	84	77,1	
Yüksek kolesterol (n=526)						
Kadın	Var	73	80,2	18	19,8	<0,001
	Yok	115	36,5	200	63,5	
Erkek	Var	7	70,0	3	30,0	0,004 ¹
	Yok	26	23,6	84	76,4	
Koroner kalp hastalığı (n=526)						
Kadın	Var	46	81,7	11	18,3	<0,001
	Yok	139	40,2	207	59,8	
Erkek	Var	11	64,7	6	35,3	0,001 ¹
	Yok	22	21,4	81	78,6	
GSA (n=526)						
Kadın	<2	156	45,2	189	54,8	0,296
	≥2	32	52,5	29	47,5	
Erkek	<2	28	27,5	74	72,5	1,000 ¹
	≥2	5	27,8	13	72,2	
Toplam		221	42,0	305	58,0	

¹Fisher's Exact Test

Tablo 4. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine, BKİ ve fiziksel aktivite yapma durumlarına göre beyana dayalı diyabet görülme durumlarının cinsiyete göre dağılımları (Güdül, Kasım 2018).

Özellik	Diyabet				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yaş (n=526)						
Kadın	Ortanca altı (<53)	15	7,6	183	92,4	<0,001
	Ortanca ve üstü (≥53)	82	39,4	126	60,6	
Erkek	Ortanca altı (<53)	2	3,1	62	96,9	0,014
	Ortanca ve üstü (≥53)	9	16,1	47	83,9	
Öğrenim durumu (n=526)						
Kadın	İlkokul ve altı	80	31,5	174	68,5	<0,001
	İlköğretim/ortaokul	12	20,3	47	79,7	
	Lise/Üniversite/Yüksekokul ¹	5	5,4	88	94,6	
Erkek	İlkokul ve altı	5	11,9	37	88,1	0,784 ²
	İlköğretim/ortaokul	2	7,7	24	92,3	
	Lise/Üniversite/Yüksekokul	4	7,7	48	92,3	
Çalışma durumu (n=526)						
Kadın	Çalışan	7	12,3	50	87,7	0,027
	Çalışmayan	90	25,8	259	74,2	
Erkek	Çalışan	7	9,0	71	91,0	1,000 ³
	Çalışmayan	4	9,5	38	90,5	
Beden Kitle İndeksi (n=526)						
Kadın	Zayıf/Normal ¹	1	1,7	57	98,3	<0,001
	Fazla kilolu ¹	14	13,0	94	87,0	
	Obez ¹	82	34,2	158	65,8	
Erkek	Zayıf/Normal	1	3,3	29	96,7	0,168 ²
	Fazla kilolu	4	7,4	50	92,6	
	Obez	6	16,7	30	83,3	
UFAA'ya göre (n=526)						
Kadın	Düşük fiziksel aktivite düzeyi	83	24,9	250	75,1	0,430 ²
	Orta fiziksel aktivite düzeyi	14	19,7	57	80,3	
	Yüksek fiziksel aktivite düzeyi	-	-	2	100,0	
Erkek	Düşük fiziksel aktivite düzeyi	4	8,7	42	91,3	0,449 ²
	Orta fiziksel aktivite düzeyi	7	11,9	52	88,1	
	Yüksek fiziksel aktivite düzeyi	-	-	15	100,0	
DSÖ'ye göre (n=526)						
Kadın	Yetersiz fiziksel aktivite	83	25,1	248	74,9	0,240
	Yeterli fiziksel aktivite	14	18,7	61	81,3	
Erkek	Yetersiz fiziksel aktivite	3	6,8	41	93,2	0,744 ³
	Yeterli fiziksel aktivite	8	10,5	68	89,5	
Toplam		108	20,5	418	79,5	

¹İstatistiksel anlamlılık bu gruplardan kaynaklanmaktadır.

²Exact Tests düzeltmesi p değeri

³Fisher's Exact Test

Tablo 5. Katılımcılarda beyana dayalı diyabet görülme durumuna göre şekerli içecek ve şekerli işlenmiş gıda tüketimlerinin cinsiyete göre dağılımı.

Özellik	Diyabet				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde ¹	Sayı	Yüzde ¹		
Şekerli içecek tüketim sıklığı (n=526)						
Kadın	Her zaman/sıklıkla	7	7,2	34	11,0	0,098
	Bazen/nadiren	41	42,3	156	50,5	
	Eklemiyor	49	50,5	119	38,5	
Erkek	Her zaman/sıklıkla	-	-	13	11,9	0,005 ²
	Bazen/nadiren ³	2	18,2	61	56,0	
	Eklemiyor ³	9	81,8	35	32,1	
Şekerli çay/kahve tüketim sıklığı (n=526)						
Kadın	Her zaman/sıklıkla ³	30	30,9	141	45,6	0,027
	Bazen/nadiren	10	10,3	19	6,1	
	Tüketmiyor	57	58,8	149	48,2	
Erkek	Her zaman/sıklıkla	6	54,5	75	68,8	0,309 ²
	Bazen/nadiren	-	-	6	5,5	
	Tüketmiyor	5	45,5	28	25,7	
Şekerli işlenmiş gıda tüketim sıklığı (n=526)						
Kadın	Her zaman/sıklıkla ³	9	9,3	77	24,9	<0,001
	Bazen/nadiren ³	58	59,8	185	59,9	
	Tüketmiyor ³	30	30,9	57	15,2	
Erkek	Her zaman/sıklıkla	-	-	28	25,7	0,006 ²
	Bazen/nadiren	4	36,4	57	52,3	
	Tüketmiyor ³	7	63,6	24	22,0	
Toplam⁴		108	20,5	418	79,5	

¹Sütun yüzdesi alınmıştır.

²Exact Tests düzeltmesi p değeri

³İstatistiksel anlamlılık bu gruplardan kaynaklanmaktadır.

⁴Satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 6. Katılımcıların bazı riskli davranışları ile beyana dayalı hipertansiyon, kolesterol yüksekliği ve koroner kalp hastalığı varlığına göre beyana dayalı diyabet görülme durumlarının cinsiyete göre dağılımı .

Özellik	Diyabet				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Tütün (n=526)						
Kadın	Kullanan	10	16,7	50	83,3	0,155
	Kullanmayan	87	25,1	259	74,9	
Erkek	Kullanan	4	7,0	53	93,0	0,438
	Kullanmayan	7	11,1	56	88,9	
Son 1 yıl içinde alkol kullanımı (n=526)						
Kadın	Kullanan	1	20,0	4	80,0	1,000 ¹
	Kullanmayan	96	23,9	305	76,1	
Erkek	Kullanan	1	6,7	14	93,3	1,000 ¹
	Kullanmayan	10	9,5	95	90,5	
Hipertansiyon (n=526)						
Kadın	Var	79	42,0	109	58,0	<0,001
	Yok	18	8,3	200	91,7	
Erkek	Var	8	24,2	25	75,8	0,001 ¹
	Yok	3	3,4	84	96,6	
Yüksek kolesterol (n=526)						
Kadın	Var	48	52,7	43	47,3	<0,001
	Yok	49	15,6	266	84,4	
Erkek	Var	5	50,0	5	50,0	<0,001 ¹
	Yok	6	5,5	104	94,5	
Koroner Kalp Hastalığı (n=526)						
Kadın	Var	31	51,7	29	48,3	<0,001
	Yok	66	19,1	280	80,9	
Erkek	Var	4	23,5	13	76,5	0,049 ¹
	Yok	7	6,8	96	93,2	
Toplam		108	20,5	418	79,5	

¹Fisher's Exact Test

Tablo 7. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine, BKİ ve fiziksel aktivite yapma durumlarına göre beyana dayalı kolesterol yüksekliği görülme durumlarının cinsiyete göre dağılımları (Güdül, Kasım 2018).

Özellik	Kolesterol yüksekliği				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yaş (n=526)						
Kadın	Ortanca altı (<53)	19	9,6	179	90,4	<0,001
	Ortanca ve üstü (≥53)	72	34,6	136	65,4	
Erkek	Ortanca altı (<53)	2	3,1	62	96,9	0,044 ¹
	Ortanca ve üstü (≥53)	8	14,3	48	85,7	
Öğrenim durumu (n=526)						
Kadın	İlkokul ve altı ²	78	30,7	176	69,3	<0,001
	İlköğretim/ortaokul ²	9	15,3	50	84,7	
	Lise/Üniversite/Yüksekokul ²	4	4,3	89	95,7	
Erkek	İlkokul ve altı	7	16,7	35	83,3	0,063 ³
	İlköğretim/ortaokul	1	3,8	25	96,2	
	Lise/Üniversite/Yüksekokul	2	3,8	50	96,2	
Çalışma durumu (n=526)						
Kadın	Çalışan	7	12,3	50	87,7	0,048
	Çalışmayan	84	24,1	265	75,9	
Erkek	Çalışan	5	6,4	73	93,6	0,317 ¹
	Çalışmayan	5	11,9	37	88,1	
Beden Kitle İndeksi (n=526)						
Kadın	Zayıf/Normal	4	6,9	54	93,1	<0,001
	Fazla kilolu	17	15,7	91	84,3	
	Obez ²	70	29,2	170	70,8	
Erkek	Zayıf/Normal	2	6,7	28	93,3	0,400 ³
	Fazla kilolu	3	5,6	51	94,4	
	Obez	5	13,9	31	86,1	
UFAA'ya göre (n=526)						
Kadın	Düşük fiziksel aktivite düzeyi	78	23,4	255	76,6	0,462 ³
	Orta fiziksel aktivite düzeyi	13	18,3	58	81,7	
	Yüksek fiziksel aktivite düzeyi	-	-	2	100,0	
Erkek	Düşük fiziksel aktivite düzeyi	2	4,3	44	95,7	0,384 ³
	Orta fiziksel aktivite düzeyi	7	11,9	52	88,1	
	Yüksek fiziksel aktivite düzeyi	1	6,7	14	93,3	
DSÖ'ye göre (n=526)						
Kadın	Yetersiz fiziksel aktivite	78	23,6	253	76,4	0,243
	Yeterli fiziksel aktivite	13	17,3	62	82,7	
Erkek	Yetersiz fiziksel aktivite	2	4,5	42	95,5	0,322 ¹
	Yeterli fiziksel aktivite	8	10,5	68	89,5	
Toplam		101	19,2	425	80,8	

¹Fisher's Exact Test

²İstatistiksel anlamlılık bu gruplardan kaynaklanmaktadır.

³Exact Tests düzeltilmesi p değeri

Tablo 8. Katılımcıların bazı riskli davranışlarına ve yağ kullanımlarına göre beyana dayalı yüksek kolesterol görülme durumunun cinsiyete göre dağılımı (Güdül, Kasım 2018).

Özellik	Kolesterol yüksekliği				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Tütün (n=526)						
Kadın	Kullanan	13	21,7	47	78,3	0,881
	Kullanmayan	78	22,5	268	77,5	
Erkek	Kullanan	3	5,3	54	94,7	0,329 ¹
	Kullanmayan	7	11,1	56	88,9	
Son 1 yıl içinde alkol kullanımı (n=526)						
Kadın	Kullanan	2	40,0	3	60,0	0,312 ¹
	Kullanmayan	89	22,2	312	77,8	
Erkek	Kullanan	1	6,7	14	93,3	1,000 ¹
	Kullanmayan	9	8,6	96	91,4	
Tereyağı kullanımı (n=525)²						
Kadın	Var	38	18,5	167	81,5	0,058
	Yok	53	26,4	148	73,6	
Erkek	Var	8	9,9	73	90,1	0,499 ¹
	Yok	2	5,3	36	94,7	
Margarin kullanımı (n=526)						
Kadın	Var	10	34,5	19	65,5	0,564
	Yok	81	21,5	296	78,5	
Erkek	Var	3	11,1	24	88,9	0,693 ¹
	Yok	7	7,6	85	92,4	
Zeytinyağı kullanımı (n=526)						
Kadın	Var	39	23,9	124	76,1	0,549
	Yok	52	21,4	191	78,6	
Erkek	Var	6	10,0	54	90,0	0,743 ¹
	Yok	4	6,8	55	93,2	
Toplam		101	19,2	425	80,8	

¹Fisher's Exact Test

²Bir katılımcı yemeklerde kullanılan yağ türünü bilmediğini belirtmiştir.

Tablo 9. Katılımcılarda beyana dayalı hipertansiyon, diyabet, koroner kalp hastalığı ve inme/felç varlığına göre beyana dayalı kolesterol yüksekliği görülme durumunun cinsiyete göre dağılımı (Güdül, Kasım 2018).

Özellik	Kolesterol yüksekliği				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Hipertansiyon (n=526)						
Kadın	Var	73	38,8	115	61,2	<0,001
	Yok	18	8,3	200	91,7	
Erkek	Var	7	21,2	26	78,8	0,004 ¹
	Yok	3	3,4	84	96,6	
Diyabet (n=526)						
Kadın	Var	48	49,5	49	50,5	<0,001
	Yok	43	13,9	266	86,1	
Erkek	Var	5	45,5	6	54,5	<0,001 ¹
	Yok	5	4,6	104	95,4	
Koroner Kalp Hastalığı (n=526)						
Kadın	Var	26	43,3	34	56,7	<0,001
	Yok	65	18,8	281	81,2	
Erkek	Var	6	35,3	11	64,7	0,001 ¹
	Yok	4	3,9	99	96,1	
İnme/felç (n=526)						
Kadın	Var	6	60,0	4	40,0	0,010 ¹
	Yok	85	21,5	311	78,5	
Erkek	Var	-	-	2	100,0	1,000 ¹
	Yok	10	8,5	108	91,5	
Toplam		101	19,2	425	80,8	

¹ Fisher's Exact Test

Tablo 10. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine, BKİ ve fiziksel aktivite yapma durumlarına göre beyana dayalı koroner kalp hastalığı görülme durumlarının cinsiyete göre dağılımları (Güdül, Kasım 2018).

Özellik	Koroner Kalp Hastalığı				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yaş (n=526)						
Kadın	Ortanca altı (<53)	8	4,0	190	96,0	<0,001
	Ortanca ve üstü (≥53)	52	25,0	156	75,0	
Erkek	Ortanca altı (<53)	1	1,6	63	98,4	<0,001
	Ortanca ve üstü (≥53)	16	28,6	40	71,4	
Öğrenim durumu (n=526)						
Kadın	İlkokul ve altı ¹	50	19,7	204	80,3	0,001
	İlköğretim/ortaokul	6	10,2	53	89,8	
	Lise/Üniversite/Yüksekokul ¹	4	4,3	89	95,7	
Erkek	İlkokul ve altı ²	12	28,6	30	71,4	0,004
	İlköğretim/ortaokul	2	7,7	24	92,3	
	Lise/Üniversite/Yüksekokul	3	5,8	49	94,2	
Çalışma durumu (n=526)						
Kadın	Çalışan	2	3,5	55	96,5	0,010
	Çalışmayan	58	16,6	291	83,4	
Erkek	Çalışan	5	6,4	73	93,6	0,001
	Çalışmayan	12	28,6	30	71,4	
Beden Kitle İndeksi (n=526)						
Kadın	Zayıf/Normal	6	10,3	52	89,7	0,101
	Fazla kilolu	11	10,2	97	89,8	
	Obez	43	17,9	197	82,1	
Erkek	Zayıf/Normal	3	10,0	27	90,0	0,729
	Fazla kilolu	6	14,8	46	85,2	
	Obez	6	16,7	30	83,3	
UFAA'ya göre (n=526)						
Kadın	Düşük fiziksel aktivite düzeyi	53	15,9	280	84,1	0,351 ³
	Orta fiziksel aktivite düzeyi	7	9,9	64	90,1	
	Yüksek fiziksel aktivite düzeyi	-	-	2	100,0	
Erkek	Düşük fiziksel aktivite düzeyi	6	13,0	40	87,0	0,572
	Orta fiziksel aktivite düzeyi	10	16,9	49	83,1	
	Yüksek fiziksel aktivite düzeyi	1	6,7	14	93,3	
DSÖ'ye göre (n=526)						
Kadın	Yetersiz fiziksel aktivite	53	16,0	278	84,0	0,141
	Yeterli fiziksel aktivite	7	9,3	68	90,7	
Erkek	Yetersiz fiziksel aktivite	6	13,6	38	86,4	0,899
	Yeterli fiziksel aktivite	11	14,5	65	85,5	
Toplam		77	14,6	449	85,4	

¹İstatistiksel anlamlılık bu iki grup arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

²İstatistiksel anlamlılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

³Exact Tests düzeltmesi p değeri

Tablo 11. Katılımcıların bazı risk faktörlerine göre beyana dayalı koroner kalp hastalığı görülme durumunun cinsiyete göre dağılımı (Güdül, Kasım 2018).

Özellik	Koroner Kalp Hastalığı				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Tütün (n=526)						
Kadın	Kullanan	5	8,3	55	91,7	0,128
	Kullanmayan	55	15,9	291	84,1	
Erkek	Kullanan	7	12,3	50	87,7	0,573
	Kullanmayan	10	15,9	53	84,1	
Son 1 yıl içinde alkol kullanımı (n=526)						
Kadın	Kullanan	1	20,0	4	80,0	0,552 ¹
	Kullanmayan	59	14,7	342	85,3	
Erkek	Kullanan	1	6,7	14	93,3	0,692 ¹
	Kullanmayan	16	15,2	89	84,8	
Yemeğe tadına bakmadan tuz ekleme (n=526)						
Kadın	Ekleyen	8	15,4	44	84,6	0,895
	Eklemeyen	52	14,7	302	85,3	
Erkek	Ekleyen	2	8,7	21	91,3	0,522 ¹
	Eklemeyen	15	15,5	82	84,5	
Yemeğe tuz/tuzlu çeşni ekleme sıklığı (n=525)²						
Kadın	Her zaman/sıklıkla	47	13,6	298	86,4	0,048
	Bazen/nadiren	7	15,9	37	84,1	
	Eklemiyor ³	6	35,3	11	64,7	
Erkek	Her zaman/sıklıkla	13	12,6	90	87,4	0,060 ⁴
	Bazen/nadiren	1	10,0	9	90,0	
	Eklemiyor	3	50,0	3	50,0	
Tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketim sıklığı (n=526)						
Kadın	Her zaman/sıklıkla	14	13,5	90	86,5	0,265
	Bazen/nadiren	33	13,6	209	86,4	
	Tüketmiyor	13	21,7	47	78,3	
Erkek	Her zaman/sıklıkla	3	7,9	35	92,1	0,068
	Bazen/nadiren	6	11,5	46	88,5	
	Tüketmiyor	8	26,7	22	73,3	
Toplam		77	14,6	449	85,4	

¹Fisher's Exact Test

²Bir katılımcı yemeğe tuz/tuzlu çeşni ekleme sıklığını bilmediğini belirtmiştir.

³İstatistiksel anlamlılık bu gruplardan kaynaklanmaktadır.

⁴Exact Tests düzeltilmesi p değeri

Tablo 12. Katılımcıların yağ kullanımı ve beyana dayalı hipertansiyon, diyabet, kolesterol yüksekliği, inme/felç durumuna göre beyana dayalı koroner kalp hastalığı görülme durumunun cinsiyete göre dağılımı (Güdül, Kasım 2018).

Özellik	Koroner Kalp Hastalığı				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Tereyağı kullanımı (n=525)¹						
Kadın	Var	33	16,1	172	83,9	0,449
	Yok	27	13,4	174	86,6	
Erkek	Var	13	16,0	68	84,0	0,224
	Yok	3	7,9	35	92,1	
Margarin kullanımı (n=525)¹						
Kadın	Var	4	13,8	25	86,2	1,000 ²
	Yok	56	14,9	321	85,1	
Erkek	Var	3	11,1	24	88,9	1,000 ²
	Yok	13	14,1	79	85,9	
Zeytinyağı kullanımı (n=525)¹						
Kadın	Var	25	15,3	138	84,7	0,795
	Yok	35	14,4	208	85,6	
Erkek	Var	11	18,3	49	81,7	0,115
	Yok	5	8,5	54	91,5	
Hipertansiyon (n=526)						
Kadın	Var	49	26,1	139	73,9	<0,001
	Yok	11	5,0	207	95,0	
Erkek	Var	11	33,3	22	66,7	0,001 ²
	Yok	6	6,9	81	93,1	
Diyabet (n=526)						
Kadın	Var	31	32,0	66	68,0	<0,001
	Yok	29	9,4	280	90,6	
Erkek	Var	4	36,4	7	63,6	0,049 ²
	Yok	13	11,9	96	88,1	
Kolesterol yüksekliği (n=526)						
Kadın	Var	26	28,6	65	71,4	<0,001
	Yok	34	10,8	281	89,2	
Erkek	Var	6	60,0	4	40,0	0,001 ²
	Yok	11	10,0	99	90,0	
İnme/felç (n=526)						
Kadın	Var	5	50,0	5	50,0	0,008 ²
	Yok	55	13,9	341	86,1	
Erkek	Var	1	50,0	1	50,0	0,264
	Yok	16	13,6	102	86,4	
Toplam		77	14,6	449	85,4	

¹Bir katılımcı yemeklerde kullanılan yağ türünü bilmediğini belirtmiştir.

²Fisher's Exact Test

Tablo 13. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine, tütün kullanımı ve fiziksel aktivite yapma durumlarına göre beyana dayalı inme/felç görülme durumlarının cinsiyete göre dağılımları (Güdül, Kasım 2018).

Özellik	İnme/felç varlığı				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yaş (n=526)						
Kadın	Ortanca altı (<53)	3	1,5	195	98,5	0,339 ¹
	Ortanca ve üstü (≥53)	7	3,4	201	96,6	
Erkek	Ortanca altı (<53)	-	-	64	100,0	0,216 ¹
	Ortanca ve üstü (≥53)	2	3,6	54	96,4	
Öğrenim durumu (n=526)						
Kadın	Lise altı	10	3,2	303	96,8	0,125 ¹
	Lise/Üniversite/Yüksekokul	-	-	93	100,0	
Erkek	Lise altı	1	1,5	67	98,5	1,000 ¹
	Lise/Üniversite/Yüksekokul	1	1,9	51	98,1	
Çalışma durumu (n=526)						
Kadın	Çalışan	-	-	57	100,0	0,369 ¹
	Çalışmayan	10	2,9	339	97,1	
Erkek	Çalışan	-	-	78	100,0	0,121 ¹
	Çalışmayan	2	4,8	40	95,2	
Tütün (n=526)						
Kadın	Kullanan	1	1,7	59	98,3	1,000 ¹
	Kullanmayan	9	2,6	337	97,4	
Erkek	Kullanan	-	-	57	100,0	0,497 ¹
	Kullanmayan	2	3,2	61	96,8	
DSÖ'ye göre (n=526)						
Kadın	Yetersiz fiziksel aktivite	10	3,0	321	97,0	0,219 ¹
	Yeterli fiziksel aktivite	-	-	75	100,0	
Erkek	Yetersiz fiziksel aktivite	-	-	44	100,0	0,532 ¹
	Yeterli fiziksel aktivite	2	2,6	74	97,4	
Toplam		12	2,3	514	97,7	

¹Fisher's Exact Test

Tablo 14. Katılımcılarda beyana dayalı diyabet, kolesterol yüksekliği, hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı görülme durumuna göre beyana dayalı inme/felç görülme durumunun cinsiyete göre dağılımı (Güdül, Kasım 2018).

Özellik	İnme/felç varlığı				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Hipertansiyon (n=526)						
Kadın	Var	8	4,3	180	95,7	0,050 ¹
	Yok	2	0,9	216	99,1	
Erkek	Var	1	3,0	32	97,0	0,476 ¹
	Yok	1	1,1	86	98,9	
Diyabet (n=526)						
Kadın	Var	5	5,2	92	94,8	0,063 ¹
	Yok	5	1,6	304	98,4	
Erkek	Var	-	-	11	100,0	1,000 ¹
	Yok	2	1,8	107	98,2	
Kolesterol yüksekliği (n=526)						
Kadın	Var	6	6,6	85	93,4	0,010 ¹
	Yok	4	1,3	311	98,7	
Erkek	Var	-	-	10	100,0	1,000 ¹
	Yok	2	1,8	108	98,2	
Koroner Kalp Hastalığı (n=526)						
Kadın	Var	5	8,3	55	91,7	0,008 ¹
	Yok	5	1,4	341	98,6	
Erkek	Var	1	5,9	16	94,1	0,264 ¹
	Yok	1	1,0	102	99,0	
Toplam		12	2,3	514	97,7	

¹Fisher's Exact Test

Tablo 15. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine, BKİ ve fiziksel aktivite yapma durumları ve tütün kullanımlarına göre beyana dayalı astım/KOAH görülme durumlarının cinsiyete göre dağılımları (Güdül, Kasım 2018).

Özellik	Astım/KOAH varlığı				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yaş (n=526)						
Kadın	Ortanca altı (<53)	16	8,1	182	91,9	0,011
	Ortanca ve üstü (≥53)	34	16,3	174	83,7	
Erkek	Ortanca altı (<53)	3	4,7	61	95,3	0,186 ¹
	Ortanca ve üstü (≥53)	7	12,5	49	87,5	
Öğrenim durumu (n=526)						
Kadın	İlkokul ve altı ²	40	15,7	214	84,3	0,025
	İlköğretim/ortaokul	4	6,8	55	93,2	
	Lise/Üniversite/Yüksekokul	6	6,5	87	93,5	
Erkek	İlkokul ve altı	3	7,1	39	92,9	0,832 ³
	İlköğretim/ortaokul	3	11,5	23	88,5	
	Lise/Üniversite/Yüksekokul	4	7,7	48	92,3	
Çalışma durumu (n=526)						
Kadın	Çalışan	5	8,8	52	91,2	0,380
	Çalışmayan	45	12,9	304	87,1	
Erkek	Çalışan	5	6,4	73	93,6	0,317 ¹
	Çalışmayan	5	11,9	37	88,1	
Beden Kitle İndeksi (n=526)						
Kadın	Zayıf/Normal	4	6,9	54	93,1	0,034
	Fazla kilolu	8	7,4	100	92,6	
	Obez ²	38	15,8	202	84,2	
Erkek	Zayıf/Normal	2	6,7	28	93,3	0,836 ³
	Fazla kilolu	4	7,4	50	92,6	
	Obez	4	11,1	32	88,9	
DSÖ'ye göre (n=526)						
Kadın	Yetersiz fiziksel aktivite	43	13,0	288	87,0	0,384
	Yeterli fiziksel aktivite	7	9,3	68	90,7	
Erkek	Yetersiz fiziksel aktivite	7	15,9	37	84,1	0,036 ¹
	Yeterli fiziksel aktivite	3	3,9	73	96,1	
Tütün (n=526)						
Kadın	Kullanan	3	5,0	57	95,0	0,062
	Kullanmayan	47	13,6	299	86,4	
Erkek	Kullanan	3	5,3	54	94,7	0,329 ¹
	Kullanmayan	7	11,1	56	88,9	
Toplam		60	11,4	466	88,6	

¹Fisher's Exact Test

²İstatistiksel anlamlılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

³Exact Tests düzeltmesi p değeri

Tablo 16. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine, BKİ, tütün ve alkol kullanımına göre beyana dayalı kanser görülme durumlarının cinsiyete göre dağılımları (Güdül, Kasım 2018).

Özellik	Kanser varlığı				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yaş (n=526)						
Kadın	Ortanca altı (<53)	1	0,5	197	99,5	0,003
	Ortanca ve üstü (≥53)	12	5,8	196	94,2	
Erkek	Ortanca altı (<53)	-	-	64	100,0	0,216 ¹
	Ortanca ve üstü (≥53)	2	3,6	54	96,4	
Öğrenim durumu (n=526)						
Kadın	Lise altı	13	4,2	300	98,3	0,046 ¹
	Lise/Üniversite/Yüksekokul	-	-	93	100,0	
Erkek	Lise altı	1	1,5	67	98,5	1,000 ¹
	Lise/Üniversite/Yüksekokul	1	1,9	51	98,1	
Çalışma durumu (n=526)						
Kadın	Çalışan	-	-	57	100,0	0,230 ¹
	Çalışmayan	13	3,7	336	96,3	
Erkek	Çalışan	1	1,3	77	98,7	1,000 ¹
	Çalışmayan	1	2,4	41	97,6	
Tütün (n=526)						
Kadın	Kullanan	1	1,7	59	98,3	0,702 ¹
	Kullanmayan	12	3,5	334	96,5	
Erkek	Kullanan	-	-	57	100,0	0,497 ¹
	Kullanmayan	2	3,2	61	96,8	
Son 1 yıl içinde alkol kullanımı (n=526)						
Kadın	Kullanan	-	-	5	100,0	1,000 ¹
	Kullanmayan	13	3,2	388	96,8	
Erkek	Kullanan	-	-	15	100,0	1,000 ¹
	Kullanmayan	2	1,9	103	98,1	
BKİ (n=526)						
Kadın	Zayıf/Normal	-	-	58	100,0	0,230 ¹
	Fazla kilolu/Obez	13	3,7	335	96,3	
Erkek	Zayıf/Normal	-	-	30	100,0	1,000 ¹
	Fazla kilolu/Obez	2	2,2	88	97,8	
Toplam		15	2,9	511	97,1	

¹Fisher's Exact Test

Tablo 17. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine, BKİ ve fiziksel aktivite yapma durumlarına göre beyana dayalı psikiyatrik hastalık görülme durumlarının cinsiyete göre dağılımları (Güdül, Kasım 2018).

Özellik	Psikiyatrik Hastalık Varlığı				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yaş (n=526)						
Kadın	Ortanca altı (<53)	18	9,1	180	90,9	0,010
	Ortanca ve üstü (≥53)	37	47,8	171	82,2	
Erkek	Ortanca altı (<53)	1	1,6	63	98,4	1,000 ¹
	Ortanca ve üstü (≥53)	-	-	56	100,0	
Öğrenim durumu (n=526)						
Kadın	İlkokul ve altı	38	15,0	216	85,0	0,414
	İlköğretim/ortaokul	5	8,5	54	91,5	
	Lise/Üniversite/Yüksekokul	12	12,9	81	87,1	
Erkek	İlkokul ve altı	-	-	42	100,0	0,217 ²
	İlköğretim/ortaokul	1	3,8	25	96,2	
	Lise/Üniversite/Yüksekokul	-	-	52	100,0	
Çalışma durumu (n=526)						
Kadın	Çalışan	8	14,0	49	86,0	0,908
	Çalışmayan	47	13,5	302	86,5	
Erkek	Çalışan	-	-	78	100,0	0,350 ¹
	Çalışmayan	1	2,4	41	97,6	
Beden Kitle İndeksi (n=526)						
Kadın	Zayıf/Normal	8	13,8	50	86,2	0,299
	Fazla kilolu	10	9,3	98	90,7	
	Obez	37	15,4	203	84,6	
Erkek	Zayıf/Normal	-	-	30	100,0	0,550 ²
	Fazla kilolu	-	-	54	100,0	
	Obez	1	2,8	119	99,2	
DSÖ'ye göre (n=526)						
Kadın	Yetersiz fiziksel aktivite	40	12,1	291	87,9	0,071
	Yeterli fiziksel aktivite	15	20,0	60	80,0	
Erkek	Yetersiz fiziksel aktivite	1	2,3	43	97,7	0,367 ¹
	Yeterli fiziksel aktivite	-	-	76	100,0	
Toplam		56	10,6	470	89,4	

¹Fisher's Exact Test

²Exact Tests düzeltmesi p değeri

Tablo 18. Katılımcılarda beyana dayalı olarak bulaşıcı olmayan hastalık görülme durumuna göre genel sağlık değerlendirmelerinin cinsiyete göre dağılımı (Güdül, Kasım 2018).

Özellik	Bulaşıcı Olmayan Hastalık				p değeri	
	Var		Yok			
	Sayı	Yüzde ¹	Sayı	Yüzde ¹		
Genel Sağlık Değerlendirmesi (n=526)						
Kadın	Kötü ²	8	4,4	2	0,9	0,007
	Orta	101	55,2	103	46,2	
	İyi/çok iyi/mükemmel ²	74	40,4	118	52,9	
Erkek	Kötü	2	5,9	1	1,2	<0,001 ³
	Orta ²	16	47,1	13	15,1	
	İyi/çok iyi/mükemmel ²	16	47,1	72	83,7	
Toplam⁴		217	41,3	309	58,7	

¹Sütun yüzdesi alınmıştır.

²İstatistiksel anlamlılık bu gruplardan kaynaklanmaktadır.

³Exact Tests düzeltmesi p değeri

⁴Satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 19. Katılımcıların fiziksel aktivite yapma düzeylerine göre beden kitle indekslerinin cinsiyete göre dağılımı (Güdül, Kasım 2018).

Özellik	DSÖ'ye göre fiziksel aktivite				p değeri	
	Yeterli değil		Yeterli			
	Sayı	Yüzde ¹	Sayı	Yüzde ¹		
BKİ (n=526)						
Kadın	Zayıf/Normal	45	13,6	13	17,3	0,161
	Fazla kilolu	83	25,1	25	33,3	
	Obez	203	61,3	37	49,3	
Erkek	Zayıf/Normal ²	5	11,4	25	32,9	0,010
	Fazla kilolu	20	45,5	34	44,7	
	Obez ²	19	43,2	17	22,4	
Toplam³		375	71,3	151	28,7	

¹Sütun yüzdesi alınmıştır.

²İstatistiksel anlamlılık bu gruplardan kaynaklanmaktadır.

³Satır yüzdesi alınmıştır.

