



Dünya  
Sağlık Örgütü  
Avrupa BÖLGE OFİSİ



T.C. Sağlık Bakanlığı

# TÜRKİYE HANEHALKI SAĞLIK ARAŞTIRMASI BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN RİSK FAKTÖRLERİ 2017







Dünya  
Sağlık Örgütü

Avrupa BÖLGE OFİSİ



T.C. Sağlık Bakanlığı

TÜRKİYE HANEHALKI  
SAĞLIK ARAŞTIRMASI:  
**BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN  
RISK FAKTÖRLERİ PREVALANSI, 2017**

Bu yayın Dünya Sağlık Örgütü onaylı STEPwise yaklaşımı kullanılarak 2017'de yürütülen, Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı", çalışmasının sonuçlarını içermektedir. Araştırmanın ana hedefleri 15 yaş ve üzeri nüfusta, bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) için en yaygın davranışsal ve biyolojik risk faktörlerinin prevalansını saptamak ve cinsiyet, beş yaş grubu ve İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması 1. seviyesindeki 12 bölgede, risk faktörleri prevalansları arasında farkları belirlemektir. Risk durumları, modifiye edilebilir davranışsal faktörler (tütün kullanımı, zararlı alkol tüketimi, az miktarda meyve-sebze tüketimi ve fiziksel hareketsizlik vb) ve kontrol edilebilir biyolojik faktörler (yüksek tansiyon, fazla kilolu olmak ve obezite, yüksek kan şekeri ve yüksek total kolesterol vb) olarak gruplanmıştır. Bu çalışma ile elde edilen sonuçlar Türk nüfusunda güncel BOH risk faktörleri prevalansını göstermektedir.

Beş farklı yaş grubu, her iki cinsiyet ve 12 bölge'deki BOH risk faktörleriyle ilgili elde edilen önemli bilgilere ek olarak, bu araştırmanın sonuçları politika yapıcılar için önemli bir bilgi sağlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:**

NONCOMMUNICABLE DISEASES  
PREVENTION AND CONTROL  
RISK FACTORS  
TURKEY  
STEPWISE APPROACH

DSÖ Avrupa Bölgesinin yayınları aşağıdaki adresten istenebilir:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Alternatif olarak, Bölge Ofisinin web sitesindeki çevrimiçi talep formu doldurularak doküman, sağlıkla ilgili bilgi veya alıntı ya da çeviri izni istenebilir (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

ISBN 978-605-68577-0-6

Önerilen kaynak gösterimi: Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017(STEPS). Editörler: Üner S, Balçılar M, Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018.

**© Dünya Sağlık Örgütü 2018**

Tüm hakları saklıdır. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi yayınlarının kısmen veya tamamen çoğaltılması veya çevrilmesi konusundaki talepleri memnuniyetle karşılamaktadır.

Bu yayında kullanılan işaretlerde ve materyalin sunuşunda herhangi bir ülkenin, bölgenin, kent, alanın veya bunların otoritelerinin yasal statüsü ile ilgili veya sınırları ya da sınır bölgelerinin sınırlanırılmasına dair Dünya Sağlık Örgütüne ait hiçbir ifade veya fikir ima edilmemektedir. Haritalarda gösterilen sınırlar ve isimler ile kullanılan tasarımlarda herhangi bir ülkenin, bölgenin, kent, alanın veya bunların otoritelerinin yasal statüsü ile ilgili veya sınırları ya da sınır bölgelerinin sınırlanırılmasına dair Dünya Sağlık Örgütüne ait hiçbir ifade veya fikir ima edilmemektedir. Haritalardaki noktalı ve kesikli çizgiler, üzerinde henüz fikir birliği sağlanmama ihtimali bulunan yaklaşık sınır çizgilerini temsil etmektedir.

Bazı şirketlerden veya bazı üreticilerin ürünlerinden bahsedilmiş olması, bunların Dünya Sağlık Örgütü tarafından burada belirtilmemiş benzerlerine tercihen onaylandığı veya önerildiği anlamına gelmez. Hata ve istisnalar dışında tescilli ürünlerin adları baş harfleriyle belirtilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü bu yayında yer alan bilgileri doğrulamak için her türlü makul önlemi almıştır. Ancak, yayınlanan materyal, ifade veya ima edilmiş hiçbir garanti ile dağıtılmamaktadır. Bu materyali yorumlama ve kullanma sorumluluğu okura aittir. Dünya Sağlık Örgütü, bunun kullanılmasından doğabilecek hiçbir zarardan sorumlu tutulamaz. Yazarlar, editörler veya uzman grup tarafından ifade edilen görüşler, Dünya Sağlık Örgütünün kararlarını veya beyan edilmiş politikasını yansıtmak durumunda değildir.

Veri kaynağı: Türkiye Cumhuriyeti, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı

Harita oluşumu: Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ülke Ofisi

İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
GRAFİKLER DİZİNİ	viii
KISALTMALAR	x
ÖNSÖZ	xi
ÖNSÖZ	xii
ÖNSÖZ	xiv
TEŞEKKÜR	xvi
KATKI SAĞLAYANLAR	xviii
YÖNETİCİ ÖZETİ	xx
<b>1. ARAŞTIRMANIN ARKA PLANI</b>	<b>2</b>
1.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar	2
1.2. Risk Faktörleri	3
1.3. Türkiye'deki BOH'lar ve Risk Faktörleri	4
1.4. STEPwise Yaklaşımı	5
<b>2. ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE HEDEFLERİ</b>	<b>8</b>
2.1. Araştırmanın Amacı	8
2.2. Araştırmanın Hedefleri	8
2.3. Araştırmanın Gerekçesi	8
<b>3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ</b>	<b>10</b>
3.1. Verilerin Dahil Edilme Kriterleri	10
3.2. Verilerin Dahil Edilmeme Kriterleri	10
3.3. Örneklem Büyüklüğü	11
3.4. Etkin Örneklem	11
3.5. Örneklem Çerçevesi	11
3.6. Örneklem Tasarımı	11
3.7. Kişilerin Seçilmesi	16
3.8. Araştırma Tasarımı	16
3.9. Verinin Ağırlıklandırılması	17
3.10. Verilerin Toplanması	19
3.11. Saha Araştırması Ekibinin Eğitimi	20
3.12. Saha Çalışması	21
3.13. Verilerin Yönetimi ve Birleştirilmesi	21
3.14. Risk Faktörlerinin Ölçülmesi ve Belirlenmesi	21
3.14.1. ADIM 1	21
3.14.1.1. Tütün Kullanımı	21
3.14.1.2. Alkol Tüketimi	21



3.14.1.3. Meyve ve Sebze Tüketimi	22
3.14.1.4. Fiziksel Aktivite	22
3.14.2. ADIM 2	22
3.14.2.1. Kan Basıncı	22
3.14.2.2. Beden Kitle İndeksi	23
3.14.2.3. Bel ve Kalça Çevresi	23
3.14.3. ADIM 3	24
3.14.3.1. Glisemi	24
3.14.3.2. Hemogloblin A1c (HbA1c)	24
3.14.3.3. Total Kolesterol	24
3.14.3.4. Trigliseridler	25
3.14.3.5. HDL Kolestrol	25
3.14.3.6. İdrarda Sodyum ve Kreatinin	25
<b>4. ARAŞTIRMA BULGULARI</b>	<b>28</b>
4.1. Örneklem ve Katılım Oranları	28
4.2. Demografik Bilgiler	28
4.2.1. Yaş ve Cinsiyet Özellikleri	29
4.2.2. Medeni Durum	30
4.2.3. Eğitim Durumu	32
4.2.4. Çalışma Durumu	36
4.2.5. Gelir	38
4.3. Tütün Kullanımı	40
4.3.1. Sonuçlar	46
4.4. Alkol Tüketimi	46
4.4.1. Sonuçlar	49
4.5. Bağımlılık Yapıcı Uyuşturucu İlaç (Madde) Kullanımı	49
4.5.1. Sonuçlar	51
4.6. Beslenme: meyve ve sebze tüketimi	51
4.6.1. Sonuçlar	53
4.7. Tuz Tüketimi	54
4.7.1. Sonuçlar	55
4.8. Fiziksel Aktivite	56
4.8.1. Sonuçlar	59
4.9. Yüksek Kan Basıncı Hikayesi	59
4.9.1. Sonuçlar	60
4.10. Şeker Hastalığı Hikayesi	61
4.10.1. Sonuçlar	62
4.11. Yüksek Total Kolesterol Hikayesi	62
4.11.1. Sonuçlar	63
4.12. Kalp Damar Hastalığı Hikayesi	64

4.12.1. Sonuçlar	65
<b>4.13. Kronik Hastalık Aile Hikayesi</b>	65
4.13.1. Sonuçlar	66
<b>4.14. Astım, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Kanser Hikayesi</b>	66
4.14.1. Sonuçlar	68
<b>4.15. Hayat Tarzı Önerileri</b>	68
4.15.1. Sonuçlar	70
<b>4.16. Seçilmiş BOH Risk Faktörlerinin Sağlığa Zararlarının Farkındalığı</b>	70
4.16.1. Sonuçlar	72
<b>4.17. Kanser Tarama Testleri</b>	72
4.17.1. Sonuçlar	73
<b>4.18. Kazalar ve Yaralanmalar</b>	73
4.18.1. Sonuçlar	74
<b>4.19. Ayaktan ya da Yatarak Tedavi</b>	74
4.19.1. Sonuçlar	75
<b>4.20. Ayaktan Tanı, Tedavi ve Evde Bakım</b>	75
4.20.1. Sonuçlar	77
<b>4.21. Fiziksel Ölçümler</b>	77
4.21.1. Sonuçlar	80
<b>4.22. Biyokimyasal Ölçümler</b>	81
4.22.1. Sonuçlar	87
<b>4.23. Kalp Damar Hastalığı Riski</b>	87
4.23.1. Sonuçlar	89
<b>4.24. Birleşik Risk Faktörlerinin Özeti</b>	89
4.24.1. Sonuçlar	91
<b>4.25. Sağlık Algısı</b>	91
4.25.1. Sonuçlar	91
<b>SONUÇ</b>	94
<b>KAYNAKÇA</b>	96
<b>EK 1: BÖLGELERE GÖRE SAHA EKİBİ</b>	100
<b>EK 2: TÜRKİYE HANEHALKI SAĞLIK ARAŞTIRMASI "BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN RİSK FAKTÖRLERİ PREVELANSI", 2017, BİLGİ FORMU</b>	102
<b>EK 3 : TÜRKİYE HANEHALKI SAĞLIK ARAŞTIRMASI "BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN RİSK FAKTÖRLERİ PREVALANSI", DSÖ STEPS DOKÜMANI 2017, ANKET SORULARI</b>	109

<b>Tablo 1:</b> Türkiye'deki İBBS-1 Bölgeleri	12
<b>Tablo 2:</b> İBBS-1 Bölgelerine Göre Örneklem Kümeleri ve Haneler	15
<b>Tablo 3:</b> İBBS-1 Bölgelerine Göre Cevapsız Hanelerin Sayıları ve Kümelere Göre Dağılımı	17
<b>Tablo 4:</b> Cinsiyet ve Yaş için İki Yönlü Yeniden Tabakalama Verisi	18
<b>Tablo 5:</b> Cinsiyet ve Eğitim için İki Yönlü Yeniden Tabakalama Verisi	18
<b>Tablo 6:</b> İBBS-1 Bölgeleri Yeniden Tabakalama Verisi	19
<b>Tablo 7:</b> Saha Uygulamasında Kullanılan Cihaz ve Araç-Gereç Listesi	19
<b>Tablo 8:</b> DSÖ'nün Bel ve Kalça Çevresi Kesim Noktaları ile Metabolik Komplikasyon Riskleri	23
<b>Tablo 9:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Yeniden Tabakalama Katılım Oranları	28
<b>Tablo 10:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcıların Dağılımı	29
<b>Tablo 11:</b> İBBS-1 Bölgelerine Çalışmada Yer Alan Katılımcıların Dağılımı	30
<b>Tablo 12:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Medeni Durum	31
<b>Tablo 13:</b> İBBS-1 Bölgelerine Göre Medeni Durum	32
<b>Tablo 14:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Eğitim Durumu Yüzdesi	33
<b>Tablo 15:</b> İBBS-1 Bölgelerine Göre Her İki Cinsiyet için Eğitim Durumu Yüzdesi	34
<b>Tablo 16:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Ortalama Eğitim Yılı	35
<b>Tablo 17:</b> İBBS-1 Bölgelerine Göre Ortalama Eğitim Yılı	35
<b>Tablo 18:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcının Çalışma Durumu	37
<b>Tablo 19:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Ücretli Çalışmayan Katılımcıların Durumu	38
<b>Tablo 20:</b> İBBS-1 Bölgelerine Göre Ortalama Kişi Başı Yıllık Hanehalkı Geliri	39
<b>Tablo 21:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Tütün Ürünü İçenlerin Yüzdesi	40
<b>Tablo 22:</b> İBBS-1 Bölgelerine Göre Halen Tütün Ürünü İçenlerin Yüzdesi	41
<b>Tablo 23:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcıların Tütün İçme Durumları	42
<b>Tablo 24:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Halen Her Gün Tütün Ürünü İçenlerin Ortalama İçmeye Başlama Yaşları	43
<b>Tablo 25:</b> Yaş Grubuna ve Türe Göre Her Gün Tütün Ürünü İçenler Arasında Ortalama Kullanılan Tütün Miktarı	44
<b>Tablo 26:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Dumansız Tütün Ürünü Kullananların Dağılımı	45
<b>Tablo 27:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Alkol Tüketimi Durumu	47
<b>Tablo 28:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Halen Alkol Tüketenlerin Tek Seferde 6 ya da Daha Fazla İçki İçme Durumlarının Son 30 Gün İçinde Ortalama Gerçekleşme Sayısı	48
<b>Tablo 29:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Son 30 Günde, En Az Bir Kere Tek Bir Seferde 6 ya da Fazla Standart İçki Tüketenlerin Yüzdesi	49
<b>Tablo 30:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Bağımlılık Yapan Uyuşturucu Madde Kullanmamış Olan Katılımcıların Yüzdesi	50
<b>Tablo 31:</b> Cinsiyet ve Yaşa Göre Halen Bağımlılık Yapıcı Uyuşturucu Madde Kullananlar	50
<b>Tablo 32:</b> Cinsiyet ve Yaşa Göre Bağımlılık Yapıcı Uyuşturucu Madde Denemiş Olanların Yüzdesi	50
<b>Tablo 33:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Normal Bir Haftada Meyve Tüketilen Ortalama Gün Sayısı	51
<b>Tablo 34:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Normal Bir Haftada Sebze Tüketilen Ortalama Gün Sayısı	51



<b>Tablo 35:</b> İBBS-1 Bölgelerine Göre Normal Bir Haftada Meyve ve Sebze Tüketilen Ortalama Gün Sayısı	52
<b>Tablo 36:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Normal Bir Günde Tüketilen Ortalama Meyve Porsiyonu Sayısı	52
<b>Tablo 37:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Normal Bir Günde Tüketilen Ortalama Sebze Porsiyonu Sayısı	53
<b>Tablo 38:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Günde Ortalama Beş Porsiyondan Daha Az Meyve ve/veya Sebze Tüketenlerin Yüzdesi	53
<b>Tablo 39:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcıların Tuz Kullanımı	54
<b>Tablo 40:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcıların DSÖ Tarafından Tanımlanan Toplam Fiziksel Aktivite Durumu	56
<b>Tablo 41:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Günlük İşle İlişkili Ortalama Fiziksel Aktivite Süresi (Dakika)	57
<b>Tablo 42:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Günlük Ulaşım İlişkili Ortalama Fiziksel Aktivite Süresi (Dakika)	57
<b>Tablo 43:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Günlük Eğlenceyle (Boş Zaman) İlişkili Ortalama Fiziksel Aktivite Süresi (Dakika)	58
<b>Tablo 44:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre DSÖ'nün Sağlık İçin Fiziksel Aktivite Tavsiyelerini Karşılamayanların Yüzdesi	58
<b>Tablo 45:</b> Cinsiyete Göre Hipertansiyon Kontrolüne Yönelik Katılımcılarının Aktivitelerin Dağılımı	60
<b>Tablo 46:</b> Cinsiyete Göre Diyabet Kontrolüne Yönelik Katılımcıların Aktivite Türlerinin Dağılımı	62
<b>Tablo 47:</b> Cinsiyete Göre Katılımcıların Total Kolesterol Kontrolüne Yönelik Aktivite Türleri Dağılımı	63
<b>Tablo 48:</b> Yaş Grubuna Göre Seçilmiş BOH Risk Faktörleri İçin İki ya da Daha Fazla Olumsuz Sağlık Etkisi Bilen Erişkinlerin Yüzdesi	71
<b>Tablo 49:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna göre, son 12 ayda hipertansiyon, KDH, diyabet, kanser, kronik obstrüktif solunum yolu hastalığı veya astım için hastaneye başvurma sıklığı yüzdesi	74
<b>Tablo 50:</b> Toplumda Kan Basıncı Kontrol Altındaki Tüm Hipertansif Kişilerin Yüzdesi	79
<b>Tablo 51:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Ortalama HbA1c Değerleri	83
<b>Tablo 52:</b> HbA1c Değeri Yüksek Olanlar ve Halen HbA1c İçin Tedavi Altında Olan Katılımcıların Yüzdesi	83
<b>Tablo 53:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Total Kolesterol Ortalaması	84
<b>Tablo 54:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcıların HDL Kolesterol Ortalaması	85
<b>Tablo 55:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcıların Açlık Trigliserid Ortalaması	86
<b>Tablo 56:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre 10 Yıllık KDH Riski $\geq$ %30 Olan Katılımcıların Yüzdesi	88
<b>Tablo 57:</b> Kalp Hastalığı ve İnmeden Korunmak İçin İlaç Tedavisi ve Danışmanlık Alan Uygun Kişilerin Yüzdesi	89
<b>Tablo 58:</b> Bireylerin Yaşa göre Sağlık Durumu Algıları	92

<b>Grafik 1:</b> İBBS-1 Bölgelerinin Coğrafi Sınırları	14
<b>Grafik 2:</b> İBBS-3 İllerine Göre Örneklem Büyüklükleri	15
<b>Grafik 3:</b> Örneklem Kümelerinin Coğrafi Konumları	16
<b>Grafik 4:</b> Cinsiyete Göre Katılımcıların Eğitim Durumu Yüzdesi	32
<b>Grafik 5:</b> İBBS-1 Bölgelerine Göre Katılımcıların Ortalama Eğitim Süresi (Yıl)	36
<b>Grafik 6:</b> İBBS-1 Bölgelerine Göre Ortalama Kişi Başı Yıllık Hanehalkı Geliri	39
<b>Grafik 7:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Halen Tütün Ürünü İçenlerin Yüzdesi	40
<b>Grafik 8:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Halen Tütün Kullananlar Arasında Her Gün İçenlerin Yüzdesi	41
<b>Grafik 9:</b> İBBS-1 Bölgelerine Göre Her Gün Tütün İçenlerin Yüzdesi	43
<b>Grafik 10:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Her Gün Tütün Ürünü İçenler Arasında Mamül Sigara Kullananlar	44
<b>Grafik 11:</b> Halen Tütün Ürünü İçenlerde Son 12 Ay İçinde Bırakmayı Deneyenlerin Yüzdesi	45
<b>Grafik 12:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Halen Tütün Ürünü İçenlerden Son 12 Ay İçerisinde Doktor Tarafından Tütün Kullanmayı Bırakmasını Tavsiye Edilenler	46
<b>Grafik 13:</b> İBBS-1 Bölgelerine Göre Alkol Tüketimi	48
<b>Grafik 14:</b> Cinsiyet ve Yaşa Göre Beslenmede Tuzu Azaltmanın Çok Önemli Olduğunu Düşünenlerin Dağılımı	55
<b>Grafik 15:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Etkili Fiziksel Aktivitede Bulunmayanların Yüzdesi	59
<b>Grafik 16:</b> Cinsiyete Göre Kan Basıncı Ölçümü ve/veya Tanı Alma Yüzdesi	60
<b>Grafik 17:</b> Cinsiyete Göre Kan Şekeri Ölçümü ve/veya Tanı Alma Yüzdesi	61
<b>Grafik 18:</b> Cinsiyete Göre Yüksek Kan Şekeri için İlaç ya da İnsülin Kullananların Yüzdesi	61
<b>Grafik 19:</b> Cinsiyete Göre Katılımcıların Total Kolesterol Ölçümü ve/veya Tanı Alma Yüzdesi	63
<b>Grafik 20:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcılarda Kalp Krizi ya da Kalp Hastalığına Bağlı Göğüs Ağrısı veya İnme Geçirmiş Olma Yüzdesi	64
<b>Grafik 21:</b> Katılımcıların Kalp Hastalığından Korunma ya da Tedavi Amaçlı Olarak Halen Düzenli Aspirin ya da Statin Kullanma Yüzdesi	65
<b>Grafik 22:</b> Katılımcıların Ebeveyn veya Kardeşlerinde Tanı Konulmuş ve Tedavi Gerektiren Kronik Hastalıkların Dağılımı	66
<b>Grafik 23:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Doktor Tarafından Astım Tanısı Alma Yüzdesi	67
<b>Grafik 24:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Doktor Tarafından KOAH Tanısı Alan Katılımcıların Yüzdesi	67
<b>Grafik 25:</b> Cinsiyete Göre Katılımcıların Vücut Ağırlığı Algıları	68
<b>Grafik 26:</b> Yaş Grubuna Göre Son 12 Ay İçinde Bir Doktor ya da Sağlık Çalışanından Yaşam Tarzına Yönelik Tavsiye Alan Katılımcıların Yüzdesi	69
<b>Grafik 27:</b> Seçilmiş BOH Risk Faktörlerinden Herhangi Birinin iki ya da Daha Fazla Olumsuz Sağlık Etkisi Bildirebilen Katılımcıların Yüzdesi	71

<b>Grafik 28:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre ASM ya da KETEM'lerde Ücretsiz Kansere Taraması Yapıldığını Duyan Katılımcıların Yüzdesi	72
<b>Grafik 29:</b> Cinsiyete Göre Son 12 Ay İçerisinde Katılımcıların Yaralanmalarına Neden Olan Kaza Türleri	73
<b>Grafik 30:</b> Yaş Grubuna Göre Son 12 Ayda Kaza Sonucu Yaralanan Ayaktan veya Yatarak Tedavi Alan Katılımcıların Yüzdesi	74
<b>Grafik 31:</b> Son 12 Ay İçinde Hipertansiyon, KDH, Diyabet, Kansere, Kronik Obstrüktif Solunum Yolu Hastalığı veya Astım Tedavisi İçin Hastaneye Başvuran Katılımcılarda Alınan Tedavinin Türü ve Süresi	75
<b>Grafik 32:</b> Cinsiyete Göre Sağlık Personeline Başvuran Katılımcıların Yüzdesi	76
<b>Grafik 33:</b> Yaş Grubuna Göre Son Bir Ayda Bir Sağlık Personeline Başvuran Katılımcıların Yüzdesi	76
<b>Grafik 34:</b> Son 12 Ay İçinde Evde Sağlık Bakımı Alan Katılımcıların Yüzdesi	77
<b>Grafik 35:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcıların Ortalama SKB ve DKB Değerleri (mmHg)	78
<b>Grafik 36:</b> Cinsiyete Göre Kan Basıncı Yüksekliği Saptanan veya Kan Basıncı Yüksekliği Sebebiyle İlaç Kullanan Katılımcıların Yüzdesi	78
<b>Grafik 37:</b> Kan Basıncı Yüksekliği Sebebiyle İlaç Kullananlar Hariç Yaş Grubuna Göre Kan Basıncı Yüksekliği Saptanan Katılımcıların Yüzdesi	79
<b>Grafik 38:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcıların Ortalama BKİ	80
<b>Grafik 39:</b> Cinsiyete Göre BKİ Sınıflaması Dağılımı	80
<b>Grafik 40:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Ortalama Açlık Kan Şekeri Değeri	81
<b>Grafik 41:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Bozulmuş Açlık Kan Şekeri Prevalansı	82
<b>Grafik 42:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Yüksek Açlık Kan Şekeri Olan (veya Yüksek Kan Şekeri İçin Halen İlaç Kullanan) Katılımcıların Oranları	82
<b>Grafik 43:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre HbA1c Değeri Yüksek ( $\geq 6,5$ ) Katılımcıların Yüzdesi	83
<b>Grafik 44:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre HbA1c Değeri Yüksek ( $\geq 6,5$ ) veya Açlık Venöz Plazma Şekeri Yüksek ( $\geq 126$ mg/dl) Olan veya Diyabet İçin Halen İlaç Kullananların Oranı	84
<b>Grafik 45:</b> Cinsiyete Göre Total Kolesterol Düzeyleri $\geq 190$ mg/dl Olanlar veya $\geq 240$ mg/dl Olanların Yüzdesi (total kolesterol yüksekliği için ilaç kullananlar dahil)	85
<b>Grafik 46:</b> Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre HDL Kolesterol Düzeyi Optimal Düzeyin Altında Olanların Yüzdesi (erkekler için $< 40$ mg/dl ve kadınlar için $< 50$ mg/dl)	86
<b>Grafik 47:</b> Cinsiyete Göre Açlık Trigliserid Düzeyleri $\geq 150$ mg/dl ve $\geq 180$ mg/dl Olan Katılımcıların Yüzdesi	87
<b>Grafik 48:</b> On Yıllık KDH Riski $\geq 30$ Olan veya Halen KDH Olan ve Kalp Krizinden Korunmak İçin İlaç Tedavisi veya Danışmanlık Alan Katılımcıların Yüzdesi	88
<b>Grafik 49:</b> 18-69 Yaş Aralığındaki Katılımcıların Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Birleşik Risk Faktörlerinin Özeti	90
<b>Grafik 50:</b> Katılımcılarda Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Birleşik Risk Faktörlerinin Özeti	90
<b>Grafik 51:</b> Cinsiyete Göre Katılımcıların Sağlık Durumu Algıları Dağılımı	91



ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BKO	Bel Kalça Oranı
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalık
BÖB	Birincil Örneklem Birimi
DALY	Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability-Adjusted Life-Years)
DKB	Diastolik Kan Basıncı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FAO	Gıda ve Tarım Örgütü (Food and Agriculture Organisation of the United Nations)
GA	Güven Aralığı
HbA1c	Hemoglobin A1c veya Glikolize Hemoglobin
HDL	Yüksek Dansiteli Lipoproteinler
İBBS	İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırması
İÖB	İkincil Örneklem Birimi
KETEM	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri
KKH	Koroner Kalp Hastalığı
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KDH	Kalp Damar Hastalıkları
MET	Metabolik Eşdeğerlilik
SKB	Sistolik Kan Basıncı
STEPS	Sürveyans için STEPwise Yaklaşımı
STEPwise Yaklaşımı	Dünya Sağlık Örgütü Kronik Hastalıkların Sürveyansı Yaklaşımı
THSA (BOH-RFP)	Sürveyans için "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı"
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu



## ÖNSÖZ

Beklenen yaşam süresindeki artış ve değişen hastalık yüküyle beraber bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların görülme sıklığı ve ölüm nedenleri içindeki payı giderek artmaktadır. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, diğer tüm ölüm nedenlerinin toplamından daha fazla ölüme neden olmaktadır. Ayrıca engelli geçirilen yaşam yıllarının sebebidir. Dolayısıyla toplumun yaşam kalitesine yansıyan olumsuz etkilerle, sağlık sistemi üzerine önemli bir yük getirmektedir.

Mevcut bilgi ve deneyimler, topluma ya da bireye yönelik yapılacak uygun müdahale programlarıyla bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenilebileceğini göstermektedir. Topluma yönelik müdahale programlarının planlanması ve uygulanması için ülkenin altyapısına uygun, hedefleri belirlenmiş, uygulanabilir ve kanıta dayalı politikalara ihtiyaç vardır.

Son yıllarda değişen yaşam tarzlarımız, tütün kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme ve alkol tüketimi Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar riskini artırmaktadır. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkları azaltmak için, bu hastalıklarla ilişkili temel risk faktörlerinin düşürülmesine odaklanmak gerekmektedir. Bu risk faktörlerinin sıklıkları ve dağılım özelliklerinin bilimsel yöntemlerle, ulusal düzeyde saptanarak kanıta dayalı halk sağlığı müdahale programları geliştirilmelidir. Bu kapsamda gerçekleştirilecek faaliyetlerin planlanması ve etkisinin değerlendirilmesi için toplumun genelini temsil eden veriye dayalı bilgiye gerek vardır.

Bu nedenle, Ülkemizde Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve risk faktörleri konusundaki mevcut durumun katılımcıların bildirimine dayalı verilerin yanı sıra, fiziksel ve kan ölçümleri ile belirlenmesi amacıyla, Bakanlığımız tarafından Dünya Sağlık Örgütü işbirliği ile ulusal düzeyde "Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması (Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı)" yürütülmüştür. Araştırma, ülke genelini yansıtan bir çalışma olmasının yanı sıra hem uluslararası karşılaştırmalara imkan veren, hem de ulusal ihtiyaçlara ışık tutan bir çalışma olması açısından önemlidir.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ile mücadele programlarımıza değerli katkılar sağlayacak olan bu araştırmada emeği geçen herkese teşekkür ediyorum.

**Dr. Ahmet Demircan**

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı



## ÖNSÖZ

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH), tüm dünyada ölüme sebebiyet veren başlıca nedendir. Bir veya daha fazla bulaşıcı olmayan hastalığı olan kişilerin aynı zamanda bu hastalıklar sebebiyle erken ölümlerin artması sağlık sistemine ağır bir yük getirmektedir ve hem ekonomik kalkınmayı hem esenliği olumsuz etkilemektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü 2000-2010 yılları arasında DSÖ Avrupa Bölgesinde BOH kaynaklı erken ölümlerin belirgin şekilde azalmasını sağlamıştır. Buna rağmen, Bölgede gerçekleşen ölümlerin %80'i BOH kaynaklıdır. Tüm dünyada, bulaşıcı olmayan hastalıklar 21. Yüzyılda sürdürülebilir kalkınmaya zarar veren en temel sorunlardan biridir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin başarıya ulaşması için tüm sektör ve ortamlarda bulaşıcı olmayan hastalıkların azaltılması, önlenmesi ve kontrolüne yönelik eylemler gerçekleştirilmelidir.

2011 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun kabul ettiği Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların önlenmesi ve kontrolü konulu Siyasi Bildirisine uygun olarak Dünya Sağlık Örgütü 2013-2020 DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne yönelik Küresel Eylem Planını geliştirmiştir. Bu planı uygulamak amacıyla gerçekleştirilecek eylemlerin değerlendirilmesi için DSÖ, küresel bir izleme çerçevesi oluşturmuş ve bu çerçeve sağlık durumu, risk faktörleri ve sağlık sistemlerinin kapasitesi ile yanıtına yönelik dokuz gönüllü hedefi ve 25 göstergelyi içermektedir. Eylem planı ve izleme çerçevesi Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik gerçekleştirilen tüm faaliyetlere sağlam bir temel oluşturmaktadır ve bu faaliyetlerde aktif olarak yer almak tüm ülkeler için önemlidir.

Kronik hastalıklar epidemisi, Türkiye de dâhil olmak üzere tüm ülkeleri etkilemektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların gelecek yıllardaki etkisi ülkelerin kendi halklarının ve toplumların sağlık ve esenliğine karşı giderek büyüyen bir tehdide yanıt verip vermeyeceği ve bunu nasıl vereceği ile belirlenecektir. Türkiye, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, sağlık sistemi üzerindeki ek yükün azaltılması ve hastalıklar için kapsamlı sağlık bakımının sağlanması amacıyla önemli adımlar atmış bir ülkedir. 2017 yılında, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı sağlık sektörünün bulaşıcı olmayan hastalıklar müdahalesini ve çok sektörlü işbirliğini kolaylaştırmak, tüm kurumların sağlık politikasını uygulamasını sağlamak ve ortak bir bakış açısı oluşturmak amacıyla 2017-2025 Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Sektörlü Eylem Planını kabul etmiştir. DSÖ'nün bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik 9 gönüllü hedefi sivil

toplum örgütleri, akademi ve DSÖ Türkiye Ülke Ofisi temsilcilerinin katılımı ile gözden geçirilmiş ve Türkiye'ye adapte edilmiştir. Ayrıca 25 ülkeye özel gösterge belirlenmiştir ve hedefe yönelik öncelikler tartışılmıştır.

Türkiye, Nisan 2016 tarihinde Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Birleşmiş Milletler Ortak Görev Gücüne ve daha iyi BOH çıktıları elde etmek amacıyla sağlık sistemi engellerinin değerlendirilmesi amacıyla da farklı misyonlara ev sahipliği yapmıştır. Türkiye, önemli hastalık yükünü belirleyecek risk faktörlerine yönelik temel veri elde etmek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü Kronik Hastalıkların Sürveyansı (STEPwise) yaklaşımını kullanarak kapsamlı bir bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri analizi yapmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı Sayın Dr. Ahmet Demircan'a, bu başarıların elde edilmesindeki yol göstericiliği ve desteği için en derin teşekkürlerimi sunarım. Bu eylemler, ileride gerçekleştirilecek faaliyetler ile beraber Türkiye'nin BOH epidemisini mücadele etmesine yardımcı olacak çok önemli bir rol oynamaktadır.

Türkiye, Nisan 2016 tarihinde Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Birleşmiş Milletler Ortak Görev Gücüne ve daha iyi BOH çıktıları elde etmek amacıyla sağlık sistemi engellerinin değerlendirilmesi amacıyla da farklı misyonlara ev sahipliği yapmıştır. Türkiye, önemli hastalık yükünü belirleyecek risk faktörlerine yönelik temel veri elde etmek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü Kronik Hastalıkların Sürveyansı (STEPwise) yaklaşımını kullanarak kapsamlı bir bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri analizi yapmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı Sayın Dr. Ahmet Demircan'a, bu başarıların elde edilmesindeki yol göstericiliği ve desteği için en derin teşekkürlerimi sunarım. Bu eylemler, ileride gerçekleştirilecek faaliyetler ile beraber Türkiye'nin BOH epidemisini mücadele etmesine yardımcı olacak çok önemli bir rol oynamaktadır.

Bu rapor, Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri prevalansına yönelik temel oluşturan önemli bir adım olmuştur. İnanıyorum ki bu yayın sadece Türkiye'de karar vericilerin taahhütlerini sürdürmelerini sağlayan bir doküman olarak kalmayacak, aynı zamanda bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklı erken ölüm riski olan vatandaşların hayatının kurtulmasına vesile olacaktır.

**Dr Zsuzsanna Jakab**

DSÖ Avrupa Bölge Direktörü



## ÖNSÖZ

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH), küresel, bölgesel ve ulusal düzeyde ölüme sebebiyet veren başlıca nedendir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar her yıl 40 milyon kişinin ölümüne sebebiyet vermektedir bu sayı tüm dünya çapındaki ölümlerin %70'idir. Her yıl, 30-69 yaş arası 15 milyon kişi bulaşıcı olmayan hastalıklardan hayatını kaybetmektedir ve bu erken ölümlerin %80'den fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar, BOH'lardan kaynaklanan erken ölümlerin 2030 yılına kadar üçte bir oranında azaltılması hedefini de içeren 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ne yönelik sağlanacak gelişmeyi de tehdit etmektedir. Yoksulluk, bulaşıcı olmayan hastalıklar ile oldukça yakından bağlantılıdır. Bulaşıcı olmayan hastalıklardaki hızlı artış, özellikle sağlık bakımı ile ilgili hanehalkı giderlerini artırarak düşük gelirli ülkelerde yoksulluğun azaltılmasına yönelik inisiyatiflere engel teşkil edeceği tahmin edilmektedir.

Türkiye'de BOH kaynaklı ölüm oranları ile DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki diğer ülkelerdeki oranlar benzerdir. Türkiye'deki tüm ölümlerin %87,5'i bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Türkiye'de yaşayan bir bireyin dört bulaşıcı olmayan hastalıktan biri dolayısıyla erken ölme olasılığı 2015 yılında yaklaşık altıda 1'dir (%16,8). BOH yükü ülkenin sosyal ve ekonomik gelişimine zarar vermektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar; bireylere ailelere sağlık sistemine ve ekonomiye giderek artan boyutta mali zararlar vermektedir. BOH yaygın risk faktörlerinin yeterli düzeyde önlenmezse ve BOH erken teşhis edilmezse bu hastalıkların Türk toplumuna sebep oldukları maliyet artacaktır.

Artan bulaşıcı olmayan hastalık yüküne müdahale amacıyla, devlet ve hükümet başkanları 2011 Mayıs ayında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Yüksek düzey toplantısında kabul edilen Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar konulu Siyasi Bildirisini kabul etmiştir, aynı zamanda Dünya Sağlık Asamblesi, 2013-2020 DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne yönelik Küresel Eylem Planını kabul etmiştir.

Türk hükümeti BOH etkisini kabul etmiş ve bu hastalıklarla ve risk faktörleri ile mücadele etmek için taahhütte bulunmuştur. Bu taahhütleri belirtmek amacıyla, Türkiye 2017-2025 yılları için Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara yönelik Çok Sektörlü Eylem Planı yayınlamıştır. Buna ek olarak, Türkiye Dünya Sağlık Örgütü desteğiyle BOH'ların ekonomik kazanımları azalttığına kanıt sunmak, duruma müdahale etmeye yönelik mümkün seçenekleri tartışmak ve ülkeye en uygun müdahaleleri belirlemek amacıyla bir yatırım gereçleri raporu geliştirmiştir.

Sağlık politikaları geliştirme ve uygulama; sorunların anlaşılması, müdahalelere yönelik ihtiyacın bilinmesi, hastalık yükünü azaltılması ve sağlık eşitsizliklerinin



ele alınmasına yönelik uygun müdahalelerin geliştirilmesi ve belirlenen hedeflerin başarısındaki gelişimin izlenmesi amacıyla ulusal düzeyde yüksek kaliteli ve farklı veriler gerektirmektedir.

Türkiye’de Dünya Sağlık Örgütü Kronik Hastalıkların Sürveyansı (STEPwise) yaklaşımını kullanarak yapılan bu araştırmanın temel hedefi temel BOH risk faktörlerinin hem davranışsal hem metabolik/psikolojik temel durumunu değerlendirmek ve mevcut durumla ilgili tüm ulusal ve uluslararası paydaşları bilgilendirmektir.

Araştırma verileri, yeni BOH politikaları için temel bilgi kaynağı oluşturacak ve risk faktörleri prevalansının izlenmesine yönelik bir başlangıç noktası olacaktır. Ayrıca, bulaşıcı olmayan hastalıkların yükünü ve bu hastalıkların risk faktörlerini azaltmaya yönelik müdahalelerin etkinliği de analiz edilecektir. Araştırmanın sonuçları BOH risk faktörlerinin zaman içinde ve ülkeler çapında dağılımının ve prevalansının kıyaslanmasını sağlayacaktır.

Bu yayın, Dünya Sağlık Örgütü Kronik Hastalıkların Sürveyansı (STEPwise) yaklaşımı kullanılarak 2017 yılında yapılan Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Prevalansı Hanehalkı Sağlık Araştırması’nın sonuç raporunu sunmaktadır. Araştırmanın temel hedefleri, 15 yaş ve üzeri genel nüfusta en yaygın görülen davranışsal ve biyolojik risk faktörleri prevalansını belirlemek ve düzey-1 İstatistik Bölge Birimlerinde belirtilen 12 bölge düzeyinde, 5 yaş grubunda ve her iki cinsiyette risk faktörleri prevalansı farklılıklarını belirlemektir. Risk durumları, değiştirilebilir davranışsal faktörler (tütün ürünü kullanımı, zararlı alkol kullanımı, düşük meyve ve sebze tüketimi, fiziksel inaktivite) ve kontrol edilebilir biyolojik faktörler (hipertansiyon, aşırı kilo ve obezite, yüksek kan şekeri ve yüksek toplam kolesterol) olarak gruplandırılmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar, Türk nüfusunda BOH risk faktörlerinin mevcut prevalansını göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, tüm hükümet ve tüm toplum yaklaşımları yoluyla nüfus sağlığının geliştirilmek ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmak amacıyla Türk Hükümetine daimi olarak politika tavsiyesi, teknik destek ve kapasite oluşturma desteği sağlamaktadır. Bu bağlamda, Dünya Sağlık Örgütü ülkeye Avrupa Sağlık 2020 politikasının, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik DSÖ küresel ve Avrupa eylem planlarının ulusal düzeyde uygulanmasında yer almalarını sağlamak için destek sunmaktadır.

Hem Türk Hükümeti hem Dünya Sağlık Örgütü ortaklarına, özellikle Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası’na (Dünya Bankası), ilk Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Prevalansı Hanehalkı Sağlık Araştırması’nın yürütülmesi için mali destek sağlamak amacıyla Türk Hükümeti ve Dünya Bankası arasında imzalanan “Sağlık Sistemlerinin Güçlendirilmesi ve Desteklenmesi (HSSP)” projesi kapsamında sağladıkları rehberlikten dolayı, bunun yanı sıra araştırmanın gerçekleştirilmesine teknik destek sağlayan uluslararası ve ulusal düzeydeki diğer tüm ortaklara teşekkürlerini sunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ülke Ofisi, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’na işbirliği için teşekkürlerini sunmaktadır ve Türkiye’nin başarılarını diğer ülkelere yaymak amacıyla gerçekleştirilen ortak çalışmaların devam etmesinden onur duyacaktır.

**Dr. Pavel Ursu**

Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Temsilcisi



## TEŞEKKÜR

Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması “Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı” çalışma grubu üyeleri, bu araştırmanın uygulanmasından ötürü Türkiye Sağlık Bakanlığı’na ve özellikle Müsteşar Eyüp GümüŖe; bu rapora özverilerinden dolayı Müsteşar Yardımcısı Elif Güler Kazancı’ya, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Alper Cihan’a, Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Muhammed Ertuğrul Eğin’e, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Araştırmaları Dairesi Başkanı Oğuzhan Özkan’a içten Ŗükranlarını sunar. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları eski Genel Müdürü Mehmet Rifat Köse’ye bu süreci başlattıkları için ve STEPS araştırma süreci boyunca devamlı özverili destekleri ve sergiledikleri önderlik ve rehberlikten dolayı özel teşekkürlerimizi iletmek isteriz.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Araştırmaları Dairesi’nden Banu Ayar, Ayşegül Gençoğlu, Abdullah Akunal, Ayşegül Doğan Sönmez’e Ulusal Bilimsel Danışma Kurulunun toplanması, çalıştayların düzenlenmesi, ulusal verilerin sağlanması ve koordinasyonu ile metodolojinin, araştırma aracı ve örneklemin geliştirilmesi, araştırma ekibinin eğitimi, veri analizi ve bu STEPS araştırma rapor taslağının geliştirilmesine yönelik katkılarından dolayı özellikle teşekkür ederiz.

Araştırmanın planlama, uygulama ve bulguların değerlendirilme süreçlerinde uzmanlık alanları ile ilgili konularda değerli katkı ve desteklerinden dolayı Ulusal Bilimsel Danışma Kurulu üyelerine teşekkürlerimizi sunarız.

Bu araştırma, DSÖ Genel Merkezi Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Sürveyansı ve Nüfus Temelli Önlenmesi Birimi Takım Lideri Leanne Margaret Riley, Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Temsilcisi Pavel Ursu, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Yaşam Boyu Sağlığın Desteklenmesi Birimi Önceki Direktörü Gauden Galea, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Yaşam Boyu Sağlığın Desteklenmesi Birimi Bölüm Direktörü Bente Mikkelsen’in genel rehberliğinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışma grubu üyeleri, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Birim Koordinatörü Enrique Gerardo Loyola Elizondo’ya, DSÖ Genel Merkezi Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Sürveyansı ve Nüfus Temelli Önlenmesi Birimi’nden Lubna Bhatti’ye ve Stefan Savin’e ve Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Yaşam Boyu Program Ulusal Sorumlusu Toker Ergüder’e metodolojinin, araştırma aracının ve örneklemin geliştirilmesi ile araştırma ekibi eğitimi ve veri analizi sürecindeki devamlı sağladıkları teknik destek ve katkılarından dolayı en içten teşekkürlerini sunar.

Çalışma grubu üyeleri, Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ve Dünya Bankası arasında imzalanan “Sağlık Sistemlerinin Güçlendirilmesi ve Desteklenmesi Projesi” kapsamında sağladıkları rehberlik için Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası (Dünya Bankası) Sağlık Beslenme ve Nüfus Sektör Yöneticisi Enis Barış’a ve Kıdemli Beşeri Kalkınma Uzmanı Ahmet Levent Yener’e teşekkürlerini sunar.

Ayrıca, çalışma grubu üyeleri, DSÖ Uygulama Ortağı PGlobal Küresel Danışmanlık ve Eğitim Hizmetleri A.Ş’e araştırmanın saha uygulanması sürecinde verdikleri destekten dolayı özellikle Ertan Yülek ile Alpaslan Girayalp’e ve takdire şayan işbirlikleri için tüm teknik ve saha araştırma ekiplerine, metodolojinin ve araştırma aracının geliştirilmesi, örnekleme, araştırma ekiplerinin eğitimi, veri analizi ile bu STEPS Araştırma Raporu taslağının geliştirilmesi süreçlerinde

sağladıkları teknik destek için Sarp Üner, Mehmet Balcılar, Ufuk Yüzüncü, Selçuk Dinç, Ahmet Gül, Süzülay Hazar ve Gökhan Koçtürk'e teşekkürlerini sunar.

İstatistik analiz ekibi Mehmet Balcılar, Sarp Üner, Stefan Savin, Lubna Bhatti, Toker Ergüder, Ahmet Gül, Süzülay Hazar ve Gökhan Koçtürk'ten oluşmuş ve rapor taslağı Sarp Üner, Mehmet Balcılar, Toker Ergüder, Alpaslan Girayalp, Ufuk Yüzüncü, Selçuk Dinç ve Cansu Saraç tarafından geliştirilmiştir.

Bu raporun Türkçe versiyonunun çeviri ve okunması için Gül Menet ve Sıla Saadet Toker'e ve raporun tasarım ve dizgisi için Mehti Atlı'ya teşekkür ederiz. Raporun geliştirilmesi sürecinde sağladıkları destek için Rezin Jasim'e ve Ayşe Özlem Torunoğlu'na teşekkürler. Tüm STEPS sürecinde yaptığı düzenlemeler için Gül Menet'e özellikle teşekkür ederiz.

Araştırma ve rapor için teknik destek DSÖ tarafından sağlanmış ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ile DSÖ arasında imzalanan 2016/2017 İki Yıllık İşbirliği anlaşması kapsamında DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ile DSÖ Türkiye Ülke Ofisi tarafından koordine edilmiştir.

Bu rapora katkıda bulunan uzmanların tam listesi Ek 1'de yer almaktadır.

# KATKI SAĞLAYANLAR

## Katkı Sağlayan Kurum ve Kuruluşlar

TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü  
Türkiye İstatistik Kurumu  
Dünya Sağlık Örgütü  
Dünya Bankası  
PGlobal Küresel Danışmanlık ve Eğitim Hizmetleri

## Uluslararası Danışmanlar

Dr Lubna Bhatti, Dünya Sağlık Örgütü Genel Merkezi, Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların İzlemi ve Toplum Temelli Müdahaleler Bölümü  
Dr Enrique Loyola, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi, Koordinatör, Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların İzlemi Bölümü  
Dr Leanne Margaret Riley, Dünya Sağlık Örgütü Genel Merkezi, Takım Lideri, Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların İzlemi ve Toplum Temelli Müdahaleler Bölümü  
Dr Stefan Savin, Dünya Sağlık Örgütü Genel Merkezi, Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların İzlemi ve Toplum Temelli Müdahaleler Bölümü

## DSÖ Türkiye Ofisi

Dr Pavel Ursu, Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Temsilcisi  
Dr Toker Ergüder, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Sağlıklı Yaşam Program Yöneticisi  
Gül Menet, Program Asistanı  
Sıla Saadet Toker, Tercüman

## Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu

Prof. Dr. Deniz Çalışkan, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Prof. Dr. Peyami Cinaz, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Endokrinoloji Anabilim Dalı  
Prof. Dr. Yasemin Erten, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Anabilim Dalı  
Prof. Dr. Berrin İmge Ergüder, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı  
Prof. Dr. Ahmet Kaya, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji Anabilim Dalı  
Prof. Dr. Meral Kayıkçıoğlu, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı  
Prof. Dr. Aytekin Oğuz, Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji Anabilim Dalı  
Prof. Dr. Seçil Özkan, Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Prof. Dr. Nevin Şanlıer, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Uzman Dr. Çiğdem Sönmez, Kamu Hastaneleri Birliği  
Prof. Dr. Ebru Ünsal, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı  
Prof. Dr.S. Lale Tokgözoğlu, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı  
Prof. Dr. M. Temel Yılmaz, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Anabilim Dalı,

## Sağlık Bakanlığı

Dr. Mehmet Rifat Köse, Sağlık Araştırmaları Eski Genel Müdürü  
Oğuzhan Özkan, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanı  
Uzman Dr. Banu Ayar, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Dr. Ayşegül Gençoğlu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Abdullah Akünal, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Ayşegül Doğan Sönmez, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

### **Proje Ekibi (PGlobal Global Küresel Danışmanlık ve Eğitim Hizmetleri A.Ş.)**

Alpaslan Girayalp, Proje Genel Koordinatörü, PGlobal

Prof. Dr. Sarp Üner, Proje Yöneticisi / Ekip Lideri, Hacettepe Üniversitesi -Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi İşbirliği Uygulama ve Araştırma Merkezi

Profesör Dr. Mehmet Balcılar, Proje Baş Danışmanı -Doğu Akdeniz Üniversitesi İşletme ve Ekonomi Fakültesi

Dr. Ufuk Yüzüncü, Proje Koordinatörü, PGlobal

Selçuk Dinç, Baş Analist, PGlobal

Mustafa Reşit Bulut, Analist, PGlobal

Cansu Saraç, Analist, PGlobal

Öğr. Gör.. Gülcan Demir Özdenk, Ekip Lideri Yardımcısı, Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek YO

Dr. Öğr. Üyesi Gürcan Günaydın, Ekip Lideri Yardımcısı, Hacettepe Üniversitesi Kanser Enstitüsü

Dr. M. Emin Keleş, Ekip Lideri Yardımcısı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

### **Danışma Kurulu (PGlobal Küresel Danışmanlık ve Eğitim Hizmetleri A.Ş.)**

Profesör Dr. Murat Yülek, Danışman, Ekonomi ve Finans, PGlobal

Dr. Ertan Yülek, Danışman, Organizasyon ve Planlama, PGlobal

Profesör Dr. Zeliha Günnur Dikmen, Danışman, Biyokimya, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Süleyman Can Numanoğlu, Danışman, Halk Sağlığı, PGlobal

### **Saha Araştırması Ekibi**

(Saha Ekipleri Ek İde Sunulmuştur)

Ahmet Gül, Saha Araştırması Genel Koordinatörü

Süzülay Hazar, Saha Koordinatörü

İlayda Urvaylıoğlu, Saha Koordinatörü Yardımcısı

Tolga Çomak, Saha Koordinatörü Yardımcısı

Gökhan Koçtürk, Teknik Koordinatör

Yeşim Uzun, Sağlık Koordinatörü

### **İstatistiksel Analiz**

Prof. Dr Mehmet Balcılar, Doğu Akdeniz Üniversitesi İşletme ve Ekonomi Fakültesi

Prof. Dr Sarp Üner, Hacettepe Üniversitesi -Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi İşbirliği Uygulama ve Araştırma Merkezi

Doç. Dr Toker Ergüder, DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Sağlıklı Yaşam Program Yöneticisi

Dr Lubna Bhatti, Dünya Sağlık Örgütü Genel Merkezi, Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların İzlemi ve Toplum Temelli Müdahaleler Bölümü

Ahmet Gül, İstatistik Dünyası

Süzülay Hazar, İstatistik Dünyası

Gökhan Koçtürk, İstatistik Dünyası

Dr Stefan Savin, Dünya Sağlık Örgütü Genel Merkezi, Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların İzlemi ve Toplum Temelli Müdahaleler Bölümü

### **Raporu yazarlar**

Prof. Dr Sarp Üner

Prof. Dr Mehmet Balcılar

Doç. Dr Toker Ergüder

Alpaslan Girayalp

Dr Ufuk Yüzüncü

Selçuk Dinç

Cansu Saraç

Gül Menet

Sıla Saadet Toker

# YÖNETİCİ ÖZETİ

‘Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması “Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı”, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ‘Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi ve Desteklenmesi Projesi’ altında organize edilmiştir. Kredi Anlaşması Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası Yapılanma ve Gelişim Bankası (Dünya Bankası) arasında imzalanmıştır. Araştırma için T.C. Sağlık Bakanlığı’na teknik destek 10 Kasım 2016’da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti arasında imzalanan Antlaşma kapsamında DSÖ tarafından sağlanmıştır. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması “Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı” çalışmasının saha uygulaması DSÖ Türkiye Ülke Ofisi ile anlaşma imzalayan PGlobal, Evrensel Danışmanlık ve Eğitim Hizmetleri A.Ş. tarafından yürütülmüştür. Saha araştırma ekiplerinin eğitimi 10-14 Nisan 2017 tarihlerinde Ankara’da yapılmış, gerekli tıbbi donanımın Türkiye’de 79 il’e hizmet veren 14 lojistik servis noktasına nakli ve saha araştırma ekiplerinin ulaşmaları 16-28 Nisan 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Saha araştırmasının ilk aşaması 28 Nisan-26 Mayıs 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Ramazan ayı sebebi ile ara verilen ve 3 Temmuz 2017 tarihinden itibaren tekrar devam edilen araştırma, milli ve dini tatiller ve öngörülemeyen engelleyici koşullar sebebi ile 15 Eylül 2017’de tamamlanabilmiştir.

Araştırmanın genel hedefi, DSÖ STEPwise yaklaşımı kullanarak bulaşıcı olmayan hastalık temel risk faktörlerinin prevalansını tanımlamak ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmak ve bu hastalıkları engellemek için faaliyetlerin daha etkili olarak planlanmasını sağlamaktır.

Araştırmanın ana amaçları:

- 15 yaş ve üzeri nüfusta, bulaşıcı olmayan hastalıklar için en yaygın davranışsal ve biyolojik risk faktörlerinin prevalansını saptamak, ve
- cinsiyet, beş yaş grubu ve İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırması 1. seviyesindeki 12 bölgede risk faktörleri prevalansları arasında farkları tanımlamaktır.

Çalışmada katılımcıların yaş ve cinsiyete göre eşit dağılımını sağlamak için çok aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmış, %20 cevapsızlık hızı göz önüne alınarak 8644 hane örnek olarak belirlenmiş ve her haneden “rastgele” (random) bir kişi seçilmiştir. 15 yaş üzeri toplam 6053 kişiden bilgi toplanmıştır. Araştırmaya katılım %70,0 olmuştur.

Türkiye’de 15 yaş ve üzeri toplam 6053 katılımcının %31,5’i halen tütün ürünü içmektedir, her gün tütün içenler ise nüfusun %29,2’sidir. Erkeklerde tütün ürünü içimi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (%43,4-%19,7). Tüm grupta günlük tütün ürünü içenlerin ortalama içmeye başlama yaşı, 18,1 olarak hesaplanmıştır (erkekler için 17,2 yaş, kadınlar için 20,2 yaş). Günlük tütün ürünü içenlerin %97,3’ü mamül sigara içmektedirler ve bu grupta günlük ortalama içilen mamül sigara sayısı 15,5 olarak bulunmuştur.

Her beş katılımcıdan dördünden fazlası (%83,6) ömür boyu alkol tüketmemişken, %4,3’ü önceden alkol tükettikleri halde son 12 ay içerisinde hiç alkol kullanmışlardır. Nüfusun %8,0’i son 30 günde alkol kullanmıştır ve 20 kişiden sadece biri (%5,2) son 30 günde en az bir kez tek seferde 6 ya da daha fazla standart içki tüketmiştir. Son 30 günde en az bir kez tek seferde 6 ya da daha fazla alkol tüketimi erkeklerde (%8,7) kadınlardan (1,8%) 4 kat fazladır.

Genel olarak meyve ve sebze tüketimi düşük bulunan çalışmada nüfusun %87,8'i günde beş porsiyondan daha az meyve ve sebze tükettiklerinden, BOH'lar açısından yüksek risktedir. Erkek (%87,8) ve kadınlardaki (%87,9) dağılım benzerdir.

Nüfusun %43,6'sı DSÖ'nün sağlık için fiziksel aktivite tavsiyelerini karşılamamaktadır (erkekler %33,1; kadınlar %53,9). Türkiye'de günlük ortalama fiziksel aktivite zamanı 30,0 dakika olarak hesaplanmıştır ve erkeklerde fiziksel aktivite için harcanan toplam zaman (51,4 dakika) kadınlardan (17,1 dakika) daha fazladır. Etkili bir fiziksel aktiviteye katılmayanların yüzdesi %81,3'tür (erkekler %70,1; kadınlar %92,2). Türkiye'de 15 yaş ve üzeri nüfusta her beş kişiden 2'si son 12 ay içinde bir doktor ya da sağlık çalışanı tarafından yaşam tarzına yönelik tavsiye almıştır. Türkiye nüfusunun %87,3'ü (erkeklerde %89,1 ve kadınlarda %85,5) seçilen herhangi bir BOH risk faktörünün iki veya daha fazla olumsuz sağlık etkisini belirtmişlerdir.

50-70 yaş arası her dört kişiden biri gaitada gizli kan testi yaptırmıştır. 30-65 yaş arası kadınların yarısından fazlası (%54,2) servikal kanser için taranmışken, 40-69 yaş arası kadınların beşte üçü mamografi yaptırmıştır.

Fiziksel ölçümlerin sonucu Türkiye'de 15 yaş ve üzeri nüfusun ortalama beden kitle indeksi erkeklerde 26,6 kg/m<sup>2</sup>, kadınlarda 28,3 kg/m<sup>2</sup> olarak hesaplanmıştır. Her üç kişiden ikisi fazla kiloludur (BKİ≥25 kg/m<sup>2</sup>). Her 10 kişiden 3'ü (%28,8) obezdir (BKİ≥30 kg/m<sup>2</sup>) ve obezite kadınlarda (%35,9) erkeklerden (%21,6) 1,6 kat daha fazla bulunmuştur. Kadınlarda ortalama bel çevresi 87,9 cm ve kalça çevresi 102,5 cm'dir ve erkeklerde bu değerler sırasıyla 91,3 cm ve 98,7 cm olarak saptanmıştır.

Türkiye'de 15 yaş ve üzeri nüfusta hipertansiyon için ilaç kullananlar dâhil ortalama sistolik ve diyastolik kan basıncı 123,0 mmHg ve 78,4 mmHg'dir ve kadın ve erkek arasında önemli bir fark tespit edilmemiştir. Her 10 kişiden üçünün hipertansiyonu vardır ve cinsiyetler arasında istatistiki olarak anlamlı fark yoktur.

Ortalama açlık kan şekeri değeri 97,8 mg/dl'dir (erkeklerde 96,2 mg/dl ve kadınlarda 99,3 mg/dl). Araştırma sonuçlarına göre bozulmuş açlık kan şekeri (açlık kan şekeri 110- 126 mg/dl) grubun %7,9'udur ve bozulmuş açlık kan şekeri sıklığı erkeklerde (%8,1), kadınlardan (%7,7) daha yüksektir. Yüksek açlık kan şekeri (venöz plazma değeri ≥126 mg/dl) olanlar ile halen yüksek açlık kan şekeri için ilaç kullananlar araştırma grubunun 10 katılımcıdan birini (%11,1) oluşturmaktadır ve cinsiyetler arasında istatistiki olarak anlamlı fark yoktur. Yüksek HbA1c (≥%6,5) düzeyine sahip olma sıklığı erkekler (%11,9) ile kadınlarda (%12,2) benzerdir ve yaşla birlikte artmaktadır.

Total kolesterol düzeyi ≥ 190 mg/dl'nin üzerinde olanlar ile yüksek kolesterol için ilaç kullananlar beraber araştırma grubunun %24,7'sini oluşturmaktadırlar ve kadınlarda (%28,5) erkeklerden (%20,9) daha yüksektir. Erkeklerin %55,6'sında ve kadınların %49,1'inde HDL kolesterolü optimal düzeyin altındadır. Günlük ortalama tuz tüketimi 9,9 gramdır (erkeklerde 11,0 g/gün ve kadınlarda 8,7 g/gün)

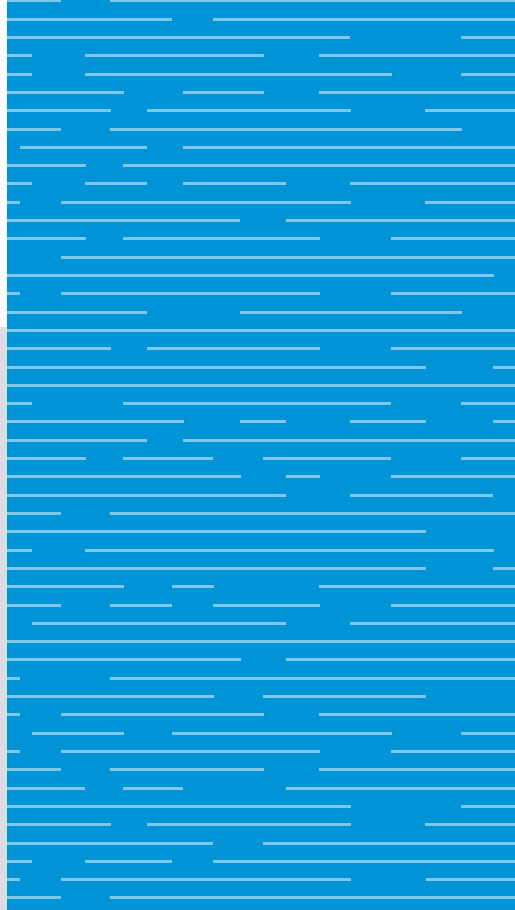
Nüfusun yarısından fazlası (%51,2), bulaşıcı olmayan hastalıklar için üç ya da daha fazla risk faktörüne sahiptir ve bu durum yaşla orantısız olarak artmaktadır. Çalışmada nüfusun sadece %1,3'ünün, bulaşıcı olmayan hastalıklar için 5 risk faktöründen hiçbirine sahip olmadığı anlaşılmıştır. Çalışma sonuçlarını içeren bir bilgi formu EK 2'de, araştırmanın veri toplama aracı EK 3'de sunulmuştur.





1

# ARAŞTIRMANIN ARKA PLANI



# 1. ARAŞTIRMANIN ARKA PLANI

## 1.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

Bulaşıcı bir sürecin sebep olmadığı, bulaşıcı olmayan, uzatılmış bir seyri olan, hâlihazırda çözülmemiş ve büyük çoğunluğunun sağaltımı mümkün olmayan, kronik durumlar, bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH'lar) olarak adlandırılır. Allen ve Feigl, dünyanın en büyük katili için "bulaşıcı olmayan" terimini kullanmanın, kafa karışıklığına sebep olabileceğini düşündüğünden (1), "bulaşıcı olmayan" yerine "sosyal olarak bulaşan" terimini önermişlerdir (2). Bununla birlikte, BOH'ları yeniden adlandırma çabalarına rağmen, genel kabul görmüş alternatif bir terim henüz yoktur (1).

BOH'lar genellikle karmaşık bir etiyojiye sahiptirler. Birçok risk faktörü ile ilişkilendirilmişlerdir. Genellikle bulaşıcı olmayan bir kaynağa ve uzun bir latent döneme sahiptirler. Hastalığın uzamış seyrini sıklıkla fonksiyonel bozukluk ya da engellilik hali takip eder. BOH'lar halen dünya çapındaki ölüm ve hastalıkların önde gelen sebepleri olduğundan, dünya çapındaki en önemli sağlık problemlerinden biridir (3). BOH'ların küresel trendi, enfeksiyon hastalıklarının pandemilerine tıpa tıp benzemektedir (4). Hem insanlar hem de sosyoekonomik parametrelere etkileri olduğundan, BOH'ların sonuçları oldukça dramatiktir. Orta ve düşük gelirli ülkelerdeki etkilerinin daha öne çıkması BOH'ların etkisinin büyümeye devam edeceğinin kanıtıdır. 1980 ve 2012 yılları arasında kalp damar hastalıkları (KDH), mide ve serviks kanserine bağlı ölümler azalmış görünmektedir; bununla birlikte diyabete, karaciğer kanseri ve kronik solunum hastalıkları ve akciğer kanserine bağlı ölümler genel olarak artmıştır. Ayrıca yüksek gelir ve düşük gelir düzeyine sahip ülkeler arasında BOH'lar açısından önemli farklar bulunmaktadır. Örneğin, yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde, KDH'na ve kansere bağlı ölümler gerilemiştir. Diğer taraftan, birçok düşük gelir düzeyine sahip ülkede, meme ve kolon kanserine bağlı mortalite artarken, KDH ve kronik solunum yolu hastalıkları göreceli olarak düz seyretmiştir (5). Bununla birlikte, BOH'lar dünya çapında, 21. Yüzyılın en önemli halk sağlığı problemi gibi görünmektedir (6).

BOH'lar şemsiyesi, KDH (BOH'ların %48'i), kanserler (%21), kronik solunum hastalıkları (%12) ve diyabeti (%3,5) kapsamaktadır. Bu hastalıklar dünya üzerindeki en büyük katiller arasında nitelendirilir. 2008 yılında 36 milyondan fazla birey (dünya çapında ölümlerin %63'ü) BOH'lara bağlı olarak ölmüştür. Yaklaşık olarak 14 milyon kişi (30-70 yaş arası) BOH'lara bağlı olarak erken ölmektedir. Orta ve düşük gelir seviyesine sahip ülkeler, bu erken ölüm yükünün yaklaşık %86'sına sahiptir. Sonuç olarak BOH'ların 15 yılda, toplamda yedi trilyon Amerikan Doları, ekonomik kayba sebep oldukları iddia edilmektedir (7). BOH'lara bağlı birçok ölüm, tütün kullanımı, sağlıksız diyet, fiziksel inaktivite ve alkolün zararlı kullanımını içeren risk faktörleri hedeflenerek engellenebilir. BOH'ların yükünü azaltmak için uygulanacak etkili müdahalelerin yıllık yaklaşık maliyeti 11,2 milyar Amerikan Doları olarak tahmin edilmektedir (7). Düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde, BOH'ların bütçelendirilmesi, bulaşıcı hastalıklar, ana ve çocuk sağlığı ve diğer geleneksel sağlık sorunlarının yoğunluğu nedeniyle geri planda kalmaktadır (8).

2008 yılında dünya çapında gerçekleşen 36 milyon ölümün (57 milyon ölümün %63'ü) BOH'lar yüzünden olduğu iddia edilmektedir (9). BOH'lar sebebiyle gerçekleşen tüm ölümlerin yaklaşık %80'i (29 milyon) orta ve düşük gelir düzeyine sahip ülkelerdedir. Risk faktörlerine maruz kalmak hayatın erken döneminde başlasa bile, BOH'lara bağlı mortalite ve morbidite genellikle yetişkinlik çağıda gerçekleşir. Araştırmalar, uygun adımlar atıldığında BOH'ların yükünün ciddi anlamda azalacağını göstermektedir. Bu doğrultuda, DSÖ 2012 yılında, BOH'lar sebebi ile kaçınılabilecek ölümleri, 2025 yılında, %25 azaltma hedefini desteklemektedir (25'te 25 hedefi) (10).

2012 yılında dünya genelinde 56 milyon ölüm gerçekleşmiş ve bu ölümlerin 38 milyonu BOH'lar yüzündendir (11). Bu BOH ölümlerinin yaklaşık 28 milyonu orta ve düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde gerçekleşti. Büyük kısmı önlenilebileceği halde, BOH'lar sebebiyle gerçekleşen erken ölümlerinin çoğunluğu, orta ve düşük gelir

seviyesine sahip ülkelerde gerçekleşmiştir (12). BOH'lara bağlı ölümler, 2000 yılından beri dünya genelinde artmaktadır. Enfeksiyon hastalıklarına bağlı ölümlerin azalacağı tahmin edilirken, BOH'lara bağlı ölümlerin 2030 yılında 52 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir (13). KDH'na bağlı ölümler 2012 yılında 17,5 milyon iken, 2030 yılında 22,2 milyona kadar yükseleceği tahmin edilmektedir. Ek olarak aynı zaman aralığında kansere bağlı ölümlerin, 8,2 milyondan 12,6 milyona yükseleceği düşünülmektedir. Tüm BOH ölümlerinin %82'sinden, 4 ana BOH sorumludur (13).

Erken ölüm bir toplumda BOH'ların önemini değerlendirmede en önde gelen sorunlardan birisidir. 2012 yılında, tüm BOH ölümlerinin %42 si 70 yaşından önce gerçekleşmiştir. Erken ölümlerin büyük kısmı (%82) düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde görülmüştür. KDH (%37), kanserler (%27), kronik solunum hastalıkları (%8) ve diyabet (%4), 70 yaş altı BOH ölümlerinin çoğunluğundan sorumludur.

## 1.2. Risk Faktörleri

Alkol, karaciğer sirozu ve pankreatitte olduğu gibi, ağız, orofarinks, nasofarinks, larinks, özefagus, kolon, rektum, karaciğer ve kadın meme kanserinin riskinin yükselmesi ile de ilişkilendirilmiştir (14,15,16). Ek olarak alkol tüketimi, hipertansif hastalık, atriyal fibrilasyon ve kanamaya bağlı inme ile de bağlantılıdır. DSÖ'ye göre dünya erişkin nüfusunun %48'i hiç alkollü içecek tüketmemiş olmakla birlikte yüksek alkol tüketimi orta ve yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde görülmektedir (17).

Fiziksel inaktivite dünya genelindeki en önemli risk faktörlerinden biridir ve yılda 3,2 milyon ölüm ve 69,3 milyon DALY ile ilişkilidir (18). Düzenli fiziksel aktivite, iskemik kalp hastalığı, inme, meme ve kolon kanseri ve hatta diyabet riskini azaltır. Aynı zamanda kilo kontrolüne ve obezitenin engellenmesine yardımcı olur (19).

Diyetteki aşırı sodyum tüketimi, yüksek hipertansiyon ve KDH riskine sebep olabilir (20) (21). Tuzun kaynağı ülkeden ülkeye değişir. Bazı ülkelerde tüketime hazır gıdalar veya işlenmiş gıdalarla alakalı iken, diğerlerinde yemek hazırlarken ya da masada eklenen tuz daha önemli olabilir. Beklendiği üzere yüksek miktarda (3,5 g/günden fazla) sodyum alımı KDH'ye sebep olabilir (22, 23).

Her yıl yaklaşık 6 milyon insanın tütün kullanımına bağlı olarak öldüğü düşünülmektedir, bunun 600 000'i (170 000'i çocuk) pasif içicilik sebebiyle ölmektedir (24, 25). Bunun yanında tütün, yüksek tıbbi maliyetler ve verimlilik kaybı sebebiyle önemli bir ekonomik yüküdür. Tütün kullanımının tanımı, halen kullanılan, tütünün hem içilebilen hem de dumansız formunu içerir (26).

Dünya genelinde, erişkinler arasında halen tütün ürünü kullanım prevalansı 2012 yılında yaklaşık %22'di. Tütün ürünü kullanım prevalansı ülkeden ülkeye değişmektedir. Erkekler (%37) kadınlara (%7) nazaran sigara içmeye daha eğilimlidirler (7).

Yüksek kan basıncının, 2010 yılında yaklaşık olarak 9,4 milyon ölümden ve hastalık yükünün (DALY) %7'sinden sorumlu olduğu düşünülmektedir (18). Hipertansiyon, sağlık sistemi üzerinde büyük etkisi olan, böbrek yetmezliği, demans, inme, miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği ve körlüğe sebep olabilir (27, 28). Sosyoekonomik belirleyiciler, yüksek yağ ve tuz tüketimi, psikolojik stres, fiziksel inaktivite, fazla kiloluluk ve obezite, düşük meyve veya sebze tüketimi, alkol ve sağlık hizmetine yetersiz erişim gibi değiştirilebilir birçok faktör hipertansiyon ile ilişkilendirilmiştir.

Law ve arkadaşları, SKB'deki 10mmHg'lik düşüş, koroner kalp hastalığında (KKH) %22 ve inmede %41 düşüşe sebep olduğunu bildirmişlerdir (29). Benzer olarak Di Cesare, bu durumun kardiyometabolik ölümden %41-46 düşüş sağladığını göstermiştir (30). Hipertansiyon, KKH, inme, diyabet, kanserin belirli türleri, obstrüktif uyku apnesi ve de osteoartrit, obezite ile ilişkilidir.

Erişkinler için ideal beden kitle indeksi (BKİ) ortancası 21-23 kg/m<sup>2</sup> olarak kabul edilmiş ve hedeflenen BKİ aralığı 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> dir. Obezite 30kg/m<sup>2</sup> ye eşit veya yüksek BKİ'ye sahip olarak tanımlanmışken, BKİ 25 kg/m<sup>2</sup> veya üzerinde olan kişiler fazla kilolu olarak tanımlanmıştır. Her iki durum da birçok hastalığın riskinin artmasına sebep olabilirken (31) yılda 3,4 milyon ölüm ve 93,6 milyon DALY'e sebep olmaktadır (18). Obezitenin daha kötü sağlık çıktıları ve yüksek mortaliteye sebep olduğu iyi bilinmektedir.

Global obezite prevalansı geçtiğimiz 30 yılda dramatik olarak yükselmektedir. Kadınlar, erkeklere nazaran obeziteye daha eğilimlidirler. 2014 yılında genel prevalans yaklaşık %9 iken, erkeklerin %11'inin, kadınların %15'inin obez olduğu bildirilmiştir. Dünyada toplam olarak 500 milyondan fazla erişkin obezdir. Buna ek olarak 2014 yılında erkeklerin %38'i, kadınların %40'ı fazla kilolu olarak bildirilmiştir. Fazla kilolu olmak 5 yaşın altındaki çocuklar için de önemli bir problemdir, bu grupta yaklaşık 42 milyon çocuk bulunmaktadır. Hem fazla kilolu olmak hem de obezite gelirle bağlantılıdır, her iki cinsiyet için de yüksek ve üst-orta gelir seviyesine sahip ülkelerde, fazla kilolu olmanın da obezitenin de prevalansı daha yüksektir. Hollanda ve İsviçre'de, çocuklarda obezite prevalansı sabitlenmiş olarak görünmektedir (32,33).

Diyabet erken ölümlerin çok önemli bir sebebidir ve prevalansı 2014 yılında yaklaşık olarak %9 olup heryıl 1,5 milyon ölüm ve 89 milyon DALY'e sebep olur (7). KDH, böbrek yetmezliği, körlük ve diz altı amputasyonları diyabet ile ilişkili olup (34), bozulmuş glukoz toleransı ve açlık gliseminin diyabet ve KDH riski taşıdığı bilinmektedir. Obeziteye benzer şekilde, özellikle düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde olmak üzere, global diyabet prevalansı, geçtiğimiz yıllarda yükselmiştir. Sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, obezite/fazla kilolu olma, yükselmiş kan basıncı, yüksek kolesterol, diyabetin ana ve değiştirilebilir risk faktörleri arasındadır. BOH için risk faktörü olan diyabet ortalama kan şekeri ölçümleri ile değerlendirilir. Hem diyabet hem de obeziteden, yemek sektörüyle bağlantılı çok sayıda müdahale ve fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi suretiyle, kişisel ve toplumsal çapta korunmak mümkündür. Benzer olarak diyabet riski kilo kaybı ve rutin fiziksel aktivite ile azaltılabilir.

### 1.3. Türkiye'deki BOH'lar ve Risk Faktörleri

Avrupa'nın geri kalanı için olduğu gibi, kronik hastalılar sorunu Türkiye içinde çok önemlidir. Avrupa'da BOH bağlantılı ölümlerin kümülatif yüzdesi %86 olarak tahmin edilmektedir (35), 2000 yılında Türkiye'deki 430.459 ölümün 305.467'si kronik hastalıklara bağlı olarak gerçekleşmiştir. Bu ölümlerin 205.457'sinde KDH sorumludur. Hastalığa bağlı ölümlerin en sık rastlanan üç sebebi, KDH (%22), serebrovasküler hastalıklar (%15) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır (KOA) (%6). Türkiye'de hipertansif kalp hastalığı altıncı ve inflamatuvar kalp hastalığı onuncu en sık rastlanan ölüm sebepleridir (36).

BOH'ların Türkiye'deki toplam ölümlerin %86'sından sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (37). 30 ile 70 yaş arasında, en sık rastlanan 4 BOH'a bağlı olarak ölme ihtimali %18'dir. Erkeklerin %42'si ve kadınların %13'ü halen sigara içicisidir. (Toplam: %27) (38, 39). Türkiye'de 2015 yılında kişi başına düşen saf alkol tüketimi 1,4 litredir (12).

Türkiye de dahil olmak üzere, BOH'lara bağlı erken ölümler, bu yüzyıldaki global gelişmenin önündeki en önemli engeller arasında olmaya devam edecektir ve dört ana BOH atfedilen erken ölüm hızı 2016 yılında 100 000'de 303'dür (40). Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Süreç Değerlendirmesi 2017 'ye göre, Türkiye'de BOH'lara bağlı ölümlerin (78.271.000 nüfusla) yüzdesi %88 dir. Türkiye'de toplam BOH ölümü 392.000 ve BOH'lara bağlı erken ölme riski %17 dir (41).

Türkiye ulusal BOH hedeflerini tanımlamada ve mortalite verileri alanında başarılı olmakla birlikte risk faktörü çalışmaları kısmen tamamlanmıştır. Bununla beraber ulusal düzeyde entegre edilmiş BOH politika/ strateji / eylem planları hala geliştirilebilir. Diğer yandan Türkiye, vergi artırımını, sağlık uyarısı kampanyaları, medyada reklam, promosyon ve sponsorluk yasakları, dumansız alan politikaları ile tütüne olan talebi azaltmakta çok başarılı olmuştur. Alkolün zararlı kullanımına karşı genişletilmiş reklam yasakları veya kapsamlı sınırlamalar

ve artırılmış vergilerle Türkiye başarılı görünmektedir. Sağlıksız beslenmeyi azaltma ile ilgili çabalara tuz/ sodyum politikaları, doymuş yağ asitleri ve trans yağ politikaları ve çocuklara pazarlama kısıtlamaları dâhildir. Türkiye’de son olarak halk eğitimi ve fiziksel aktivite üzerine bir farkındalık kampanyası düzenlenmiştir (41). Bunun yanısıra, kalp krizi ve felci önlemek için ilaç tedavisi koşullarını yada danışmanlık hizmetlerini henüz sağlayamamıştır.

#### 1.4. STEPwise Yaklaşımı

2013 yılında bu küresel sağlık sorununu önlemek için; DSÖ’nün karar verici organı olan Dünya Sağlık Asamblesi, BOH’lar için 25 önemli indikatör içeren ve BOH’ların seyrini ve korunmasını takip etmeyi amaçlayan, BOH Global İzleme Çerçevesini kabul etmiştir (42). Dünya Sağlık Asamblesi, 2025 yılına kadar BOH’ları önlemek ve kontrol altına almak için Küresel İzleme Çerçevesi ile bağlantılı bir dizi küresel gönüllü hedef üzerinde de anlaşmıştır. Bu hedefler 4 ana BOH sebebiyle gerçekleşen erken ölümleri 2025 yılına kadar %25 azaltmayı ve temel davranışsal ve metabolik BOH risk faktörlerini ve sağlık sistemi hedeflerini de içermektedir. Ayrıca benzer şekilde, 2015 yılında yayımlanan 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi, BOH sorunlarını hedef almanın önemini ve 2030 yılına kadar BOH’lara bağlı erken ölümleri üçte bir azaltmak gibi iddialı bir hedefi de kabul etmiştir (43).

DSÖ, BOH temel risk faktörleri ile ilgili verilerin küresel bir ihtiyaç olduğunu kabul etmiş ve süreyans için STEPwise yaklaşımını (STEPS) 2002 yılında başlatmıştır (44). STEPS’in ana hedefleri, bir çerçeve ve yaklaşım sağlayarak ülkelerin risk faktörleri süreyans sistemleri kurmasına rehberlik etmek;

- verilerin ulaşılabilirliğini güçlendirerek, ülkelerin politika ve programlarını izleme, bilgilendirme ve geliştirmelerine yardım etmek
- BOH risk faktörlerine maruz kalan nüfus yapısının belirlenmesi mümkün kılmak
- nüfuslar ve zaman dilimleri genelinde karşılaştırılmayı mümkün kılmak
- BOH süreyansı için bireysel ve kurumsal kapasite oluşturmaktır.

Başından beri STEPS yaklaşımı, az miktarda kaliteli verinin, büyük miktarda kalitesiz veriden çok daha değerli olduğunu savunmaktadır. STEPS yaklaşımı; gelecekte hastalık yükünün büyük kısmına neden olacak önde gelen BOH’lara karşı yapılacak müdahalelerin etkisini gösterebilecek, değiştirilebilen birkaç BOH risk faktörlerinin izlenmesini desteklemektedir. STEPS farklı risk faktörleri ile ilgili veri toplanmasını teşvik etmektedir. Bu yaklaşım risk faktörlerinin toplumda nasıl tabakalandığını anlamayı sağladığından ve ülkelere yüksek kardiyovasküler risk faktörüne sahip küçük bir topluluğun olası tedavi tahmini için referans alınmasına imkân verdiği için tek risk faktörü süreyansına göre üstündür.

BOH süreyansı, toplumun sağlık durumunun ve temel olarak hastalığın ilerlemesine neden olan risk faktörlerinin izlenmesi ile sosyal durumla ilgili hususların göz önünde bulundurulmasıyla sağlanacaktır. Bununla beraber BOH süreyansı müdahalelerin çeşitli nüfus gruplarının özelliklerine odaklandığından ve uyarıldığından emin olunmasını da sağlayacaktır. Elde edilen bilgi, morbidite ve mortaliteyi azaltmak hedefi ile bireysel ve toplumsal seviyede karar vermek için kullanılacaktır.

Tüm bu altyapı doğrultusunda bu çalışma Türkiye’deki BOH risk faktörleri ile ilgili değerli bilgiler sağlamaktadır. Ayrıca bu çalışma topluma, sağlık sistemindeki değişik aktörlere ve toplum temsilcilerine risk faktörlerini belirleme, yeni KDH, diyabet, kanser gibi vakaların artmasını engellemek, BOH’ların kontrolü için tedbir alma ve kontrol stratejileri oluşturma imkânı vermektedir. Çalışmada, Türkiye’yi ve İstatistik Bölge Birimleri Sınıflandırması 1. (İBBS-1) seviyesindeki 12 bölgesini temsil eden örneklerden, BOH risk faktörleri ile ilgili bilgi toplamak için, STEPwise yaklaşımı kullanılmıştır.



# 2

## ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE HEDEFLERİ

# 2. ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE HEDEFLERİ

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın genel amacı THSA (BOH-RFP) araştırmasıyla DSÖ tarafından onaylanmış STEPwise yaklaşımı (44) kullanılarak BOH'larla ilgili mevcut durumun değerlendirilmesi, kontrolü ve önlenmesine yönelik aktivitelerin daha etkili bir şekilde planlanmasını sağlamaktır.

DSÖ tarafından geliştirilmiş olan STEPwise yaklaşımı, sık görülen kronik hastalıkların risk faktörleri hakkında bilgi toplanması, analiz edilmesi ve paylaşılmasını sağlayan basit ve standardize bir surveyans yaklaşım stratejisidir. Yöntemin uygulanması, risk faktörlerinin surveyans kapasitesini oluşturmayı ve güçlendirmeyi hedefler. Bir ülke ya da bölgede kronik hastalıkların risk faktörlerinin mevcut durumunun belirlenmesi için bilgi gereksinimini karşılamak üzere uygulanan yöntem, ekonomik, lojistik, insan kaynakları ve altyapı olanaklarına göre adapte edilebilen esnek bir yapıya sahiptir. 104'ten fazla DSÖ üye ülkesinde bu yöntem uygulanmıştır.

DSÖ, geçerli ölçüm yöntemleri bulunan ve kontrol altına alınması durumunda, kronik hastalıkların önlenmesinde (erken ölümlerin ve engelliliğin) toplum üzerinde büyük etkisi olacak surveyans stratejilerine dahil edilmek üzere, önemli olduğu düşünülen sekiz risk faktörü belirlemiştir. Bu risk faktörleri, değiştirilebilen davranışsal risk faktörleri (tütün kullanımı, alkolün zararlı şekilde tüketimi, düşük meyve ve sebze tüketimi ve fiziksel inaktivite) i ve kontrol edilebilen biyolojik faktörleri (hipertansiyon, fazla kiloluluk ve obezite, yüksek kan şekeri ile artmış total kolesterolü) olarak gruplanmıştır.

### 2.2. Araştırmanın Hedefleri

THSA (BOH-RFP)'nin hedefleri şunlardır:

- 15 yaş üzeri ve her iki cinsiyeti temsil eden genel toplumda, BOH'lar için en sık görülen davranışsal risk faktörlerinin prevalansını belirlemek.
- İBBS-1 seviyesinde 12 bölgede, toplumda BOH'lar için en sık görülen davranışsal risk faktörlerinin prevalansını belirlemek.
- 15 yaş ve üzeri nüfusta, BOH'ların biyolojik risk faktörlerinin prevalansını belirlemek.
- risk faktörlerinin prevalanslarının beş yaş grubu, yaşanılan bölge ve cinsiyetler arasındaki farklarını belirlemek.

### 2.3. Araştırmanın Gerekçesi

Pek çok BOH, tütün kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, alkolün zararlı kullanımı ve sağlıksız beslenmeyi içeren dört risk faktörüne yönelik kontrol önlemleri ile azaltılabilmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, ulusal göstergeleri temel alarak (BOH'lara yönelik 9 küresel hedef ve DSÖ'nün 2015 yılı verilerine dayanarak) DSÖ'nün 2013-2020 Küresel BOH Eylem Planı ve 2025 hedeflerine ulaşmak için, 2025'e yönelik ulusal hedefler belirlemektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Yönelik Ulusal Çok Sektörlü Eylem Planını (2017-2025) faaliyete geçirmiştir (39).

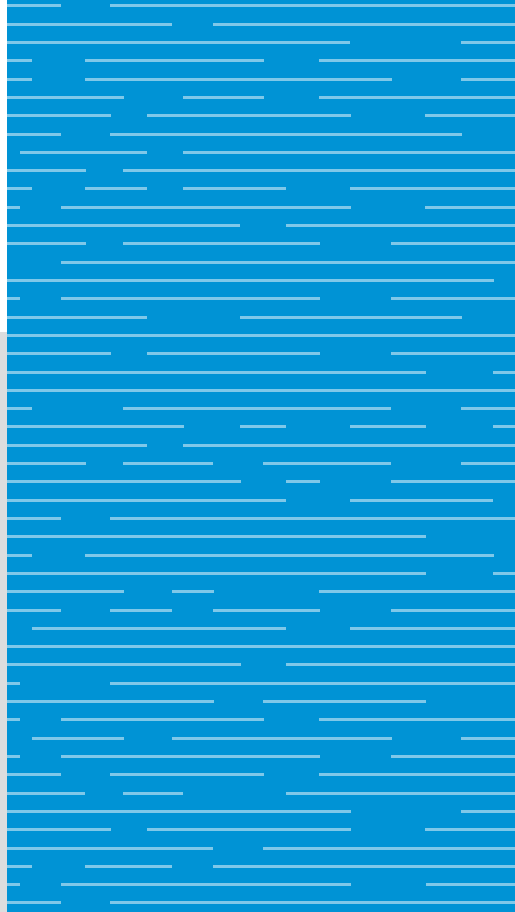
Ancak, BOH'ın risk faktörlerinin prevalansı ile ilgili Türkiye'de yapılmış mevcut çalışmalardan elde edilen veriler kısıtlı ve dağınık haldedir. Mevcut halk sağlığı politikalarının etkililiğinin değerlendirilmesi, ileriye yönelik BOH önlenmesi ve kontrolü müdahalelerinin geliştirilebilmesi için BOH risk faktörlerine yönelik ulusal temsil gücü olan, kapsamlı ve karşılaştırılabilir, güncel verilere ihtiyaç vardır.

Bu bağlamda, Türkiye'deki BOH risk faktörleri ile ilgili ulusal düzeyde temsil gücü olan, kapsamlı, karşılaştırılabilir ve güncel veriler sağlayabilecek, DSÖ tarafından desteklenen THSA (BOH-RFP) çalışması yürütülmektedir. Çalışmanın iki aşamada gerçekleştirilmesi planlanmaktadır. Birinci aşama durum saptama araştırmasıdır ve 2017 yılında yürütülmüştür. İkinci aşama ise 2019 yılında tamamlanacak olup, birinci aşamanın takip çalışması niteliğindedir. Bu rapor, araştırmanın birinci aşamasını temsil etmektedir.



# 3

## **SURVEY METHODOLOGY**



## 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

STEPwise yaklaşımı, STEPS araçları kullanılarak risk faktörlerinin değerlendirilmesini sağlamaktadır. Bu yöntemle veriler üç adımda toplanmaktadır:

1. soru formu
2. fiziksel ölçümler
3. biyokimyasal ölçümler

Her aşama, temel, genişletilmiş ve isteğe bağlı olmak üzere üç seviyede daha ayrıntılı olarak incelenebilir. Uygulama sürecinde Sağlık Bakanlığı STEPS araçlarını özel ulusal ölçümler için daha da genişletmiştir. (bkz. Ek 3).

Adım 1, dört davranışsal risk faktörüne maruz kalmayı inceleyen anketin değerlendirilmesinden oluşmaktadır: Tütün kullanımı, alkolün zararlı şekilde tüketimi, düşük meyve ve sebze tüketimi ve fiziksel inaktivite.

Adım 2, yüksek kan basıncı, fazla kiloluluk ve obezite gibi biyolojik risk faktörlerine maruz kalmanın değerlendirilmesi için kan basıncı, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel ve kalça çevresi gibi fiziksel ölçümleri içermektedir.

Adım 3'de, yüksek glisemi düzeylerinin, hiperkolesteroleminin ve sodyum alımının tespit edilmesi için kan ve idrar örneklerinin alınması ve biyokimyasal ölçümler yer almaktadır.

Veri toplama aşaması 2017 yılının Nisan ayından Eylül ayına kadar süren araştırma, Ek 3'de sunulan anket formu kullanılarak yürütülmüştür.

THSA (BOH-RFP), önceden yapılandırılmış bir anket formu ile verilerin toplandığı, kesitsel bir hanehalkı araştırmasıdır. Veriler, kişilerle görüşülerek, fiziksel muayene yapılarak ve biyolojik örnekler toplanarak elde edilmiştir. Hedef nüfus, DSÖ protokolü uyarınca rastgele seçilmiş hanelerde yaşayan 15 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktadır.

Biyolojik ölçümler, tam kan ve idrar örneklerinde yapılmıştır. Açlık kan şekeri, total kolesterol, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) kolesterol, trigliserid, hemoglobin A1c (HbA1c), üriner kreatin ve üriner sodyum, çalışmanın üçüncü aşamasına katılmayı kabul eden katılımcılarda ölçülmüştür.

### 3.1. Verilerin Dahil Edilme Kriterleri

Aşağıdaki kriterleri karşılayan hanehalkı çalışmaya dahil edilmiştir:

- 15 yaş ve üzeri Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmak
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından sağlanan etik kurul onayında belirtildiği şekilde, çalışmaya katılmak için yazılı onay vermek.
- Görüşme sırasındaki soruları cevaplamaya engel oluşturacak herhangi bir engeli olmamak.

### 3.2. Verilerin Dahil Edilmeme Kriterleri

Aşağıdaki kriterlerden en az birisini taşıyan hanehalkı mensupları çalışma dışında bırakılmışlardır.

- 0-14 yaş arasındaki bireyler
- kurumsal ikameti olan (ör. otel, motel, hastane, öğrenci yurdu, cezaevi, vb.) kişiler
- Türkiye'de kalıcı olarak ikamet etmeyenler.
- saha çalışması sırasında gidilen evde misafir olarak bulunanlar.

- araştırma sorularını anlamada ve açık, doğru bir şekilde cevaplama güçlüğü yaratacak derecede zihinsel engeli olanlar.

### 3.3. Örneklem Büyüklüğü

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin 2014 yılı Sağlık Araştırması'nda belirtilen, fazla kilolu ve obezite prevalansı ( $P=53,6$ ) kullanılmıştır ve  $P=0,50$ 'ye yuvarlanmıştır. Güven aralığı (GA) %95 ( $Z=1,96$ ) ve hata payı ( $e$ ) %5 olarak kabul edilmiştir, örneklem tasarım etkisi katsayısı (D) 1,50 olarak alınmıştır ve her iki cinsiyetin tüm yaş gruplarında eşit dağılımı (S) (her bir cinsiyet için beş yaş grubu ya da toplamda on grup) sağlanmıştır. Çalışmada ayrıca Türkiye'deki 12 İBBS-1 bölgesi ile ilgili bölgesel tahminlerin elde edilmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle, örneklem büyüklüğü içindeki farklı grupların maksimum sayısı 12'dir. Yapılan hesaplamalar sonucunda örneklem büyüklüğü 6915 olarak belirlenmiştir ve daha sonra %20 cevapsızlık faktörü ( $i=0,20$ ) de hesaba katılarak artırılmıştır. Bu varsayımlar göz önüne alınarak toplamda 15 yaş ve üzeri 8644 kişiye gereksinim duyulmuştur.

### 3.4. Etkin Örneklem

Ziyaret edilen 8.650<sup>1</sup> haneden 6.053'ü çalışmaya katılmıştır. Bunların 3.352'si ayrıca 3. aşamaya da katılmıştır (seçilen 6.053 kişinin 2701'i üçüncü aşamaya katılmayı kabul etmemiştir).

Birinci ve ikinci aşamalarda ziyaret edilen hanehalkı içinde genel olarak yanıtızlık oranı (evde olmayanlar ve kapıyı açmayı kabul etmeyenler dahil) %30,0 ve üçüncü aşamada %61,2'dir.

### 3.5. Örneklem Çerçevesi

BOH'lar risk faktörleri çalışması, ülke genelinde gerçekleştirilmiş ve örneklem çerçevesi Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarını kapsamaktadır (2016 Nüfusu: 79.814.871). İBBS'ye göre idari olarak Türkiye, 1. Düzeyde 12 İBBS bölgesi, 2. Düzeyde 26 İBBS bölgesi ve 3. Düzeyde 81 İBBS bölgesinden oluşmaktadır. 3. Düzey İBBS bölgeleri, Türkiye'nin 81 iline karşılık gelmektedir. Türkiye'de 970 ilçe bulunmaktadır (Kasım 2017). Çok aşamalı küme örnekleme çerçevesinde 3. Düzey illeri 865 kümeye ayrılmıştır. Bu çalışma 1. Düzey İBBS tahminlerini sunduğundan örnekleme stratejisi 1. Düzey İBBS bölgelerini temel almaktadır. Kümelerin rastgele seçimi bazı İBBS-3 illerini dışlayabilir.

### 3.6. Örneklem Tasarımı

DSÖ'nün STEPwise yaklaşımı araştırma önerileri doğrultusunda çok aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklemenin temeli olarak, güncellenmiş (Şubat 2016 - Ağustos 2016) ulusal hanehalkı adres çerçevesi alınmıştır.

TÜİK, örneklemede, büyüklüğü orantılı dağıtım yöntemi kullanarak 100 birincil örneklem birimi (BÖB) belirlemiştir. BÖB'lerin her biri 10 adet ikincil örneklem birimi (İÖB) içermektedir. Üçüncü aşamada en az 10 hanehalkı İÖB'nden basit rastgele yöntem kullanılarak belirlenmiştir. Son olarak, DSÖ'nün kronik hastalıklar sürveysinde STEPwise yaklaşımı kılavuzunda (44) belirtildiği şekilde, rasgele seçim yöntemi kullanılarak belirlenen hanedeki tüm uygun katılımcılar arasında bir kişi seçilmiştir.

Örneklem büyüklüğü belirleme aşamaları aşağıdaki gibidir:

1. BÖB seçilmesi - her küme yaklaşık 100 hane adresi içermektedir. Toplamda 865 küme seçilmiştir.

1 TÜİK örnekleme kümelerinin bölünmezliğinden dolayı 8.644 değil 8.650 hanehalkı içermektedir.

2. İÖB seçilmesi – belirlenen her kümeden 10 hane (adres) seçilmesi. Toplamda 8644 hane seçilmiştir.
3. Katılımcıların seçilmesi – sahadaki son aşamadır. Hanedeki katılıma uygun tüm erişkinler listelendikten sonra bir bilgisayar programı kullanarak bir birey rastgele olarak seçilmiştir.

Tablo 1, İBBS bölge kapsamındaki iller ve bölgelerin isimlerini içermektedir.

**Tablo 1: Türkiye'deki İBBS-1 Bölgeleri**

İBBS-1	İBBS-2	İBBS-3
İstanbul Bölgesi (TR1)	İstanbul Alt Bölgesi (TR10)	İstanbul İli (TR100)
Batı Marmara Bölgesi (TR2)	Tekirdağ Alt Bölgesi (TR21)	Tekirdağ İli (TR211)
		Edirne İli (TR212)
		Kırklareli İli (TR213)
	Balıkesir Alt Bölgesi (TR22)	Balıkesir İli (TR221)
		Çanakkale İli (TR222)
Ege Bölgesi (TR3)	İzmir Alt Bölgesi (TR31)	İzmir İli (TR310)
	Aydın Alt Bölgesi (TR32)	Aydın İli (TR321)
		Denizli İli (TR322)
		Muğla İli (TR323)
	Manisa Alt Bölgesi (TR33)	Manisa İli (TR331)
		Afyonkarahisar İli (TR332)
		Kütahya İli (TR333)
Uşak İli (TR334)		
Doğu Marmara Bölgesi (TR4)	Bursa Alt Bölgesi (TR41)	Bursa İli (TR411)
		Eskişehir İli (TR412)
		Bilecik İli (TR413)
	Kocaeli Alt Bölgesi (TR42)	Kocaeli İli (TR421)
		Sakarya İli (TR422)
		Düzce İli (TR423)
		Bolu İli (TR424)
		Yalova İli (TR425)
Batı Anadolu Bölgesi (TR5)	Ankara Alt Bölgesi (TR51)	Ankara İli (TR510)
	Konya Alt Bölgesi (TR52)	Konya İli (TR521)
		Karaman İli (TR522)

**Tablo 1 (devam): Türkiye'deki İBBS-1 Bölgeleri**

İBBS-1	İBBS-2	İBBS-3
Akdeniz Bölgesi (TR6)	Antalya Alt Bölgesi (TR61)	Antalya İli (TR611)
		Isparta İli (TR612)
		Burdur İli (TR613)
	Adana Alt Bölgesi (TR62)	Adana İli (TR621)
		Mersin İli (TR622)
	Hatay Alt Bölgesi (TR63)	Hatay İli (TR631)
		Kahramanmaraş İli (TR632)
		Osmaniye İli (TR633)
	İç Anadolu Bölgesi (TR7)	Kırkkale Alt Bölgesi (TR71)
Aksaray İli (TR712)		
Niğde İli (TR713)		
Nevşehir İli (TR714)		
Kırşehir İli (TR715)		
Kayseri Alt Bölgesi (TR72)		Kayseri İli (TR721)
		Sivas İli (TR722)
		Yozgat İli (TR723)
Batı Karadeniz Bölgesi (TR8)		Zonguldak Alt Bölgesi (TR81)
	Karabük İli (TR812)	
	Bartın İli (TR813)	
	Kastamonu Alt Bölgesi (TR82)	Kastamonu İli (TR821)
		Çankırı İli (TR822)
		Sinop İli (TR823)
	Samsun Alt Bölgesi (TR83)	Samsun İli (TR831)
		Tokat İli (TR832)
		Çorum İli (TR833)
Amasya İli (TR834)		
Doğu Karadeniz Bölgesi (TR9)	Trabzon Alt Bölgesi (TR90)	Trabzon İli (TR901)
		Ordu İli (TR902)
		Giresun İli (TR903)
		Rize İli (TR904)
		Artvin İli (TR905)
		Gümüşhane İli (TR906)

**Tablo 1 (devam): Türkiye'deki İBBS-1 Bölgeleri**

İBBS-1	İBBS-2	İBBS-3
Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi (TRA)	Erzurum Alt Bölgesi (TRA1)	Erzurum İli (TRA11)
		Erzincan İli (TRA12)
		Bayburt İli (TRA13)
	Ağrı Alt Bölgesi (TRA2)	Ağrı İli (TRA21)
		Kars İli (TRA22)
		Iğdır İli (TRA23)
		Ardahan İli (TRA24)
	Doğu İç Anadolu Bölgesi (TRB)	Malatya Alt Bölgesi (TRB1)
Elazığ İli (TRB12)		
Bingöl İli (TRB13)		
Tunceli İli (TRB14)		
Van Alt Bölgesi (TRB2)		Van İli (TRB21)
		Muş İli (TRB22)
		Bitlis İli (TRB23)
		Hakkâri İli (TRB24)
Güneydoğu Anadolu Bölgesi (TRC)	Gaziantep Alt Bölgesi (TRC1)	Gaziantep İli (TRC11)
		Adıyaman İli (TRC12)
		Kilis İli (TRC13)
	Şanlıurfa Alt Bölgesi (TRC2)	Şanlıurfa İli (TRC21)
		Diyarbakır İli (TRC22)
	Mardin Alt Bölgesi (TRC3)	Mardin İli (TRC31)
		Batman İli (TRC32)
		Şırnak İli (TRC33)
		Siirt İli (TRC34)

Grafik1, İBBS-1 bölgelerinin ve kapsadığı 81 ilin coğrafi sınırlarını göstermektedir.

**Grafik 1: İBBS-1 Bölgelerinin Coğrafi Sınırları**



Kaynak: Türkiye Cumhuriyeti Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ve TÜİK

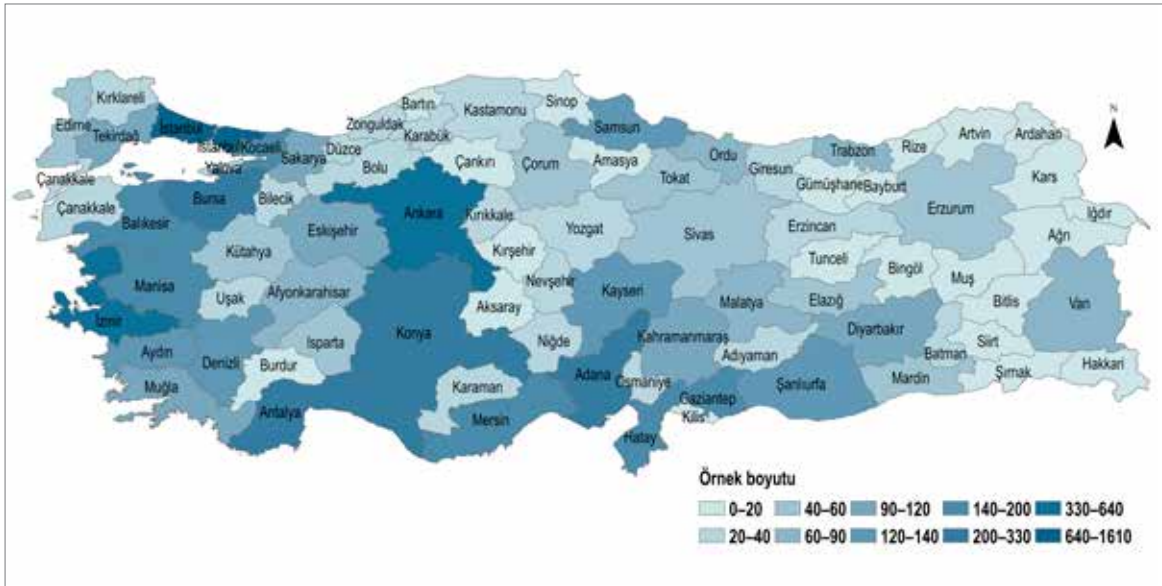
Tablo 2, her bir İBBS-1 bölgesindeki küme sayılarını ve hanehalkı sayılarını göstermektedir.

**Tablo 2: İBBS-1 Bölgelerine Göre Örneklem Kümeleri ve Haneler**

İBBS-1 Bölgeleri	Küme Sayıları	Örneklemdaki Hanehalkı Sayıları
TR1	161	1610
TR2	43	430
TR3	129	1290
TR4	88	880
TR5	91	910
TR6	110	1100
TR7	44	440
TR8	53	530
TR9	31	310
TRA	19	190
TRB	32	320
TRC	64	640
<b>TOPLAM</b>	<b>865</b>	<b>8650</b>

Grafik 2, İBBS-3 illerindeki örneklerdeki hanehalkı sayılarını göstermektedir.

**Grafik 2: İBBS-3 İllerine Göre Örneklem Büyüklükleri**



Kaynak: Türkiye Cumhuriyeti Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ve TÜİK



865 küme çalışmanın BÖB'leridir ve Grafik 3'te coğrafi koordinatları ile gösterilmişlerdir.

**Grafik 3: Örneklem Kümelerinin Coğrafi Konumları**



Kaynak: Türkiye Cumhuriyeti Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ve TÜİK

### 3.7. Kişilerin Seçilmesi

Her hane en az üç kere ziyaret edilmiştir. Eğer hanehalkının onayı alındıysa, hanehalkından nitelikleri uyan bir kişi çalışmaya katılmak üzere rastgele olarak seçilmiştir. Seçilen ancak ilk ziyaret sırasında müsait olmayan ve sonraki 10 gün içinde müsait olabilecek hanehalkı bireylerinden görüşme için randevu alınmıştır.

### 3.8. Araştırma Tasarımı

Araştırma, DSÖ'nün BOH risk faktörleri surveyansına ilişkin STEPwise yaklaşımı uyarınca ve yerel kaynaklar ile ihtiyaçlar doğrultusunda birbirini takip eden üç adımda yürütülmüştür.

Adım 1'de kullanılan veri toplama aracı, STEPwise yaklaşımı soru formu, Avrupa Sağlık İnceleme Anketi (European Health Examination Survey) ve Sağlık Bakanlığı tarafından seçilen Dünya Bankası Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi ve Desteklenmesi Projesi gelişim göstergeleri ile Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından önerilen ek sorulardan oluşmaktadır. Araştırmada, a hanede bulunan bireylerin demografik ve davranışsal bazı bilgilerini elde etmek için hazırlanan soru formu kullanılarak yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Davranışsal bazı bilgiler; tütün kullanımı, alkol tüketimi, beslenme (meyve ve sebze tüketimi, katı ve sıvı yağ tüketimi, ev dışında yemek yeme alışkanlığı ve diyetdeki tuz), fiziksel aktivite, yüksek kan basıncı ve/veya yüksek kolesterol öyküsü, diyabet ve KDH öyküsü, yaşam tarzı ile ilgili danışmanlık, kanser taramaları ve sağlık hizmetlerine erişimi içermektedir.

Adım 2, özel ölçüm cihazları kullanılarak, fazla kiloluluk ve obeziteye yönelik yapılan bir dizi fiziksel ölçümü (boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel ve kalça çevresi) ve kan basıncı ile kalp hızı ölçümünü içermektedir. DSÖ ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'nün ortak talepleri üzerine, kan basıncı ve kalp hızının ölçümü her iki ziyarette de gerçekleştirilmiştir. Birinci ölçüm Adım 2 sırasında, ikinci ölçüm ise Adım 3 esnasında yapılmıştır.

Adım 3, kuru kimyasal yöntemlerle kapiller kanda ve idrarda yapılan biyokimyasal ölçümleri içermektedir. Ölçümler, açlık kan şekeri, total kolesterol, HDL kolesterol, trigliseridler, HbA1c ve idrarda sodyum ve kreatini içermektedir. İdrar örnekleri katılımcılar tarafından tok karnına bir kap içerisinde toplanmış, Hacettepe



Üniversitesi Tıp Fakültesi Merkez Laboratuvarına (Ankara, Türkiye) özel üretilen çantalarla gönderilmiş ve burada analiz edilmiştir.

### 3.9. Verinin Ağırlıklandırılması

Veriler hedef nüfusun içinden seçilmiş bir örneği içerdiğinden, verilerin ağırlıklandırılması gerekmektedir. Bu nedenle örneklem ile hedef nüfus arasındaki yaş, cinsiyet, yaşanan bölge (İBBS-1 bölgesi), eğitim düzeyi gibi farklılıkların düzeltilmesi için örneklem ağırlıklandırılması yapılmıştır. Örneklem ağırlıklandırılması araştırmaya dahil edilen her bir birey için örneklem belirleme sürecinde ve örneklem çerçevesini temsil edecek şekilde yapılmıştır. Birinci aşama örneklem ağırlıklandırması, küme düzeyi nüfus örneklem birimleri (BÖB'ler) dahil edilme kriterleri temel alınarak, TÜİK tarafından sağlanmıştır. TÜİK ayrıca İÖB'lerin dahil edilme olasılıklarını da temin etmiştir. Örneklem ağırlıklandırmasının üçüncü bileşeni, hanehalkı bilgi kayıtlarından elde edilen bireylerin dahil edilme olasılıklarıdır. BÖB'ler, İÖB'ler ve hanehalkları için üç dahil edilme kriteri olasılıkları, temel ağırlıklandırmaların elde edilebilmesi için ters çevrilmiştir.

İkinci ağırlıklandırma, görüşme izlem formlarından elde edilen cevapsızlık ağırlığıdır. İlk olarak dahil edilme olasılıkları, TÜİK kayıtları ile Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verileri arasındaki ufak farklar nedeniyle adresin bulunamaması gibi ulaşılamama durumları için küme düzeyinde uyarlanmıştır. Her kümede cevapsız hanehalkı, görüşme izlem formlarından tespit edilmiştir. Tablo 3, her İBBS-1 bölgesi için cevapsız hanehalkının sayısına göre hesaplanan kümelerin sayısını göstermektedir. Toplamda 865 kümede 2.422 cevapsız kişi bulunmuştur. Ayrıca örneklem<sup>2</sup> içerisinde 8650 hanehalkı arasında 175 adrese ulaşılamamıştır. Ulaşılamama ve cevapsızlık uyarlamaları küme düzeyinde mevcuttur, böylece cevapsızlık ağırlıkları hesaplanabilmiş ve bunlar küme düzeyinde ulaşılamayanlar için uyarlanabilmiştir. Örneklem ağırlıklandırmaları ve cevapsızlık durumları temel ağırlıkları oluşturmuştur, bu sayede cinsiyet-yaş, cinsiyet-eğitim ve İBBS-1 oran farkları için yeniden tabakalama yapılabilmektedir. Cevapsızlık oranları Adım 1-2 ve Adım 3 arasında farklılıklar göstermektedir, bu nedenle Adım 1-2 ve Adım 3 için farklı cevapsızlık ağırlıkları hesaplanmıştır.

**Tablo 3: İBBS-1 Bölgelerine Göre Cevapsız Hanelerin Sayılarının ve Kümelere Göre Dağılımı**

İBBS-1 Bölgeleri	Her Kümede Cevapsız Hanehalkı Sayısı										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TR1	12	15	22	27	19	20	10	15	9	7	5
TR2	8	8	8	7	5	6	1	0	0	0	0
TR3	22	19	24	19	16	13	8	6	2	0	0
TR4	23	18	26	14	5	1	0	1	0	0	0
TR5	15	21	15	16	16	5	0	1	2	0	0
TR6	19	11	16	18	14	9	10	11	1	0	1
TR7	13	10	5	6	2	2	1	3	1	1	0
TR8	13	15	6	7	5	1	3	2	0	0	1
TR9	16	7	2	0	2	0	1	1	0	1	1
TRA	9	3	2	0	2	3	0	0	0	0	0
TRB	12	5	7	2	2	1	1	1	0	0	1
TRC	22	3	3	7	7	3	5	2	2	2	8
<b>TOPLAM</b>	<b>184</b>	<b>135</b>	<b>136</b>	<b>123</b>	<b>95</b>	<b>64</b>	<b>40</b>	<b>43</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>17</b>
<b>TOPLAM CEVAPSIZ</b>	<b>0</b>	<b>135</b>	<b>272</b>	<b>369</b>	<b>380</b>	<b>320</b>	<b>240</b>	<b>301</b>	<b>136</b>	<b>99</b>	<b>170</b>

2 TÜİK planlanan 8644 hanehalkı yerine 8650 hanehalkı bildirmiştir. Çünkü her bir kümedeki Hanehalkı sayılarını uyarlama imkanları bulunmamaktadır.

Üçüncü ağırlıklandırma (nüfus ağırlıklandırması, diğer adıyla yeniden tabakalama), nüfus ve örneklem arasında olabilecek her türlü tutarsızlığın giderilmesinde kullanılmıştır. Bu ağırlıkların uyarlanmasıyla, araştırmanın sadece örnekleme değil tüm nüfusu gerçek anlamda temsil etmesi sağlanmıştır. Yeniden tabakalama ağırlıklarının elde edilebilmesi için, Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2016 yılında yayınlanan 2015 yılı adrese dayalı nüfus sayımı tahminlerine dayanan cinsiyet-yaş, cinsiyet-eğitim ve nüfusun İBBS-1 dağılımı bilgileri kullanılmıştır. Katılım hızları Adım 1-2 ve Adım 3 için farklılıklar gösterdiğinden Adım 1-2 ve Adım 3 için ayrı ayrı yeniden tabakalama işlemi yapılması gerekmiştir.

Tablo 4, iki yönlü cinsiyet-yaş için yeniden tabakalama için kullanılan oranları göstermektedir. Tabloda, hem Adım 1-2 hem de Adım 3 için örneklemin cinsiyete ve yaş gruplarına göre yüzdeleri ile TÜİK'ten alınan nüfus oranları gösterilmiştir.

**Tablo 4: Cinsiyet ve Yaş için İki Yönlü Tabakalama Sonrası Verisi**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın		
	ADIM 1 & 2 Örneklemi (%)	ADIM 3 Örneklemi (%)	TÜİK (%)	ADIM 1 & 2 Örneklemi (%)	ADIM 3 Örneklemi (%)	TÜİK (%)
15-29	8,21	7,43	16,12	11,12	9,46	15,47
30-44	10,77	9,87	15,28	17,35	15,72	15,00
45-59	10,61	10,44	10,92	16,09	16,71	10,79
60-69	6,29	6,77	4,55	7,65	8,56	4,90
≥70	4,56	5,61	2,93	7,35	9,43	4,03

Tablo 5'te, Tablo 4'e benzer olarak iki yönlü cinsiyet-eğitim düzeyinin yeniden tabakalama TÜİK oranları gösterilmektedir.

**Tablo 5: Cinsiyet ve Eğitim için İki Yönlü Yeniden Tabakalama Verisi**

Eğitim	Erkek			Kadın		
	ADIM 1 & 2 Örneklemi (%)	ADIM 3 Örneklemi (%)	TÜİK (%)	ADIM 1 & 2 Örneklemi (%)	ADIM 3 Örneklemi (%)	TÜİK (%)
Okur-yazar ya da okur-yazar değil ancak resmi olarak okula gitmemiş	3,92	5,16	2,18	14,57	19,00	7,45
İlkokul mezunu	13,79	14,26	10,23	22,88	22,08	13,92
Ortaokul, meslek ortaokulu ya da lise mezunu	15,96	14,77	28,43	16,24	13,63	21,43
Yüksekokul, fakülte, yüksek lisans ya da doktora derecesine sahip	6,77	5,94	9,00	5,86	5,16	7,36

Son olarak Tablo 6'da, bölgesel nüfus dağılımlarını eşleştirmek için kullanılan İBBS-1 bölgeleri, örneklem ve nüfus oranları sunulmuştur. Örneklem oranlarını eşleştirmek için, Tablo 4, Tablo 5 ve Tablo 6'da verilen, bilinen bir nüfustaki örneklemin örneklem ağırlıklarını uyarlamak için kullanılan bir yöntem (45) olan, şev (diğer adıyla mükerrer orantısal uygunluk, örneklem dengelemesi ya da şev oran tahmini) kullanılmıştır.

**Tablo 6: İBBS-1 Bölgeleri Yeniden Tabakalama Verisi**

İBBS-1 Bölgeleri	ADIM 1 & 2 Örneklemi (%)	ADIM 3 Örneklemi (%)	TÜİK (%)
TR1	14,59	8,11	18,74
TR2	5,42	3,73	4,67
TR3	14,85	15,87	13,59
TR4	11,99	5,52	9,89
TR5	11,23	14,17	9,90
TR6	12,06	14,80	12,55
TR7	5,60	7,70	4,97
TR8	6,66	7,70	6,03
TR9	4,20	6,09	3,53
TRA	2,63	3,52	2,59
TRB	4,25	4,62	4,44
TRC	6,53	8,17	9,10

### 3.10. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, e-STEP Tablet yazılımı kullanılarak her biri iki kişiden oluşan toplam 30 ekip tarafından toplanarak merkezi bir sunucuda depolanmıştır. Ekipler ayrıca ziyaret edilen her hanenin coğrafi koordinatlarını da tabletlere kaydetmişlerdir. Her bir araştırma ekibinde fiziksel ve biyokimyasal ölçümleri yapmak üzere bir sağlık uzmanı görevlendirilmiştir. Ekiplerin hane ziyaretlerinde evde kimsenin bulunmaması durumunda, ekipler üç defaya kadar bu haneleri ziyarette bulunmuşlardır. Araştırmanın tüm üç aşaması için seçilen katılımcılardan onam alınmıştır. Araştırma ekipleri fiziksel ve biyokimyasal ölçümlerin yapılmasına imkan veren taşınabilir cihazlarla donatılmış ve yapılan biyokimyasal ölçümlerin sonuçlarının birer kopyası her bir katılımcıya verilmiştir. Veri toplama işlemi 2017 Nisan'dan Eylül'e kadar sürmüştür. Araştırmanın saha uygulamasında kullanılan medikal cihazların ve gereçlerin listesi Tablo 7'de verilmiştir.

**Tablo 7: Saha Uygulamasında Kullanılan Cihaz ve Araç-Gereç Listesi**

Malzeme	Kullanım alanı	Adet
Siemens DCA Vantage cihazı	HbA1c	33
CardioChek PA Analiz cihazı	Kan şekeri, trigliserid	33
Omron M7 Intelli IT	Kan basıncı	33
SECA 213 Stadiometre (Mekanik boy ölçer)	Boy uzunluğu	33
SECA 813 (Dijital yer baskülü)	Vücut ağırlığı	33
SECA 201 (Baş beden ölçüm mezürü)	Çevre	33
Malzeme taşıma güvenlik çantası	Tıbbi malzemeler & Kitlerin taşınması	66
Numune taşıma çantası	İdrar örneklerinin analiz edilmek üzere laboratuvara taşınması (Na ve kreatinin)	300
CDMVIT (Vakumlu idrar alma tüpü)	Vakumlu idrar tüpü	10.000

Tablo 7 (devam): Saha Uygulamasında Kullanılan Cihaz ve Araç-Gereç Listesi

Malzeme	Kullanım alanı	Adet
CDMVIB (Steril idrar kabı)	Steril idrar kabı	10.000
Lanset	Kan örneği / Hijyen	10.000
Eldivenler	Kan örneği / Hijyen	10.000
Alkollü mendil	Kan örneği / Hijyen	10.000
Kapiller tüp (40 ml)	Kan örneği	10.000
Kapiller tüp (15 ml)	Kan örneği	10.000
Kardiyo glikoz kiti	Kan örneği (Kan şekeri)	10.000
Kardiyo üçlü panel kiti	Kan örneği (Kolesterol, HDL kolesterol ve trigliserid değerleri ölçümü)	10.000
Siemens Kit DCA 2000 HBA1C Reagent Kit (ECCN;EAR99/AL:N)	Hemoglobin (HbA1C)	10.000

Saha araştırmasının kaynak ihtiyaçlarının karşılanmasında ilgili kitler ile biyokimyasal ve fiziksel ölçüm aletlerinin taşınmasında özel olarak tasarlanmış ve üretilmiş güvenlik çantaları kullanılmıştır (Tablo 7). Ayrıca idrar örneklerinin, araştırmanın yapıldığı farklı bölgelerden Ankara'daki Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Merkez Laboratuvarına soğuk zincir kurallarına uygun şekilde özel kuryeler aracılığıyla taşınması için özel tasarlanmış çantalar üretilmiştir.

### 3.11. Saha Araştırması Ekibinin Eğitimi

Saha ekibi, teorik ve uygulama eğitimleri almıştır. Sahadaki görevlerini yerine getirirken STEPS uygulama kılavuzuna (44) ve kan şekeri, kolesterol ölçümünde kullanılan araçların kullanım kılavuzlarında belirtilen bilgiler doğrultusunda hareket etmişlerdir. Eğitimler, iletişim becerilerini geliştirmek, görüşme tekniklerini geliştirmek, teçhizat yönetimi ve fiziksel ve biyokimyasal ölçümlerin yapılması konularını içerecek şekilde dört gün boyunca sürmüştür. Eğitimler saha koordinatörü, program lideri, proje ekibi üyeleri ve kan şekeri, glisemi, kolesterol ve HbA1c ölçümünde kullanılan cihazların üreticilerinin temsilcilerinin yakın gözetiminde sürdürülmüştür. TÜİK tarafından 12 İBBS birinci seviyeye dayanılarak hazırlanan, Türkiye'deki 79 ili temsil eden 15 lojistik bölge merkezinden toplam 78 saha çalışanı, Ankara'da 10-14 Nisan 2017 tarihleri arasında, DSÖ Türkiye Ülke Ofisi ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü temsilcilerinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Eğitilen ekip, ulusal çapta saha araştırmaları yürütmek üzere 31 görüşmeci/veri toplama uzmanı, 32 sağlık çalışanı ve 15 bölgesel idareci ve koordinatörden oluşmaktadır.

Eğitim programının ilk iki gününde iki ana gruba odaklanılmıştır; veri toplama elemanları ve sağlık çalışanları. Birinci grup olan veri toplama elemanları, tablet kullanım teknikleri, araştırma yöntemi ve anketlerin uygulanması konularında eğitilirken, ikinci grubu oluşturan sağlık çalışanları, antropometrik ölçümler (boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel-kalça çevreleri), kan basıncı ölçümü ve biyokimyasal ölçümler (kan ve idrar örnekleri alma gibi) konularında eğitilmişlerdir. Sonrasında gruplar, hanehalkı ziyareti öncesinde ve ziyaret sırasında izlenecek prosedürler konusunda beraber eğitime alınmıştır.

Eğitimin son iki günü, Ankara'nın üç farklı bölgesinde (Mamak, Altındağ, Keçiören) rastgele seçilen evlerde uzmanların yakın gözetiminde gerçekleştirilen veri toplama, fiziksel ve biyokimyasal ölçümler yapma uygulamaları ile geçirilmiştir. Eğitim programının kapanış gününde, bir değerlendirme toplantısı organize edilmiş, pilot saha çalışmasının sonuçları değerlendirilmiş, açıklık getirilmesi gereken konular ve alınması gereken önlemler incelenmiştir.

### 3.12. Saha Çalışması

Eğitimlerin tamamlanmasından sonra THSA (BOH-RFP) yapılanması, Türkiye'deki 15 lojistik merkezden koordine, kontrol ve izlenecek şekilde, kentsel ve kırsal bölgeleri kapsayacak biçimde 79 ilde tamamlanmıştır. Gerekli bütün yasal süreçler ve formaliteler, bir veri toplama uzmanı, bir sağlık çalışanı ve 15 bölgesel denetçi ve koordinatör içeren 30 saha ekibinin istihdam edilmesiyle tamamlanmıştır.

Her ekip; veri toplayıcıları ve sağlık çalışanları için ayrı ayrı hazırlanmış olan saha kılavuzlarıyla, hanehalkı ziyaretlerinde kullanılacak gerekli formlarla ve gerektiğinde yerel idarelere sunulacak belgelerle donatılmıştır. Tüm gerekli resmi yazışmalar ve prosedürler ile Ankara merkez binasında bulunan cihaz ve araç gereçlerin sevkiyatı tamamlanmıştır ve saha çalışması 21 Nisan 2017 tarihinde başlatılmıştır.

Saha ve bölge koordinatörleri, özellikle toplanan verilerin güvenilirliğini sağlamak için, saha çalışmasını STEPS kılavuzunda (44) verilen esaslara göre, sistematik olarak denetlemişlerdir. Saha çalışmasını tamamlanması için, anketörler konut birimlerini ziyaret ederek anket çalışmasını yapmışlar ve sonrasında saha operasyonu nihai raporuna odaklanmışlardır.

Veri toplama güvenilirliğini sağlamak amacıyla yapılan anketlerin kontrol ve denetimleri saha ve bölge koordinatörleri tarafından sistematik olarak yürütülmüştür

### 3.13. Verilerin Yönetimi ve Birleştirilmesi

Veri toplama sürecinin doğru yürütülmesi ve araştırma için harcanan zamanın azaltılması için DSÖ tarafından STEPS anketi verilerinin toplanması amacıyla geliştirilen e-STEPS yazılımı, tablet bilgisayarlara yüklenmiştir. Görüşmeciler, katılımcılardan elde edilen tüm verileri tablet bilgisayarlara işlemişlerdir. Veri toplanan günün sonunda ya da her bir anket tamamlandığında, veriler merkezi sunucudaki veritabanına gönderilmiştir. Sürücülere gönderilen veriler sürekli olarak koordinatörler tarafından izlenmiştir. Merkezi veritabanı birleştirilmiş ve verilerin kalitesi tutarlılık, yazım hataları, fazla veri, geçersiz veri kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Bu yöntemle analiz süreci için geçerli bir veritabanı elde edilmiştir.

### 3.14. Risk Faktörlerinin Ölçülmesi ve Belirlenmesi

Risk faktörlerinin ölçülmesi, STEPwise yaklaşımında (44) belirtilen rehber ve öneriler doğrultusunda uygulanmıştır.

#### 3.14.1. ADIM 1

STEPS anket formunun uygulanmasında Adım 1'de dört davranışsal risk faktörü (tütün kullanımı, alkol tüketimi, düşük meyve- sebze tüketimi ve fiziksel inaktivite) araştırılmıştır.

##### 3.14.1.1. Tütün Kullanımı

Halen ve günlük kullanım, günlük kullanıma başlama yaşı, tütün kullanmayı bırakma zamanı ile ev ve diğer alanlarda pasif sigara dumanına maruz kalma araştırılmıştır.

##### 3.14.1.2. Alkol Tüketimi

Alkol tüketimi, alkol tüketim sıklığı (son bir yıl ve son bir ay) ve içilen içki sayısı değerlendirilmiştir. Katılımcılar:

- İçmeyenler ya da eskiden içenler (son 12 ay içinde hiç alkol kullanmamış olanlar),
- yüksek düzeyde alkol tüketenler (erkekler için bir seferde  $\geq 60g$  saf alkol tüketmek ve kadınlar için bir seferde  $\geq 40g$  saf alkol tüketmek),

- orta düzeyde alkol tüketenler (erkekler için bir seferde 40-59,9g saf alkol tüketmek ve kadınlar için bir seferde 20-39,9g saf alkol tüketmek),
- düşük düzeyde alkol tüketenler (erkekler için bir seferde (<40g saf alkol tüketmek ve kadınlar için bir seferde <20g saf alkol tüketmek) olarak sınıflandırılmıştır (44).

#### 3.14.1.3. Meyve ve Sebze Tüketimi

Meyve ve sebze tüketimi açısından katılımcılara normal bir haftada (tüketilen gün sayısı ve günlük tüketilen porsiyon sayısı) tükettikleri meyve ve sebze miktarları sorulmuştur. Riskli davranışın belirlenmesinde, mevcut tüketim tavsiyesi olan günde en az beş porsiyon meyve veya sebze dikkate alınmıştır (44).

#### 3.14.1.4. Fiziksel Aktivite

STEPS fiziksel aktivite soruları DSÖ Küresel Fiziksel Aktivite Anketi, sürüm 2 temel alınarak hazırlanmıştır. Bu anket fiziksel aktivite davranışını üç alanda değerlendirmektedir: iş ile ilişkili (ücretli ya da ücretsiz çalışmayı, ev içinde ya da dışında çalışmayı içerir), ulaşım ile ilişkili (bir yerlere gidip gelmek), ve boş zamanlar. Her bir katılımcının fiziksel aktivite düzeyini ve toplam fiziksel aktiviteyi tanımlayabilmek için, haftada dakika başına metabolik eşdeğerlilik (MET) tanımlanmıştır. Bunun için haftalık etkili fiziksel aktivite dakikaları 8 MET ile çarpılmıştır ve orta düzeyde fiziksel aktivite dakikaları 4 MET ile çarpılmıştır (tanım olarak hareketler orta düzeyde fiziksel aktivite olarak kabul edilmiştir). Araştırılan nüfusun fiziksel aktivite düzeyini belirlemek için fiziksel aktivite sürekli göstergeler (MET-dakika/hafta ve dakika/hafta) ve kategorik göstergeler (aşağıda yer alan kesim noktalarına göre) ile tanımlanmıştır (44).

Aşağıdaki kriterlerden herhangi birisini karşılayan katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri yüksek olarak kabul edilmiştir.

- Ağır/çok yoğun haftada en az üç gün ve en az 1.500 MET dakika/hafta olan aktivite.
- Herhangi bir alanda en az yedi ya da daha fazla gün yapılan ve en az 3.000 MET dakika/hafta yoğunluğuna ulaşan aktivite.

Yüksek düzey kriterlerini karşılamayan ancak aşağıdaki kriterlerden herhangi birini karşılayan katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri orta olarak kabul edilmiştir.

- Orta/yoğun yoğunlukta ve günde en az 20 dakika süren, haftada iki ya da üç gün yapılan aktivite.
- Günde en az 30 dakika süren ve orta yoğunlukta beş ya da daha fazla gün yapılan fiziksel aktivite.
- Herhangi bir alanda ve herhangi bir yoğunlukta en az 600 MET dakika/hafta süren beş ya da daha fazla gün yapılan fiziksel aktivite.

Yüksek ya da orta seviye gruplarının kriterlerini karşılayamayan katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri düşük olarak kabul edilmiştir.

#### 3.14.2. ADIM 2

Hipertansiyon, fazla kiloluluk ve obezite gibi biyolojik risk faktörlerinin değerlendirilmesi için yapılan fiziksel ölçümlerdir. Bu risk faktörlerinin değerlendirilebilmesi için kan basıncı, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, kalça ve bel çevresi ölçümleri yapılmıştır.

#### 3.14.2.1. Kan Basıncı

Kan basıncı ölçümleri, on beş dakikalık istirahatin ardından her birinin arasında üç dakika beklenerek toplam üç kez ölçülmüştür. Kan basıncındaki değişiklikleri tanımlamak için aşağıdaki kesim noktaları göz önüne alınmıştır.

- Yüksek: Sistolik kan basıncının (SKB) 140 mmHg eşit ya da daha yüksek olması ya da diyastolik kan basıncının (DKB) 90 mmHg eşit ya da daha yüksek olması.
- Çok yüksek: SKB'nin 160 mmHg eşit ya da daha yüksek olması ya da DKB'nin 100 mmHg eşit ya da daha yüksek olması.

Ayrıca herhangi bir doktor ya da sağlık çalışanı tarafından hipertansiyon tanısı almış olma durumu da sorgulanmıştır.

Hipertansiyonun toplam prevalansının belirlenmesinde, yüksek kan basıncı (SKB  $\geq$  140 / DKB  $\geq$  90 mmHg) ile halen arteryel hipertansiyon kontrolüne yönelik ilaç kullanımının bildirilmesi (katılımcılara tanıyı içeren sağlık raporu doğrultusunda sorular sorulmuştur) dikkate alınmıştır. Ayrıca antihipertansif tedavi almayan hipertansiyonlu ve antihipertansif tedavi alan normal kan basıncına sahip katılımcıların durumları da değerlendirilmiştir.

### 3.14.2.2. Beden Kitle İndeksi

Araştırma grubunun BKİ hesaplamaları boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümlerine dayanmaktadır. Boy uzunluğu ölçümü; iki metre uzunluğunda olan ve yapışkan bantlarla zemine dik olarak sabitlenen akrilik ölçüm cihazı kullanılarak, katılımcılardan ayakkabılarını çıkartması ve ölçüm cihazının yanında durması istenerek yapılmıştır. Vücut ağırlığı ölçümü için zemindeki düz bir yüzey üzerine yerleştirilen elektronik tartı kullanılarak, katılımcılardan tartının ekranının önünde orta noktada ayakları bitişik şekilde durması istenilerek yapılmıştır. Ayakların yanı sıra kollar yana sarkıtılmış ve çene yere paralel pozisyonundadır. Ölçüm yapılmadan önce katılımcının ağırlığının aşırı yüksek çıkmasına neden olabilecek elbiseler giymediğinden emin olunmuştur.

Boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ortalamaları ile BKİ hesaplanmış ve aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır (44):

Kategori	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )
Zayıf	< 18,5
Normal kilolu	18,5-24,9
Fazla kilolu	25-29,9
Obez	> 30

### 3.14.2.3. Bel ve Kalça Çevresi

Bel ve kalça çevresi ölçümlerinde katılımcılar ayakta, bacakları bitişik ve elleri vücudun her iki yanında olacak şekilde durmuşlardır. 6 mm genişliğinde ayarlanabilir, santimetre cinsinden derecelendirilmiş bir fiberglas mezura, katılımcıların son kaburgası ile iliak çıkıntısının üzerine cilt üzerine doğrudan yerleştirilerek, göbeğin en geniş bölümünden bel çevresi ölçülmüştür.

Bel çevresinin cinsiyete göre obezite prevalansının belirlenmesinde ve kardiyovasküler risk faktörlerinin belirlenmesi ile obeziteye bağlı metabolik değişikliklerin tanınmasında, Tablo 8'de verilen eşik değerler kullanılmıştır.

**Tablo 8: DSÖ'nün Bel ve Kalça Çevresi Kesim Noktaları ile Metabolik Komplikasyon Riskleri**

Gösterge	Kesim noktaları (cm)		Metabolik komplikasyon riski
	Erkek	Kadın	
Bel çevresi	> 94	> 80	Artmış
Bel çevresi	> 102	> 88	Önemli derecede artmış
Bel-kalça oranı (BKO)	$\geq$ 0,90	$\geq$ 0,85	Önemli derecede artmış

#### 3.14.3. ADIM 3

STEPS araştırmasının üçüncü adımı idrar ve kan testlerini içermektedir. Kan şekeri ve trigliserid ölçümleri için kişilerin aç olmaları gerektiğinden, ölçümler 1 ve 2. Adımlardan sonraki günün sabahında yapılmıştır. Katılımcılardan kan örnekleri alınmadan önceki 12 saat aç kalmaları istenmiştir. Açlık venöz kan örnekleri, kan glikozu, HbA1c, trigliseridler, kolesterol seviyeleri ve hiperglisemi ile hiperkolesterolemi varlığını belirlemek amacıyla alınmıştır. Bu biyokimyasal ölçümler, Tablo 7de sunulan cihazlar kullanılarak, DSÖ önerileri doğrultusunda kuru yöntemle gerçekleştirilmiştir (44).

Adım 3'teki biyokimyasal ölçümler şunlardır:

- Kan şekeri
- Kolesterol
- Trigliseridler
- HDL
- HbA1c
- İdrar sodyumu
- İdrar kreatinini

Adım 3 uygulaması sırasında, kan basıncı ölçümleri on beş dakikalık istirahatin ardından her birinin arasında üç dakika beklenerek toplam üç kez tekrar ölçülmüştür.

##### 3.14.3.1. Glisemi

Yüksek kan şekeri prevalansının belirlenmesinde, açlık kan şekeri düzeyleri veya bir sağlık çalışanı tarafından diyabet tanısı almış olma durumunu beyan eden katılımcılara bu konuda bir soru sorularak (sağlık çalışanı tarafından diyabet teşhisi öyküsü bildiren katılımcılara sorulan bir sorudur) diyabet kontrolü için halen ilaç ya da insülin kullanma durumu göz önüne alınmıştır. Buna ek olarak, tedavi alanlarda ya da almayanlarda yüksek kan şekeri prevalansı ve tedavi altındaki normal glisemiler belirlenmiştir. Gliseminin tanımlanmasında aşağıdaki kesim noktaları kullanılmıştır (44):

- Bozulmuş açlık kan şekeri : Venöz plazma değeri  $\geq 110$  mg/dl ve  $< 126$  mg/dl
- Yüksek açlık kan şekeri: Venöz plazma değeri  $\geq 126$  mg/dl ya da yüksek kan şekeri nedeniyle halen tedavi alıyor olmak

##### 3.14.3.2. Hemoglobin A1c (HbA1c)

THSA (BOH-RFP) ayrıca Adım 3'te HbA1c ölçümlerini de içermektedir. Glisemi tanısında aşağıdaki kesim noktaları kullanılmıştır:

- HbA1c  $\geq 6,5$

Çalışmada ayrıca aşağıdaki kesim noktaları kullanılarak, açlık kan şekeri ile HbA1c'de kombine edilmiştir.

- Venöz plazma değeri  $\geq 126$  mg/dl ya da HbA1c  $\geq 6,5$  veya yüksek kan şekeri nedeniyle halen tedavi alıyor olmak

##### 3.14.3.3. Total Kolesterol

Hiperkolesterolemi prevalansının belirlenmesinde; açlık total kolesterol değeri veya bir sağlık çalışanı tarafından hiperkolesterolemi tanısı almış olmayla ilgili sorulan soruya dayanılarak, hiperkolesterolemi nedeniyle halen ilaç kullanıyor olmak ya da diyet yapıyor olmak göz önüne alınmıştır. Kuru yöntemle total kolesterol düzeylerinin sınıflandırılmasında, STEPS kılavuzunda belirtilen aşağıdaki kesim noktaları kullanılmıştır (44):



- Yüksek total kolesterol:  $\geq 190$  mg/dl veya yüksek kolesterol nedeniyle halen tedavi alıyor olmak.

#### **3.14.3.4. Trigliseridler**

Açlık trigliserid düzeyleri STEPwise yaklaşımında önerilen prosedürler izlenerek ölçülmüş ve DSÖ tarafından aşağıda sunulan kesim noktaları önerilmiştir (44).

- Yüksek trigliserid: Açlık trigliserid düzeyi  $\geq 180$  mg/dl

#### **3.14.3.5. HDL Kolesterol**

Araştırma grubunun kolesterol prevalansının belirlenmesinde, Adım 3'te ayrıca HDL kolesterol de ölçülmüştür. HDL kolesterolün değerlendirilmesinde DSÖ tarafından önerilen aşağıdaki kesim noktaları kullanılmıştır (44):

- HDL kolesterol düzeyi optimal düzeyin altı: Erkekler için HDL  $< 40$  mg/dl ve kadınlar için  $< 50$  mg/dl

#### **3.14.3.6. İdrarda Sodyum ve Kreatinin**

İdrarsodyum ve kreatinin düzeyleri, toplumda hipertansiyon ve KDHI için asıl risk faktörleri olan yüksek tuz tüketimi durumunun değerlendirilmesi için ölçülmüştür. İdrar örnekleri soğuk zincir dahilinde Ankara'daki Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Merkez Laboratuvarına gönderilmiştir. İdrar örnekleri, merkez laboratuvarında bir sağlık teknisyeni tarafından analiz edilmiştir. Bu analizlerin sonuçları her katılımcının verilerinin tamamlanmış olabilmesi için bir tablet bilgisayara kaydedilmiş ve sunucudaki veritabanına yüklenmiştir. Burada katılımcının kimlik numarası kilit role sahiptir çünkü verilerin eşleştirilmesinde bu değişken kullanılmıştır.

Spot idrar örneklerindeki sodyum ve kreatinin düzeyleri, aşağıdaki formüller kullanılarak (DSÖ Avrupa Ofisin tarafından sağlanmıştır) Adım 3'te nüfusun 24 saatlik tuz tüketimini belirlemek için kullanılmıştır:

Erkeklerde mmol cinsinden tahmin edilen 24 saatlik sodyum (Na) tüketimi:

- $[39,58 + (0,45 \times \text{İdrar sodyumu (mmol/l)}) - [3,09 \times \text{İdrar kreatinini (mmol/l)} \times 88,4 / 1000] + (4,16 \times \text{BKİ}) + (0,22 \times \text{Yaş})]$

Kadınlarda mmol cinsinden tahmin edilen 24 saatlik sodyum (Na) tüketimi:

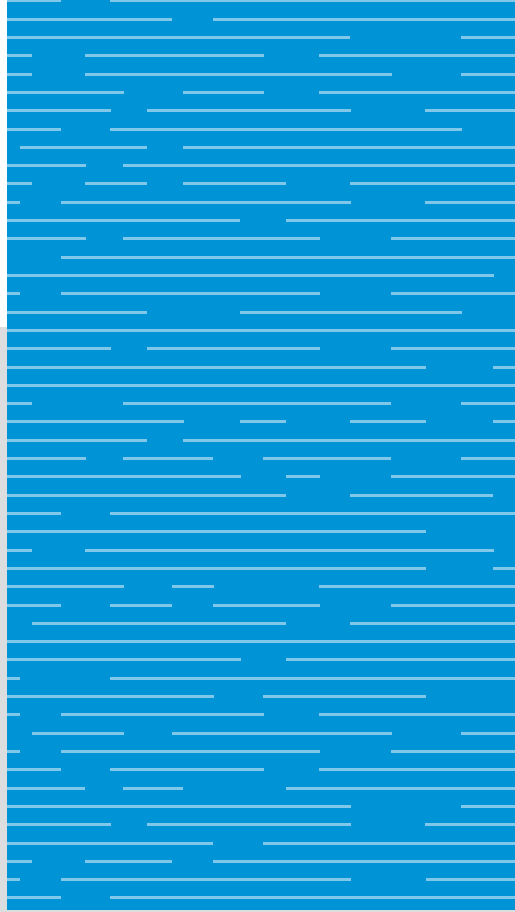
- $[17,02 + (0,33 \times \text{İdrar sodyumu (mmol/l)}) - [2,44 \times \text{İdrar kreatinini (mmol/l)} \times 88,4 / 1000] + (2,42 \times \text{BKİ}) + (2,34 \times \text{Yaş}) - (0,03 \times \text{Yaş})]$

İdrarda mmol cinsinden 24 saatlik sodyum değerleri, gram cinsinden tuz değerleri elde etmek amacıyla 17,1'e bölünmüştür. DSÖ'nün kişi başına günde tuz tüketimi tavsiyesi, 5 gram tuzdan daha az ya da 2 gram sodyumdan daha düşüktür.



# 4

## ARAŞTIRMA BULGULARI



## 4. ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu çalışmanın ilk ve en önemli amacı, STEPS yaklaşımını kullanarak, Türkiye nüfusu için BOH risk faktörlerini değerlendirmektir. Çalışmada, birçok sağlık sorununun risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve prevalansı ile ilgili bilgiye ek olarak, aralarında güçlü bağlar olabileceğinden, katılımcıların önemli demografik özellikleri hakkında da bilgi toplanmıştır. Bu bölümün ilk kısımlarında çalışma grubunun bazı demografik özellikleri hakkında bilgiler, sonraki kısımlarında ise katılımcıların BOH davranışsal ve biyolojik risk faktörleri hakkında sonuçları sunulmaktadır. Örnekleme ile ilgili bazı demografik bilgiler dışında raporda sunulan tüm sonuçlar ağırlıklandırılmış verilere dayanmaktadır.

### 4.1. Örneklem ve Katılım Oranları

Çalışmada her kümede 10 hanenin yer aldığı 865 kümeden 8650 hane seçilmiştir (810 küme kent, 55 küme kır düzeyindedir). Toplamda seçilen 6555 uygun kişiden 6053'ü (%92,3) çalışmaya katılmıştır,  $\pm 0,45$  hata marjı ile ortalama yaş 46,8 olarak hesaplanmıştır. Buna göre 8650 hanehalkından 6053'ü Adım 1-2'de yer almışlar, Adım 1-2'de yer alan katılımcılardan 3352'si Adım 3'te katılmışlardır. Çalışmaya katılım, örneklemin tümünde Adım 1-2 için %70,0, Adım 3 için ise %38,6 olarak gerçekleşmiştir. Ziyaret edilen 8650 haneden 2095'inde evde kimsenin olmaması ya da kapıda reddedilme nedeni ile çalışma yapılamamıştır. Saha ekiplerinin araştırmaya uygun bir birey seçmeyi başardıkları 6555 haneden 502 kişi Adım 1-2'ye katılımı reddetmişlerdir (Tablo 9).

**Tablo 9: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Yeniden Tabakalama Katılım Oranları**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her İki Cinsiyet		
	Uygun	Katıldı		Uygun	Katıldı		Uygun	Katıldı	
	N	N	%	N	N	%	N	N	%
15-29	539	497	92,2	730	673	92,2	1269	1170	92,2
30-44	729	652	89,4	1146	1050	91,6	1875	1702	90,8
45-59	703	642	91,3	1045	974	93,2	1748	1616	92,4
60-69	397	381	96,0	484	463	95,7	881	844	95,8
$\geq 70$	307	276	89,9	475	445	93,7	782	721	92,2
<b>TOPLAM</b>	<b>2675</b>	<b>2448</b>	<b>91,5</b>	<b>3880</b>	<b>3605</b>	<b>92,9</b>	<b>6555</b>	<b>6053</b>	<b>92,3</b>

### 4.2. Demografik Bilgiler

Araştırmaya katılan 6053 kişi 15 yaşını doldurmuştur ve Türkiye'de İBBS-1 seviyesinde 12 bölgesinde yer alan 79 ilden gelmişlerdir (bkz. Tablo 1). Bu bölümde, çalışma grubunun bazı demografik göstergeleri yaş ve cinsiyete göre sunulmaktadır. Örneklem özelliklerinin anlamlı farklılık gösterdiği durumlarda demografik göstergeler İBBS-1 seviyesinde de verilmiştir.

#### 4.2.1. Yaş ve Cinsiyet Özellikleri

Çalışmada yer alan 6053 kişinin, yaş grubu ve cinsiyete göre ağırlıklandırılmış ve ağırlıklandırılmamış dağılımları Tablo 10'da verilmiştir. Örneklem grubunun %59,6'sının kadınlardan oluşmaktadır.<sup>3</sup> Bu yüzdeleri yorumlarken ve değerlendirirken çalışmada yer alan katılımcıların (40,4%'ü erkeklerden oluşmaktadır) 15 yaş ve üzeri ile sınırlandırıldığını göz ardı etmemek gerekir. Bu yüzden örneklemin yaş-cinsiyet dağılımı Türkiye nüfusunun tümünü temsil etmemektedir. Tablo10'daki ağırlıklandırılmış yaş-cinsiyet dağılımı aynı zamanda TÜİK'in 2016 nüfus tahminlerine göre mevcut nüfus dağılımını temsil etmektedir.

Çalışmada yer alan katılımcıların beş yaş grubu ("15-29", "30-44", "45-59", "60-69" ve "≥70" yaş) için dağılımı sırasıyla %19,3, %28,1, %26,7, %13,8 ve %11,9'dur. Buna göre, katılımcıların %47,4'ü "15-44" yaş grubunda, %40,6'sı "45-69" yaş grubunda ve %11,9'u "≥70" yaş grubundadır. (Tablo 10)

**Tablo 10: Cinsiyet ve Yaş Grubuna göre Katılımcıların Dağılımı\***

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ağr+** %	Ağr-*** %	N	Ağr+** %	Ağr-*** %	N	Ağr+** %	Ağr-*** %
15-29	497	51,0	42,5	673	49,0	57,5	1170	31,6	19,3
30-44	652	50,5	38,3	1050	49,5	61,7	1702	30,3	28,1
45-59	642	50,3	39,7	974	49,7	60,3	1616	21,7	26,7
60-69	381	48,1	45,1	463	51,9	54,9	844	9,5	13,9
≥70	276	42,2	38,3	445	57,8	61,7	721	7,0	11,9
<b>TOPLAM</b>	<b>2448</b>	<b>49,8</b>	<b>40,4</b>	<b>3605</b>	<b>50,2</b>	<b>59,6</b>	<b>6053</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* Ağırlıklandırılmış sonuçlar, iki yönlü cinsiyet-yaş ve İBBS-1 nüfus dağılımına göre yeniden tabakalama yapılması nedeniyle, TÜİK 2016 nüfus tahminleri ile tam olarak eşleşmektedir. \*\* Ağırlıklandırılmış, \*\*\* Ağırlıklandırılmamış

Çalışmada yer alan katılımcıların İBBS-1 bölgelerine göre dağılımları Tablo11'de verilmiştir. İBBS-1 bölgeleri katılımcı oranları, TR1 için %14,6, TR2 için %5,4, TR3 için %14,9, TR4 için %12,0, TR5 için %11,2, TR6 için 12,1, TR7 için %5,6, TR8 için %6,7, TR9 için %4,2, TRA için %2,6, TRB için %4,2 ve TRC için %6,5 tir. TÜİK'in yaptığı 2016 nüfus sayımına göre, Türk nüfusunun İBBS-1 bölgelerine göre dağılımı, TR1 için %18,7, TR2 için %4,7, TR3 için %13,6, TR4 için %9,9, TR5 için %9,9, TR6 için %12,6, TR7 için %5,0, TR8 için %6,0, TR9 için %3,5, TRA için %2,6, TRB için %4,4 ve TRC için %9,1 dir. (Tablo 11)

3 Burada yalnızca "ağırlıklandırılmamış örneklem" yaş ve cinsiyet karakteristikleri irdelenmektedir, çünkü Tablo 10 ve Tablo 11'de verilen ağırlıklandırılmış rakamlar iki yönlü cinsiyet-yaş ve İBSS-1 nüfus oranına göre yeniden tabakalama nedeniyle TÜİK 2016 nüfus sayımı sonuçları ile aynıdır ve çalışma örnekleminde elde edilen ana kitle ile ilgili tahminler değildir.

Tablo 11: İBBS-1 Bölgelerine Çalışmada Yer Alan Katılımcıların Dağılımı\*

İBBS-1 Bölgeleri	N	Ağr+** %	Ağ-*** %
TR1	883	18,7	14,6
TR2	328	4,7	5,4
TR3	899	13,6	14,9
TR4	726	9,9	12,0
TR5	680	9,9	11,2
TR6	730	12,6	12,1
TR7	339	5,0	5,6
TR8	403	6,0	6,7
TR9	254	3,5	4,2
TRA	159	2,6	2,6
TRB	257	4,4	4,2
TRC	395	9,1	6,5
<b>TOPLAM</b>	<b>6053</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* Ağırlıklandırılmış sonuçlar, iki yönlü cinsiyet-yaş ve İBBS-1 nüfus dağılımına göre yeniden tabakalama yapılması nedeniyle, TÜİK 2016 nüfus tahminleri ile tam olarak eşleşmektedir. \*\* Ağırlıklandırılmış, \*\*\* Ağırlıklandırılmamış

Tablo 10 ve Tablo 11'deki verilere göre örnekleme erkekler, kadınlardan daha az yer almaktadır. Benzer şekilde, İBBS-1 bölgeleri arasında da dengesizlik görülmektedir. Bu durum uygun örnekleme değerlendirilmiş, kompleks örnekleme tasarımları kullanılarak nüfus ve cevapsızlığa (küme seviyesi) göre ağırlıklandırma uygulanmıştır.

#### 4.2.2. Medeni Durum

Çalışmada yer alan katılımcıların yaş grubu ve cinsiyete göre medeni durum bulguları, Tablo 12'de gösterilmiştir. Araştırmada yer alan katılımcıların üçte ikisi (%65,9) halen evli olduklarını ifade etmişlerdir (erkeklerde 65,9% ; kadınlarda 66,0%). Katılımcıların %27,0' si bekâr, %1,8'i boşanmış ve geri kalan %5,3'ü ise duldur. Medeni durum yaşla değişkenlik göstermektedir. 30 yaşından itibaren evliler en büyük grubu oluştururken, beklendiği gibi "15-29" yaş arasında önemli bir grubu bekârlar oluşturmaktadır (Tablo 12).

Bekâr kadın yüzdesinin (%22,4), erkeklerden (%31,7) düşük olduğu ve dulların yüzdesinin, boşanmış kişilerden daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. "≥70" dulların oranı (%39,2), "45-59" yaş dullardan (%4,0) yaklaşık 10 kat yüksektir (yaşlı nüfusun kadın ağırlıklı olması ve erkeklerdeki yüksek mortalite).

**Tablo 12: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Medeni Durum**

Cinsiyet	Medeni Durumu					
	Yaş Grubu (yıl)	N	Bekar (%)	Halen evli (%)	Boşanmış (%)	Dul (%)
Erkek	15-29	497	83,2	16,7	-	0,1
	30-44	652	12,1	86,7	1,1	0,2
	45-59	642	3,6	93,5	1,9	1,1
	60-69	381	2,0	92,0	1,4	4,6
	≥ 70	276	0,8	84,2	0,3	14,8
	<b>TOPLAM</b>	<b>2448</b>	<b>31,7</b>	<b>65,9</b>	<b>0,9</b>	<b>1,6</b>
Kadın	15-29	673	62,3	36,4	1,2	0,1
	30-44	1050	6,6	88,8	3,7	0,9
	45-59	974	4,4	84,1	4,4	7,0
	60-69	463	1,9	69,5	2,5	26,1
	≥ 70	445	1,0	41,6	0,4	57,0
	<b>TOPLAM</b>	<b>3605</b>	<b>22,4</b>	<b>66,0</b>	<b>2,7</b>	<b>8,9</b>
Her iki cinsiyet	15-29	1170	73,0	26,3	0,6	0,1
	30-44	1702	9,4	87,7	2,4	0,5
	45-59	1616	4,0	88,8	3,1	4,0
	60-69	844	1,9	80,3	2,0	15,7
	≥ 70	721	0,9	59,6	0,3	39,2
	<b>TOPLAM</b>	<b>6053</b>	<b>27,0</b>	<b>65,9</b>	<b>1,8</b>	<b>5,3</b>

İBBS-1 bölgeleri arasında, medeni durum açısından anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir. Hiç evlenmemişlerin en düşük olduğu bölge TR3 (%20,2), en yüksek olduğu bölge TRC (%38,4) bölgeleridir. Halen evli olanların en yüksek olduğu bölge TR8 (%70,5), en düşük olduğu bölge TRC (%59,3) olarak saptanmıştır. Boşanmışlar, en yüksek TR3 bölgesinde (%3,8) ve en düşük TR9 ve TRA (her ikisi de %0,1) bölgelerinde gözlemlenmiştir. Dullar ise, en yüksek TRA (%8,4), en düşük ise TRC (%1,7) bölgelerinde tespit edilmiştir. (Tablo 13)

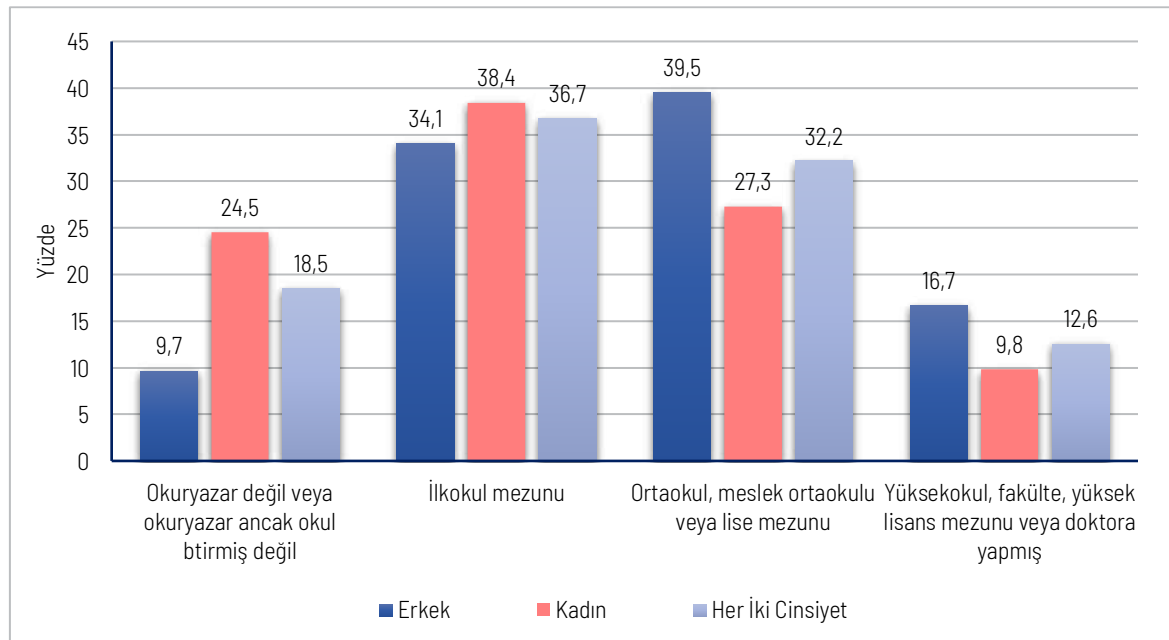
Tablo 13: İBBS-1 Bölgelerine Göre Medeni Durum

İBBS-1 Bölgeleri	Medeni durum				
	Her iki cinsiyet				
	N	Bekar %	Halen evli %	Boşanmış %	Dul %
TR1	883	28,6	65,2	1,7	4,5
TR2	328	23,5	67,4	2,6	6,5
TR3	899	20,2	68,0	3,8	8,0
TR4	726	27,2	66,2	1,6	5,0
TR5	680	27,6	65,2	1,9	5,3
TR6	730	24,1	69,1	2,5	4,3
TR7	339	28,6	63,7	0,6	7,1
TR8	403	20,7	70,5	1,6	7,2
TR9	254	30,5	64,1	0,1	5,3
TRA	159	21,9	69,5	0,1	8,4
TRB	257	34,7	62,1	0,3	2,9
TRC	395	38,4	59,3	0,5	1,7
<b>TOPLAM</b>	<b>6053</b>	<b>27,0</b>	<b>65,9</b>	<b>1,8</b>	<b>5,3</b>

#### 4.2.3. Eğitim Durumu

Grafik 4'te cinsiyete göre çalışmada yer alan katılımcıların eğitim durumları verilmiştir<sup>4</sup>. Araştırma grubunda yer alan kadın katılımcıların, %24,5'i herhangi bir okul bitirmemiş, %38,4'ü ilkokul mezunu, %27,3'ü ortaokul ya da lise mezunu ve %9,8'i yüksekokul bitirmiş yada daha fazla süre eğitim almışlardır (erkekler için sırasıyla %9,7; %34,1; 39,5 ve %16,7) (Grafik 4).

Grafik 4: Cinsiyete Göre Katılımcıların Eğitim Durumu Yüzdesi



4 Burada yalnızca "ağırlıklandırılmamış örneklem" eğitim karakteristikleri irdelenmektedir, çünkü Tablo 14 ve Tablo 15'te verilen ağırlıklandırılmış rakamlar iki yönlü cinsiyet-yaş ve İBBS-1 nüfus oranlarına göre yeniden tabakalama nedeniyle TÜİK 2016 nüfus sayımı sonuçları ile aynıdır ve çalışma örnekleminde elde edilen ana kitle ile ilgili tahminler değildir.



**Tablo 14: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Eğitim Durumu Yüzdesi\***

Cinsiyet	Yaş grubu (yıl)	N	Okuryazar değil veya okuryazar ancak bir okul bitirmemiş (%)		İlkokul mezunu (%)		Ortaokul, mesleki ortaokul veya lise mezunu (%)		Yüksekokul, fakülte, yüksek lisans veya doktora mezunu (%)	
			Ağr+**	Ağr-***	Ağr+**	Ağr-***	Ağr+**	Ağr-***	Ağr+**	Ağr-***
Erkek	15-29	497	0,8	1,4	4,1	4,8	75,4	68,2	19,7	25,6
	30-44	652	2,0	2,6	19,3	28,4	59,1	47,5	19,6	21,5
	45-59	642	4,3	7,3	31,3	46,6	46,1	31,8	18,3	14,3
	60-69	381	9,7	15,0	43,9	53,0	34,8	22,6	11,7	9,4
	≥ 70	276	28,5	39,5	41,1	45,3	20,8	9,8	9,6	5,4
	<b>TOPLAM</b>	<b>2448</b>	<b>4,4</b>	<b>9,7</b>	<b>20,5</b>	<b>34,1</b>	<b>57,0</b>	<b>39,5</b>	<b>18,1</b>	<b>16,7</b>
Kadın	15-29	673	2,1	4,9	5,2	8,5	70,7	64,9	22,0	21,7
	30-44	1050	6,7	9,9	35,3	47,4	41,1	29,6	16,9	13,0
	45-59	974	15,1	20,5	45,2	55,2	29,0	18,5	10,7	5,7
	60-69	463	39,2	49,5	37,1	38,7	19,2	9,3	4,6	2,6
	≥ 70	445	64,0	71,0	28,1	25,4	6,7	2,7	1,1	0,9
	<b>TOPLAM</b>	<b>3605</b>	<b>14,9</b>	<b>24,5</b>	<b>27,7</b>	<b>38,4</b>	<b>42,7</b>	<b>27,3</b>	<b>14,7</b>	<b>9,8</b>
Her iki cinsiyet	15-29	673	1,4	3,4	4,7	6,9	73,1	66,3	20,8	23,3
	30-44	1050	4,3	7,1	27,2	40,1	50,2	36,5	18,3	16,3
	45-59	974	9,7	15,3	38,2	51,8	37,6	23,8	14,5	9,2
	60-69	463	25,0	33,9	40,4	45,1	26,7	15,3	8,0	5,7
	≥ 70	445	49,0	58,9	33,6	33,0	12,7	5,4	4,7	2,6
	<b>TOPLAM</b>	<b>3605</b>	<b>9,6</b>	<b>18,5</b>	<b>24,2</b>	<b>36,7</b>	<b>49,9</b>	<b>32,2</b>	<b>16,4</b>	<b>12,6</b>

\* TÜİK 2016 nüfus tahminlerine göre iki yönlü cinsiyet-egitim ve iki yönlü cinsiyet-yaş ve ve İBSS-1 nüfus oranlarına göre yeniden tabakalama yapılması nedeniyle Tabloda verilen ağırlıklandırılmış rakamlar TÜİK 2016 nüfus tahminleri ile aynıdır. \*\* Ağırlıklandırılmış, \*\*\* Ağırlıklandırılmamış

Herhangi bir okul bitirmemiş olanlar, tüm katılımcıların %18,5'ini oluşturmaktadırlar. Buna ek olarak katılımcıların %36,7'sinin ilkokul düzeyinde, %32,2'sinin orta veya lise düzeyinde ve %12,6'sının yüksekokul seviyesinde okul bitirdikleri görülmektedir. Yaş arttıkça hiç eğitim görmemiş grubun yüzdesinin yükseldiği görülmektedir. Yüksekokulu bitirenlerin yüzdesi tam tersine bir seyir izlemektedir (Tablo 14). Bu sonuçlar ileride incelenecek eğitim görülen ortalama yıl ile mükemmel derecede uyumludur

Tablo 15'de İBSS-1 bölgelerinde en yüksek eğitim düzeyleri gösterilmektedir ve bölgeler arasında her düzeyde önemli farklılıklar bulunmaktadır. TRA bölgesi en yüksek "okuryazar değil veya okuryazar ancak bir okul bitirmemiş" yüzdesine (%39,6) sahiptir. TRA bölgesini TRB (%33,1) ve TRC (%31,6) bölgeleri takip etmektedir.

## 4. ARAŞTIRMA BULGULARI

En düşük "okuryazar değil veya okuryazar ancak bir okul bitirmemiş" yüzdesi TR4'te (%11,4) bulunmuştur ve TR5 (%12,1) ve TR1 (%10,1) bölgeleri TR4 bölgesini izlemektedirler. En yüksek "ortaokul, mesleki ortaokul veya lise mezunu" yüzdesi TRC'de (%40,8) bulunmuştur, onu TR4 (%37,1) ve TR5 (%36,3) bölgeleri takip etmektedir. Diğer yandan, en düşük "ortaokul, mesleki ortaokul veya lise mezunu" yüzdesi TRA'da (%28,0) tespit edilmiş ve TR3 (%26,9) ve TR8 (%28,3) bölgeleri TRA bölgesini izlemektedirler.

**Tablo 15: İBBS-1 Bölgelerine Göre Her İki Cinsiyet İçin Eğitim Durumu Yüzdesi\***

İBBS-1 bölgeleri	N	Her iki cinsiyet							
		Okuryazar değil veya okuryazar ancak bir okul bitirmemiş %		İlkokul mezunu %		Ortaokul, mesleki ortaokul veya lise mezunu %		Yüksekokul, fakülte, yüksek lisans veya doktora mezunu	
		Ağr+**	Ağr-***	Ağr+**	Ağr-***	Ağr+**	Ağr-***	Ağr+**	Ağr-***
TR1	883	6,0	10,1	28,0	43,3	46,2	31,3	19,8	15,4
TR2	328	6,9	12,2	34,3	50,6	46,3	28,4	12,5	8,8
TR3	899	9,7	16,4	29,0	42,8	41,8	26,9	19,5	13,9
TR4	726	5,1	11,4	23,4	39,0	56,4	37,1	15,1	12,5
TR5	680	5,7	12,1	23,2	33,1	50,3	36,3	20,9	18,5
TR6	730	8,4	19,0	22,0	36,3	56,9	34,4	12,8	10,3
TR7	339	11,5	26,0	23,3	35,1	51,4	28,6	13,7	10,3
TR8	403	15,1	31,5	23,8	33,3	48,5	28,3	12,5	6,9
TR9	254	10,6	20,1	19,6	27,2	45,4	34,3	24,4	18,5
TRA	159	26,7	39,6	17,5	24,5	39,5	22,0	16,3	13,8
TRB	257	16,9	33,1	17,5	24,9	48,4	30,0	17,3	12,1
TRC	395	16,0	31,6	16,0	22,5	59,5	40,8	8,4	5,1
<b>TOPLAM</b>	<b>6053</b>	<b>9,6</b>	<b>18,5</b>	<b>24,2</b>	<b>36,7</b>	<b>49,9</b>	<b>32,2</b>	<b>16,4</b>	<b>12,6</b>

\* TÜİK 2016 nüfus tahminlerine göre iki yönlü cinsiyet-egitim ve iki yönlü cinsiyet-yaş ve ve İBBS-1 nüfus oranlarına göre yeniden tabakalama yapılması nedeniyle Tabloda verilen ağırlıklandırılmış rakamlar TÜİK 2016 nüfus tahminleri ile aynıdır. \*\* Ağırlıklandırılmış, \*\*\* Ağırlıklandırılmamış

Tablo 16 ve Tablo 17'de, çalışmaya katılanların cinsiyet, yaş grubu ve İBBS-1 bölgelerine göre ortalama eğitim süreleri gösterilmektedir. Araştırmaya katılanların %55,2'si ortaokulun altında bir eğitim düzeyine sahiptir ve ortalama eğitim yılı düşüktür (9,1 yıl). Ortalama eğitim süresi hem cinsiyet hem de yaş açısından büyük farklılıklar göstermektedir. Ortalama eğitim süresi en yüksek "15-29" yaş grubundadır ve belirtildiği gibi yaşla orantılı olarak azalmaktadır.

Diğer yaş gruplarının aksine ["30-44" (9,6 yıl), "45-59" (8,1 yıl), "60-69" (6,0 yıl) "≥ 70" (3,9 yıl)], "15-29" yaş grubundaki katılımcıların, ortalama eğitim süresi 11,3 yıldır. Yaş gruplarında olduğu gibi ortalama eğitim süresi cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir: erkekler için 9,9 yıl, kadınlar için ise 8,2 yıl (ortalama 1,7 yıl fark) (Tablo 16)

**Tablo 16: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Ortalama Eğitim Yılı**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	% 95 GA	N	Ortalama	% 95 GA	N	Ortalama	% 95 GA
15-29	497	11,4	11,2-11,7	673	11,2	11,0-11,5	1170	11,3	11,2-11,5
30-44	652	10,3	10,0-10,7	1050	8,8	8,4-9,2	1702	9,6	9,3-9,8
45-59	642	9,3	8,9-9,7	974	6,8	6,3-7,3	1616	8,1	7,7-8,4
60-69	381	7,5	7,0-7,9	463	4,6	4,0-5,2	844	6,0	5,6-6,4
≥ 70	276	5,7	5,0-6,4	445	2,5	2,1-3,0	721	3,9	3,4-4,3
<b>TOPLAM</b>	<b>2448</b>	<b>9,9</b>	<b>9,7-10,1</b>	<b>3605</b>	<b>8,2</b>	<b>8,0-8,4</b>	<b>6053</b>	<b>9,1</b>	<b>8,9-9,2</b>

Tablo 17 ve Grafik 5'te verilmiş olan ortalama eğitim yılı değerleri, Tablo 15'te verilmiş olan genel eğilime paralellik göstermektedir. Ortalama eğitim yılı değeri TR5'te en yüksekken (9,9 yıl), TRA da en düşük değerdedir (8,3 yıl).

**Tablo 17: İBBS-1 Bölgelerine Göre Ortalama Eğitim Yılı**

İBBS-1 Bölgeleri	N	Ortalama	%95 GA
TR1	883	9,7	9,3-10,1
TR2	328	8,4	7,7-9,2
TR3	899	8,8	8,3-9,3
TR4	726	9,4	9,0-9,8
TR5	680	9,9	9,3-10,5
TR6	730	8,9	8,5-9,3
TR7	339	8,8	8,1-9,6
TR8	403	8,1	7,2-8,9
TR9	254	9,5	8,7-10,3
TRA	159	8,3	6,7-9,9
TRB	257	8,6	7,6-9,5
TRC	395	8,5	7,7-9,2
<b>TOPLAM</b>	<b>6053</b>	<b>9,1</b>	<b>8,9-9,2</b>

Grafik 5'te görüldüğü gibi, ortalama eğitim yılı değeri en düşük olan bölge Batı Karadeniz'dir ve bu bölgeyi İç Anadolu, Doğu Türkiye ve Güneydoğu Türkiye takip etmektedir. En yüksek ortalama eğitim yılı değeri Doğu Karadeniz, Marmara ve Batı Anadolu bölgelerinde gözlemlenmiştir.

Grafik 5: İBBS-1 Bölgelerine Göre Katılımcıların Ortalama Eğitim Süresi (Yıl)



Kaynak: Türkiye Cumhuriyeti Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ve TÜİK

#### 4.2.4. Çalışma Durumu

Çalışmada yer alan katılımcıların ücretli çalışma durumlarına göre dağılımları Tablo 18'de, ücretsiz çalışan yada işsizlerin dağılımları Tablo 19'da sunulmuştur. Tablolarda yer alan bulgular, yaş ve cinsiyet kısımlarına göre listelenmiştir. Tablo 18'de raporlanan yüzdeler toplam ücretli çalışanlara göre hesaplanmıştır ve ücretsiz çalışma statüsünde olanları içermemektedir. Benzer şekilde, Tablo 19'da ücret almadan çalışanların kendi içerisindeki yüzdelerini verdiğinden, ücretli çalışanlar yer almamaktadır.

Çalışanlar arasında ise en büyük grubu özel sektörde çalışanların (%23,5) oluşturduğu görülmektedir. Özel sektörü, kamuda çalışanlar (%6,0) ile kendi hesabına çalışanlar (%5,7) izlemektedir. Araştırmada, katılımcıların %64,9'unun gelir getirici bir işte çalışmadığı görülmektedir. Çalışma durumunda, cinsiyet, yaş ve ikamet alanına göre anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Çalışan erkek (%38,9) ve kadınların (%8,1) çoğunluğu özel sektördedir.

Gelir getirici bir işte çalışan erkekler arasında özel sektörde çalışanları, kendi hesabına çalışanlar ve kamuda çalışanlar takip etmektedir (sırasıyla %10,2 ve %8,6). Bu durum, erkeklerde tüm yaş gruplarında gözlenmiştir. (Tablo 18)

**Tablo 18: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcının Çalışma Durumu**

Cinsiyet	Yaş Grubu (yıl)	N	İş Durumu (%)			
			Kamu Çalışanı	Özel Sektör Çalışanı	Kendi hesabına çalışanlar	Ödeme yapılmayan emekli dahil
Erkek	15-29	496	3,6	34,6	3,8	58,0
	30-44	651	13,5	62,5	18,0	6,0
	45-59	642	13,8	35,0	12,1	39,1
	60-69	381	2,4	7,6	7,5	82,5
	≥ 70	275	-	2,9	1,0	96,1
	<b>TOPLAM</b>		<b>2445</b>	<b>8,6</b>	<b>38,9</b>	<b>10,2</b>
Kadın	15-29	672	3,7	11,1	0,6	84,6
	30-44	1049	5,5	12,2	2,0	80,3
	45-59	973	2,7	4,8	1,9	90,6
	60-69	461	0,4	0,1	-	99,5
	≥ 70	445	-	0,2	-	99,8
	<b>TOPLAM</b>		<b>3600</b>	<b>3,4</b>	<b>8,1</b>	<b>1,2</b>
Her iki cinsiyet	15-29	1168	3,7	23,1	2,2	71,0
	30-44	1700	9,5	37,6	10,1	42,8
	45-59	1615	8,3	20,0	7,1	64,7
	60-69	842	1,4	3,7	3,6	91,3
	≥ 70	720	-	1,3	0,4	98,2
	<b>TOPLAM</b>		<b>6045</b>	<b>6,0</b>	<b>23,5</b>	<b>5,7</b>

İşsizlik göz önüne alındığında, işsiz ve çalışabilen kişilerin oranı daha genç yaş gruplarında daha yüksektir: "15-29" yaş grubu için %13,3; "30-44" yaş grubu için %7,8, "45-59" yaş grubu için %4,2 ve "60-69" yaş grubu için %2,6. (Tablo 19)

Tablo 19: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Ücretli Çalışmayan Katılımcıların Durumu

Cinsiyet	Yaş Grubu (yıl)	N	Ücretsiz çalışan durumu (%)			İşsiz (%)		
			Ücretsiz çalışan	Öğrenci	Ev işleri ile meşgul olan	Emekli	Çalışabilir	Çalışamaz
Erkek	15-29	258	0,2	79,6	-	0,1	19,2	0,9
	30-44	41	3,2	1,9	14,1	7,0	64,9	8,9
	45-59	282	0,2	-	0,6	84,0	11,7	3,6
	60-69	317	0,6	-	1,1	89,7	5,3	3,3
	≥ 70	262	0,3	-	0,9	88,9	2,5	7,5
	<b>TOPLAM</b>	<b>1160</b>	<b>0,4</b>	<b>35,2</b>	<b>1,1</b>	<b>45,3</b>	<b>15,0</b>	<b>3,1</b>
Kadın	15-29	568	-	49,1	41,5	0,1	9,2	-
	30-44	860	-	0,9	95,0	0,5	3,4	0,2
	45-59	899	0,2	0,2	87,5	11,1	0,9	0,1
	60-69	459	-	-	78,8	20,3	0,5	0,4
	≥ 70	444	0,4	-	74,9	19,6	1,5	3,6
	<b>TOPLAM</b>	<b>3230</b>	<b>0,1</b>	<b>15,0</b>	<b>73,7</b>	<b>6,7</b>	<b>4,1</b>	<b>0,4</b>
Her iki Cinsiyet	15-29	826	0,1	61,8	24,3	0,1	13,3	0,4
	30-44	901	0,2	1,0	89,3	1,0	7,8	0,8
	45-59	1181	0,2	0,1	61,1	33,3	4,2	1,1
	60-69	776	0,2	-	45,0	50,5	2,6	1,7
	≥ 70	706	0,4	-	44,4	48,1	1,9	5,2
	<b>TOPLAM</b>	<b>4390</b>	<b>0,2</b>	<b>21,6</b>	<b>50,1</b>	<b>19,2</b>	<b>7,6</b>	<b>1,3</b>

Cinsiyetler karşılaştırıldığında, ücreti karşılığında çalışma erkeklerde (%57,6) kadınlardan (%12,7) daha yüksektir, Kadınların çoğunluğu ev kadını statüsünde olduğundan benzer şekilde işsiz olan ancak iş görebilenler erkeklerde (%15,0) kadınlardan (%4,1) yüksektir.

#### 4.2.5. Gelir

Ortalama hanehalkı geliri, başta hanehalkının gıda harcamaları olmak üzere, ihtiyaçları sağlama kapasitesi hakkında bilgi sağlar. Kişi başına düşen ortalama yıllık gelir, toplam yıllık hane gelirinin, hanedeki 18 yaş ve üzerindeki kişi sayısına bölünmesi ile hesaplanmıştır. Hanelerin büyük kısmı (6053'te 4097, %67,7), hanelerinin yaklaşık yıllık gelirlerini bildirmişlerdir.

Toplam yıllık hane geliri, 18 yaşından büyük hane üyesi sayısına bölünmüştür. Erişkin başına düşen gelir olduğuna, tüm aile üyeleri başına hesaplanmadığı dikkate alınmalıdır. Bildirilen ortalama kişi başına yıllık gelir 14.992,3 TL'dir. Ortalama kişi başı yıllık gelire bakıldığında, İBBS-1 bölgeleri arasında anlamlı farklar vardır. En yüksek ortalama kişi başı yıllık gelir bölgesi (TR8), en düşük ortalama kişi başı yıllık gelir bölgesinin (TRA) 2,5 kat yüksek gelire sahiptir. En yüksek gelir bölgesi TR8'dedir. TR8'i, TR5, TR1 ve TR9 takip etmektedir. Çalışmada yer alan katılımcılar tarafından bildirilen en düşük ortalama kişi başı yıllık gelir, TRA bölgesindedir. TRA'dan önceki en düşük bölgeler, TR2, TR6 ve TRC'dir. (Tablo 20)

**Tablo 20: İBBS-1 Bölgelerine Göre Ortalama Kişi Başı Yıllık Hanehalkı Geliri**

İBBS-1 Bölgeleri	N	Ortalama* (TL)
TR1	561	17,953.2
TR2	227	10,025.8
TR3	319	12,956.6
TR4	494	14,171.4
TR5	625	20,435.0
TR6	592	10,051.6
TR7	300	13,564.6
TR8	331	22,098.5
TR9	136	17,139.2
TRA	88	8,994.7
TRB	181	10,697.5
TRC	243	10,632.5
<b>TOPLAM</b>	<b>4097</b>	<b>14,992.3</b>

\* Toplam yıllık hane geliri, 18 yaşından büyük hane üyesi sayısına bölünmüştür. Değerler ağırlıklandırılmamıştır.

Grafik 6, en yüksek ortalama kişi başı yıllık gelire sahip Batı Karadeniz bölgesinin Batı Anadolu ve İstanbul tarafından takip edildiğini göstermektedir. En düşük ortalama kişi başı yıllık gelir Kuzeydoğu Anadolu ve Marmara bölgelerinde gözlenmiştir.

**Grafik 6: İBBS-1 Bölgelerine Göre Ortalama Kişi Başı Yıllık Hanehalkı Geliri**



Kaynak: Türkiye Cumhuriyeti Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ve TÜİK

### 4.3. Tütün Kullanımı

Puro, pipo, nargile yada bidi (bir çeşit Hint sigarası) gibi birçok çeşidi olan tütünün 2012 yılında dünyada erişkinler arasında kullanım prevalansı %22'dir. Ülkeler arasında tütün içme prevalansı değişmekte birlikte erkekler (%37), kadınlardan (%7) daha fazla tütün içmektedirler (7).

Çalışma sonuçlarına göre Türkiye nüfusunun %31,5'inin tütün ürünü içtikleri tahmin edilmektedir. Tütün ürünü içimi erkeklerde (%43,4), kadınlara (%19,7) göre anlamlı derecede yüksektir ( $p < 0.01$ ).

Tütün kullanma prevalansı tütün içme prevalansına paralel bir seyir izlemektedir ve tütün ürünü kullanma (dumanlı veya dumanlı) erkekler için %43,6, kadınlar için %19,7 ve her iki cinsiyet için %31,6'dır.

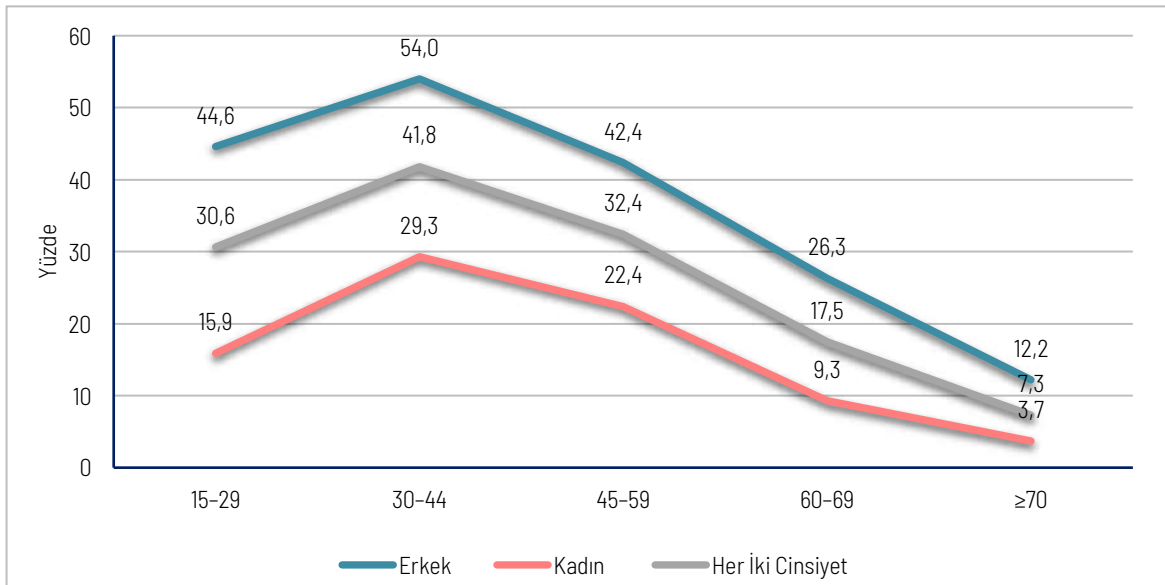
Tütün ürünü içimi yaş grupları arasında önemli ölçüde farklılık göstermektedir ve tüm yaş gruplarında, erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir. (Tablo 21, Grafik 7)

**Tablo 21: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Tütün Ürünü İçenlerin Yüzdesi**

Yaş Grubu (yıl)	N	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet	
		Halen içen %	%95 GA	N	Halen içen %	%95 GA	N	Halen içen %	%95 GA
15-29	497	44,6	39,6-49,6	673	15,9	12,4-19,4	1170	30,6	27,2-33,9
30-44	652	54,0	49,3-58,6	1050	29,3	25,2-33,5	1702	41,8	38,6-45,0
45-59	642	42,4	37,4-47,4	974	22,4	17,8-27,0	1616	32,4	29,1-35,7
60-69	381	26,3	20,9-31,7	463	9,3	5,0-13,5	844	17,5	14,0-20,9
≥70	276	12,2	6,4-18,0	445	3,7	1,1-6,3	721	7,3	4,4-10,2
<b>TOPLAM</b>	<b>2448</b>	<b>43,4</b>	<b>40,8-46,0</b>	<b>3605</b>	<b>19,7</b>	<b>17,6-21,8</b>	<b>6053</b>	<b>31,5</b>	<b>29,7-33,3</b>

Tütün ürünü içme prevalansı "30-44" yaşta tepe yapmak üzere, hem kadınlarda (%29,3) hem erkeklerde (%54,0) kambur şeklindedir. Tütün ürünü içme "30-44" yaş grubundan sonra katlanarak düşmekte ve "≥70" yaş grubunda en düşük değere ulaşmaktadır (erkeklerde %12,2 ve kadınlarda %3,7). (Tablo 21, Grafik 7)

**Grafik 7: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Halen Tütün Ürünü İçenlerin Yüzdesi**





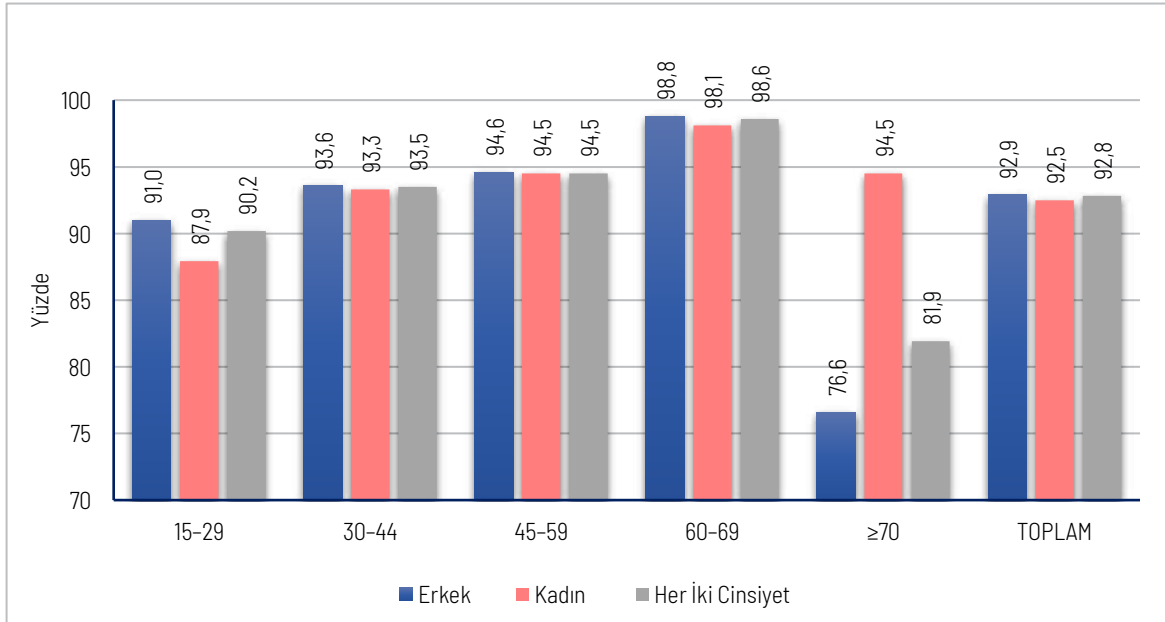
Halen tütün ürünü içme durumu İBBS-1 bölgeleri arasında değişiklikler göstermesine karşın istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Tütün ürünü içme, TRC, TR8 ve TRB bölgelerinde düşükken, TR4, TR2, TR5 bölgelerinde ise yüksektir. (Tablo 22)

**Tablo 22: İBBS-1 Bölgelerine Göre Halen Tütün Ürünü İçenlerin Yüzdesi**

İBBS-1 Bölgeleri	N	Halen kullanan %	%95 GA
TR1	883	30,8	26,1-35,4
TR2	328	37,2	29,7-44,8
TR3	899	31,7	27,6-35,8
TR4	726	37,5	31,9-43,2
TR5	680	36,5	31,2-41,7
TR6	730	28,7	23,6-33,7
TR7	339	29,0	20,8-37,3
TR8	403	26,9	18,8-35,0
TR9	254	32,4	24,0-40,9
TRA	159	33,7	24,3-43,1
TRB	257	28,3	20,2-36,3
TRC	395	26,8	19,9-33,7
<b>TOPLAM</b>	<b>6053</b>	<b>31,5</b>	<b>29,7-33,3</b>

Halen tütün ürünü kullananların %92,8'i günlük olarak tütün içmektedir. Her iki cinsiyette de benzer davranış gözlenmektedir (erkeklerde %92,9 ve kadınlarda %92,5). (Grafik 8)

**Grafik 8: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Halen Tütün Kullananlar Arasında Her Gün İçenlerin Yüzdesi**



Günlük tütün ürünü içenlerin prevalansı %29,2'dir ve halen tütün içmeye benzer şekilde, erkeklerde (%40,4), kadınlardan (%18,2) iki kat daha yüksektir ( $p<0,01$ ). Günlük tütün ürünü içme "30-44" yaş grubunda, %39,1'lik

## 4. ARAŞTIRMA BULGULARI

bir değer ile en üst seviyeye ulaştıktan sonra yaş ile azalmakta ve "45-59" yaş grubunda %30,7'ye, "60-69" yaş grubunda %17,2'ye, "≥70" yaş grubunda %6,0'ya düşmektedir ( $p<0,01$ ). "30-44" ile "≥70" yaş grupları arasında özellikle kadınlarda prevalanslar arasında önemli bir farklılık görülmektedir (7,8 kat).

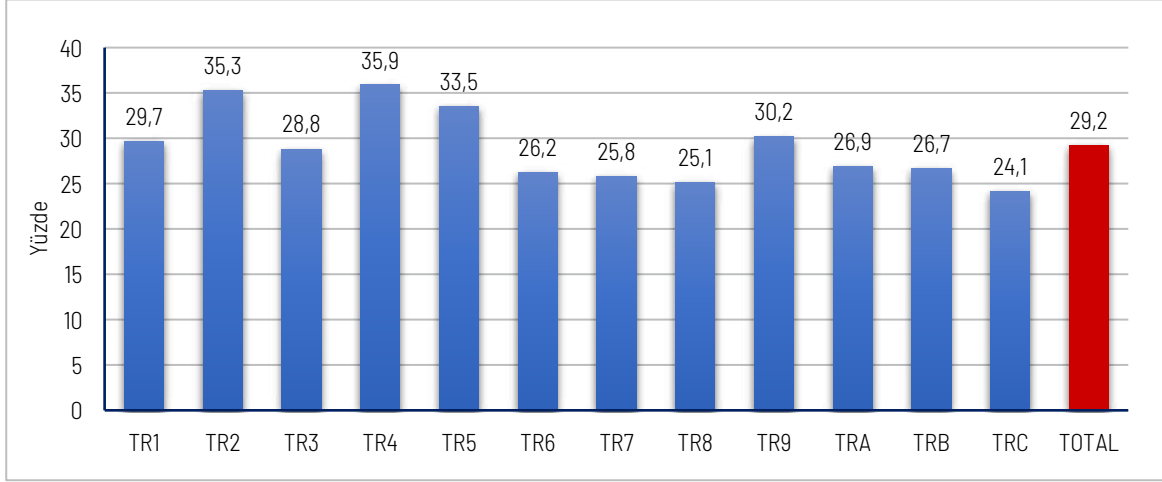
Tablo 23 aynı zamanda önceden tütün içtiği halde halen tütün kullanmayanların sıklığını vermektedir. Çalışma sonuçlarına göre, nüfusun %10,7'si eskiden tütün içenlerdir ve erkeklerde (%14,8) kadınlardan (%6,6) daha yüksektir. Erkeklerde eskiden tütün içenler yüzdesi arasında yaş gruplarına göre önemli farklılıklar görülmekle beraber kadınlarda benzer bir durum söz konusu değildir.

**Tablo 23: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcıların Tütün İçme Durumları**

Cinsiyet	Yaş Grubu (yıl)	N	Halde Tütün İçenler (%)				Tütün İçmeyenler (%)			
			Günlük	95 GA %	Her Gün Değil	95 GA %	Eskiden İçmiş	95 GA %	Hiç İçmemiş	95 GA %
Erkek	15-29	497	40,6	35,7-45,5	4,0	2,0-6,1	4,7	1,9-7,5	50,7	45,2-56,1
	30-44	652	50,5	45,8-55,3	3,4	1,8-5,1	10,5	7,9-13,2	35,5	31,0-40,0
	45-59	642	40,1	35,2-45,0	2,3	0,9-3,7	20,0	16,0-24,1	37,6	32,8-42,4
	60-69	381	26,0	20,6-31,4	0,3	0,0-1,0	33,1	27,2-38,9	40,6	34,3-46,9
	≥ 70	276	9,4	4,2-14,5	2,9	0,2-5,5	45,3	37,9-52,8	42,4	35,4-49,5
	<b>TOPLAM</b>	<b>2448</b>	<b>40,4</b>	<b>37,8-42,9</b>	<b>3,1</b>	<b>2,2-4,0</b>	<b>14,8</b>	<b>13,1-16,5</b>	<b>41,8</b>	<b>39,0-44,5</b>
Kadın	15-29	673	14,0	10,6-17,4	1,9	0,8-3,1	4,3	2,4-6,2	79,7	75,9-83,6
	30-44	1050	27,4	23,3-31,5	2,0	1,0-2,9	6,4	4,4-8,4	64,3	60,1-68,5
	45-59	974	21,1	16,6-25,7	1,2	0,2-2,3	9,3	6,2-12,3	68,3	63,4-73,2
	60-69	463	9,1	4,8-13,3	0,2	0,0-0,5	8,0	5,0-11,0	82,7	77,8-87,7
	≥ 70	445	3,5	1,0-6,1	0,2	0,0-0,6	7,5	4,0-11,1	88,7	84,4-93,0
	<b>TOPLAM</b>	<b>3605</b>	<b>18,2</b>	<b>16,1-20,3</b>	<b>1,5</b>	<b>0,9-2,0</b>	<b>6,6</b>	<b>5,5-7,8</b>	<b>73,7</b>	<b>71,4-75,9</b>
Her iki cinsiyet	15-29	1170	27,6	24,4-30,8	3,0	1,8-4,2	4,5	2,8-6,2	64,9	61,2-68,6
	30-44	1702	39,1	35,8-42,3	2,7	1,7-3,7	8,5	6,8-10,2	49,8	46,6-53,0
	45-59	1616	30,7	27,4-33,9	1,8	0,9-2,6	14,7	12,1-17,2	52,9	49,5-56,2
	60-69	844	17,2	13,7-20,7	0,2	0,0-0,6	20,1	16,7-23,4	62,5	58,2-66,7
	≥ 70	721	6,0	3,4-8,6	1,3	0,2-2,5	23,5	19,2-27,7	69,2	64,6-73,8
	<b>TOPLAM</b>	<b>6053</b>	<b>29,2</b>	<b>27,5-31,0</b>	<b>2,3</b>	<b>1,7-2,8</b>	<b>10,7</b>	<b>9,7-11,8</b>	<b>57,8</b>	<b>55,9-59,7</b>

Günlük tütün içimi prevalansları TR4, TR2 ve TR5 bölgelerinde yüksek, TRC, TR8, TR7 bölgelerinde düşük olmasına karşın halen tütün ürünü içenlerde olduğu gibi, bölgeler arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur. Düşük hızlı bölgeler ağırlıklı olarak kırsal bölgelerdir. En yüksek (TR4) ile en düşük (TR7) arasında %11,8'lik bir fark vardır. (Grafik 9)

**Grafik 9: İBBS-1 Bölgelerine Göre Her Gün Tütün İçenlerin Yüzdesi**



Halen günlük tütün ürünü içenlerin ortalama içmeye başlama yaşları Tablo 24'te verilmiştir. Türkiye'de günlük tütün ürünü içenlerin ortalama içmeye başlama yaşı, tüm grupta 18,1 yıldır, erkekler ile kadınlar arasında 3 yıllık bir fark bulunmuştur ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Tütün içmeye başlama yaşı yaş grupları arasında da değişmektedir. Gençlerin tütün içmeye başlama yaşı düşükken ("15-29" yaş grubunda 16,3 yıldır) yaşla birlikte artmakta ve " $\geq 70$ " yaş grubunda 23,0 yıla yükselmektedir (tüm yaş grupları arasındaki fark için  $p < 0,05$ ). Bu eğilim her iki cinsiyette de saptanmıştır ancak kadınlarda daha çok dikkat çekicidir.

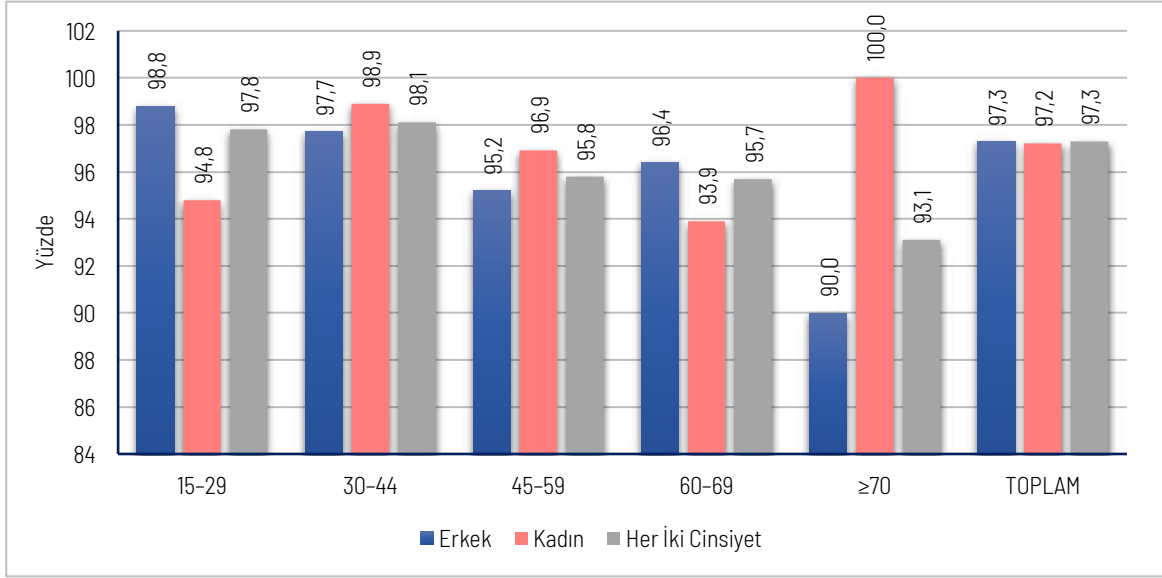
**Tablo 24: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Halen Her Gün Tütün Ürünü İçenlerin Ortalama İçmeye Başlama Yaşları**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama yaş	%95 GA	N	Ortalama yaş	%95 GA	N	Ortalama yaş	%95 GA
15-29	204	15,8	15,5-16,2	99	18,0	17,1-18,8	303	16,3	16,0-16,7
30-44	319	17,6	17,0-18,1	263	20,1	18,8-21,4	582	18,5	17,9-19,0
45-59	262	18,2	17,4-18,9	176	21,2	20,0-22,4	438	19,2	18,5-19,9
60-69	99	18,1	16,8-19,5	32	23,5	19,7-27,2	131	19,6	18,2-21,0
$\geq 70$	23	18,5	16,6-20,3	9	31,6	24,6-38,5	32	23,0	19,4-26,7
<b>TOPLAM</b>	<b>907</b>	<b>17,2</b>	<b>16,9-17,5</b>	<b>579</b>	<b>20,2</b>	<b>19,5-20,9</b>	<b>1486</b>	<b>18,1</b>	<b>17,8-18,5</b>

Tütün ürünü içmeye başlama yaşı, İBBS-1 bölgeleri arasında farklılıklar göstermesine karşın bölgeler arasında ikili karşılaştırmalarda istatistiksel fark görülmemiştir. Yine de TRC ve TR2'de daha düşükken (sırasıyla 16,7 ve 17,4), TR5 ve TR4'te en yüksek değerlere ulaşmaktadır (sırasıyla 18,7 ve 18,8).

Her gün sigara içenlerin %97,3'ü mamul sigara içmektedir ve kadınlar (%97,2) ile erkekler (%97,3) benzerdir. Her gün sigara içenler arasında mamul sigara içenler yaş ile azalsa da, yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ). (Grafik 10)

Grafik 10: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Her Gün Tütün Ürünü İçenler Arasında Mamül Sigara Kullananlar



Her gün tütün ürünü içenler arasında ortalama içilen mamül sigara sayısı 15,5'tir ve erkeklerde (16,8) kadınlara (12,7) göre daha yüksektir ( $p < 0,05$ ). Ortalama içilen mamül sigara sayısı yaşla artarak "15-29" yaş grubunda 14,8'den, "≥ 70" yaş grubunda 15,2'ye çıkmaktadır. (Tablo 25). Bu durum özellikle kadınlarda görülen bir davranış biçimidir ve kadınlar "15-29" yaş grubuna göre "≥ 70" yaş grubunda ortalama 5,9 sigara daha fazla tüketmektedirler.

Tablo 25: Yaş Grubuna ve Türe Göre Her Gün Tütün Ürünü İçenler Arasında Ortalama Kullanılan Tütün Miktarı

Her iki cinsiyet									
Yaş Grubu (yıl)	N	Ortalama mamül sigara sayısı	%95 GA	N	Ortalama el sarması sigara sayısı	%95 GA	N	Ortalama pipo dolusu tütün sayısı	%95 GA
15-29	308	14,8	13,6-16,0	289	1,0	0,4-1,7	290	0,0	0,0-0,0
30-44	582	15,8	14,6-16,9	541	0,6	0,3-0,9	542	0,0	0,0-0,0
45-59	434	16,0	14,5-17,6	406	1,7	1,0-2,5	408	0,0	0,0-0,0
60-69	132	15,5	13,0-18,0	127	2,1	0,9-3,4	128	0,0	0,0-0,1
≥70	32	15,2	12,5-17,9	31	1,5	0,0-3,4	33	0,0	-- , --
TOPLAM	1488	15,5	14,8-16,2	1394	1,1	0,8-1,4	1401	0,0	0,0-0,0

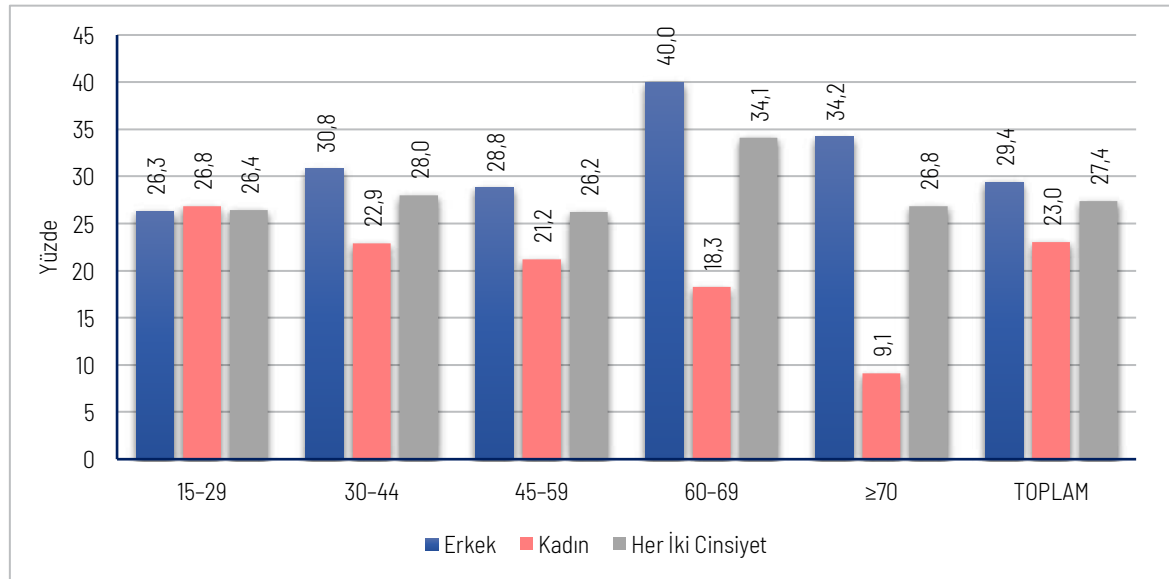
Tablo 26 dumansız tütün ürün kullanımı için prevalansları vermektedir. Tüm nüfusta dumansız tütün ürünü kullanma prevalansı %0,3, erkekler için %0,6 ve kadınlar için %0,1 olarak elde edilmiştir. Erkekler için dumansız tütün ürünü kullananların çoğunluğu "30-44" ve "45-59" yaş gruplarında bulunmaktadır, kadınlar içinse dumansız tütün ürünü kullananların çoğunluğu "60-69" yaş grubundadır.

**Tablo 26: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Dumansız Tütün Ürünü Kullananların Dağılımı**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Halen kullananlar %	% 95 GA	N	Halen kullananlar %	% 95 GA	N	Halen kullananlar %	% 95 GA
15-29	497	0,2	0,0-0,5	673	0,2	0,0-0,5	1170	0,2	0,0-0,4
30-44	652	1,4	0,2-2,6	1050	--	-- , --	1702	0,7	0,1-1,3
45-59	642	0,4	0,0-0,9	974	--	-- , --	1616	0,2	0,0-0,5
60-69	381	--	-- , --	463	0,6	0,0-1,7	844	0,3	0,0-0,9
≥70	276	--	-- , --	445	--	-- , --	721	--	-- , --
<b>TOPLAM</b>	<b>2448</b>	<b>0,6</b>	<b>0,1-1,0</b>	<b>3605</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0-0,3</b>	<b>6053</b>	<b>0,3</b>	<b>0,1-0,6</b>

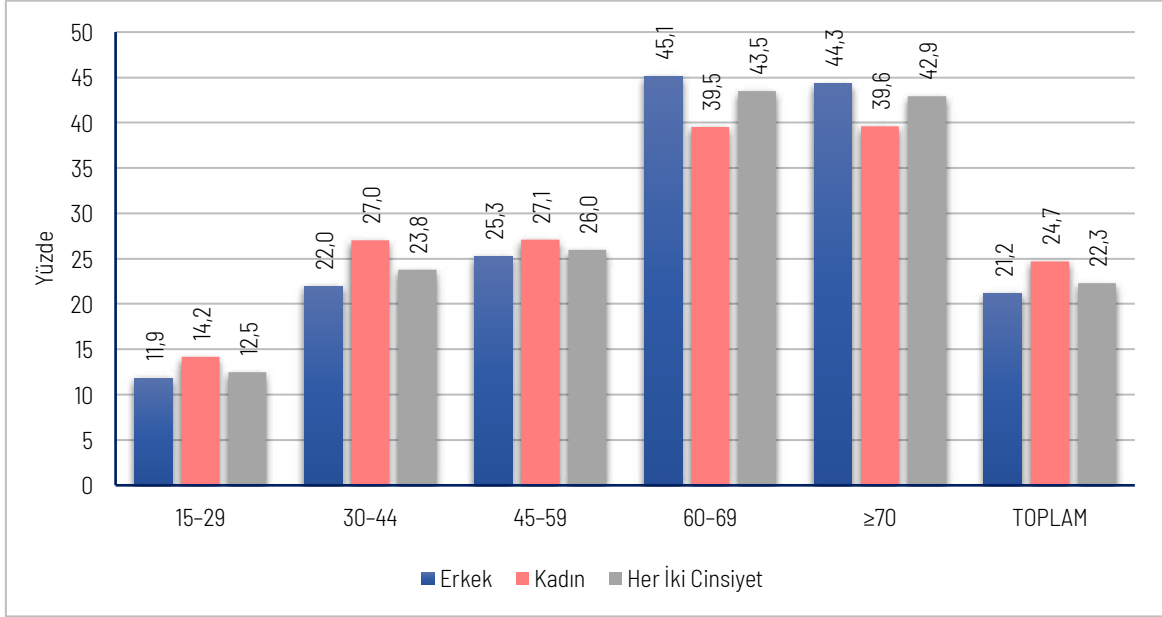
Grafik 11'de, halen tütün içenlerden son 12 ay içerisinde tütün içmeyi bırakmayı deneyenlerin cinsiyet ve yaşa göre dağılımını verilmektedir. Halen tütün içenlerin yaklaşık dörtte birinin (%27,4), tütün içmeyi bırakmayı denediğini göstermektedir. Tütün içmeyi bırakmayı deneme erkeklerde (%29,4) kadınlardan (%23,0) daha yüksektir. Halen tütün içenlerden geçmişte tütün içmeyi bırakmayı deneyenlerin dağılımı yaş gruplarında hem erkeklerde hem de kadınlarda farklılık göstermektedir. Geçmişte tütün içmeyi bırakmayı deneme erkeklerde "60-69" yaş grubunda en yüksekken (%40,0), kadınlarda "15-29" yaş grubunda en yüksektir (%29,9).

**Grafik 11 : Halen Tütün Ürünü İçenlerde Son 12 Ay İçinde Bırakmayı Deneyenlerin Yüzdesi**



Grafik 12 cinsiyet ve yaş grubuna göre halen tütün içenlerden son 12 ay içerisinde doktor ya da sağlık çalışanı tarafından tütün içmeyi bırakması tavsiye edilenleri göstermektedir. Grafik 12'de verilen sonuçlara göre tütün içmeyi bırakması tavsiye edilen erkekler (%21,2) tütün içmeyi bırakması önerilen kadınlardan (%24,7) daha azdır ve yaş grupları açısından farklılıklar mevcuttur.

**Grafik 12: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Halen Tütün Ürünü İçenlerden Son 12 Ay İçerisinde Doktor Tarafından Tütün Kullanmayı Bırakmasını Tavsiye Edilenler**



#### 4.3.1. Sonuçlar

Araştırmada yer alanların tütün kullanımı ile ilgili bazı sonuçları aşağıda sunulmuştur.

- Katılımcılar arasında halen tütün kullanımı (dumanlı veya dumansız) yüzdesi %31,6'dır (erkekler: %43,6 ve kadınlar: %19,7).
- Halen tütün içen kişilerin yüzdesi %31,5'dir (erkekler %43,4 ; kadınlar %19,7).
- Günlük tütün ürünü içimi %29,2'dir (erkekler %40,4; kadınlar %18,2) ve günlük tütün ürünü içenlerin ortalama içmeye başlama yaşı 18,1 yıldır (erkekler 17,2 yaş; kadınlar 20,2 yaş).
- Her gün tütün ürünü içenlerin arasında mamül sigara kullananlar %97,3'tür (erkekler %97,3; kadınlar %97,2).
- Mamül sigara kullananların günde içtikleri ortalama sigara sayısı 15,5'tir. (erkekler 16,8; kadınlar 12,7).
- Tüm nüfusta dumansız tütün ürünü kullanma prevalansı %0,3'tür (erkekler %0,6; kadınlar %0,1).
- Nüfusun %10,7'si eskiden tütün içenlerdir (erkekler %14,8; kadınlar %6,6), %57,8'si hiç içmemişlerdir (erkekler %41,8; kadınlar %73,7) ve %2,3'ü ise her gün içmemektedirler (erkekler %3,1; kadınlar %1,5).
- Halen tütün içenlerden son 12 ay içerisinde tütün içmeyi bırakmayı deneyenler %27,4'tür. (erkekler %29,4; kadınlar %23,0).
- Halen tütün içenlerden son 12 ay içerisinde doktor ya da sağlık çalışanı tarafından tütün içmeyi bırakması tavsiye edilenler %22,3'tür (erkekler %21,2; kadınlar %24,7).

#### 4.4. Alkol Tüketimi

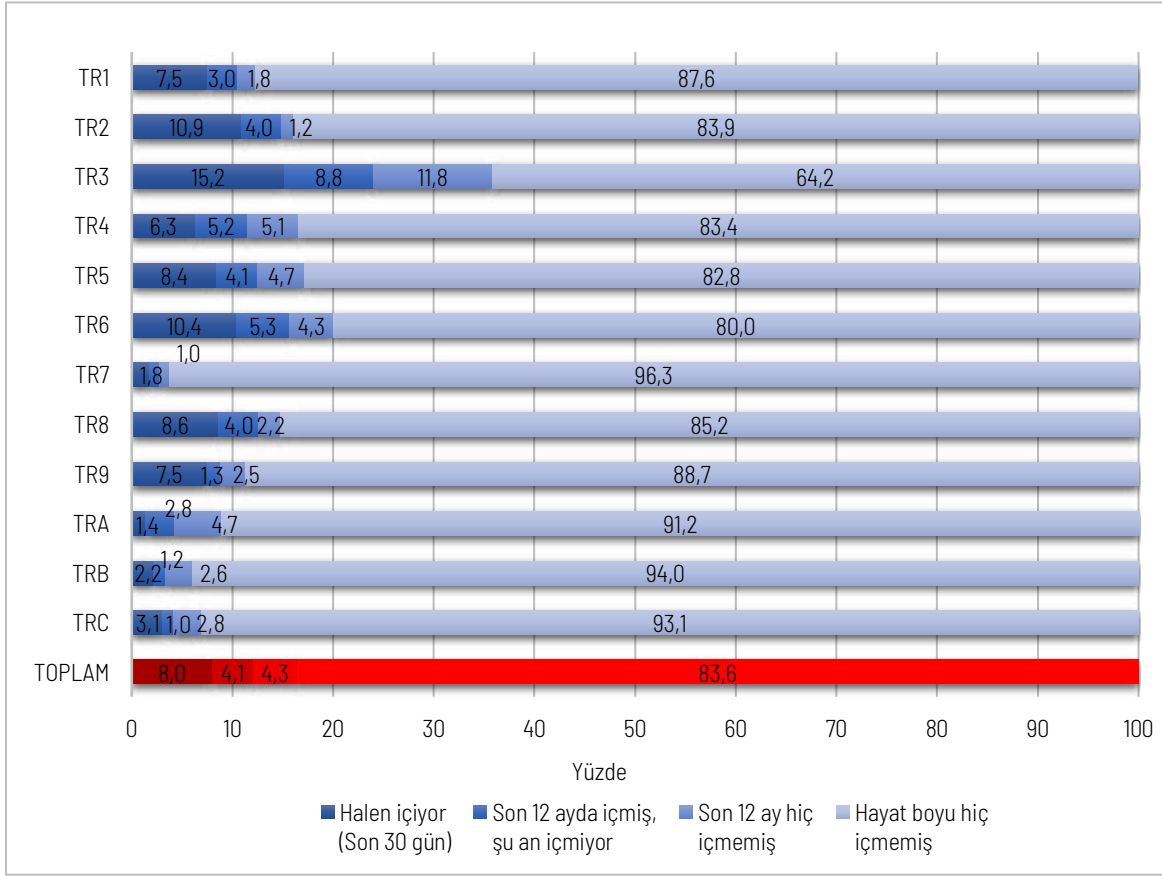
Alkolün, kanser, inme ve siroz riskini artırması gibi önemli sağlık etkileri söz konusudur. Buna ek olarak kazalar vasıtasıyla ölüme ve engelliliğe, yaralanmalara, saldırı, şiddet, cinayet ve intihara da sebep olabilir (46). 2012 yılında küresel olarak ölümlerin %5,9'u (3,3 milyon) ve DALY'nin %5,1'i alkol ile ilişkili olduğu tahmin edilmektedir. 2010 yılında 15 yaş ve üzerinde küresel alkol tüketim miktarının kişi başına 6,2 litre saf alkol olduğu tahmin edilmektedir. Alkolün zararlı tüketimi BOH'larla çok yakın ilişkilidir. DSÖ'ye göre, Türkiye'deki 2010 yılı alkol tüketimi yaklaşık olarak dünya rakamlarının üçte biri kadardır. Hem Türkiye'de hem de dünyada, alkol tüketimi erkeklerde kadınlardan daha yüksektir (47). Alkolün zararlı kullanımına karşı reklam yasakları, genişletilmiş kısıtlama ve yüksek vergi gibi faaliyetlerle Türkiye'de önemli yol alındığı söylenebilir (27).

Tablo 27, katılımcıların cinsiyet ve yaş gruplarına göre alkol tüketimleri ile ilgili bulguları göstermektedir. Örneklemden elde edilen bilgilere göre katılımcıların %4,1'i araştırma zamanından önceki 12 ay içerisinde alkol tükettiklerini bildirmişlerdir. Araştırma zamanından önceki 30 gündeki alkol tüketim prevalansı %8,0'dır ve erkeklerde (%13,1) kadınlardan (%3,0) daha yüksektir (p < 0,05). "15-29" yaş için %9,7 olan son 30 günde alkol tüketimi, "≥70" yaş grubunda %1,7'dir. Alkol tüketim prevalansı son 30 gün içinde kadın ve erkeklerde yaşa bağlı olarak azalmıştır. Tablo 27, aynı zamanda, katılımcıların %83,6'sının hayat boyu hiç alkol kullanmadıklarını göstermektedir ve kadınlarda (%92,7) erkeklerden (%74,4) daha yüksektir. Katılımcıların %4,3'ü ise son 12 ay içerisinde hiç alkol kullanmamıştır ve erkeklerde (%6,5) kadınlardan (%2,1) daha fazladır.

**Tablo 27: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Alkol Tüketimi Durumu**

Cinsiyet	Yaş Grubu (yıl)	N	Halen İçiyor (son 30 gün)		Son 12 ayda içmiş, halen içmiyor		Son 12 ayda hiç içmemiş		Hayat Boyu Hiç İçmemiş	
			%	% 95 GA	%	% 95 GA	%	% 95 GA	%	% 95 GA
Erkek	15-29	497	15,0	11,2-18,8	6,4	3,8-8,9	2,8	1,2-4,5	75,8	71,4-80,3
	30-44	652	12,9	9,6-16,2	7,1	5,0-9,2	6,9	4,6-9,2	73,1	69,0-77,2
	45-59	642	15,0	11,4-18,6	4,8	2,5-7,2	6,6	4,4-8,8	73,6	69,2-77,9
	60-69	381	8,5	4,8-12,2	4,6	2,0-7,2	13,5	9,1-17,9	73,4	67,6-79,2
	≥ 70	276	4,0	1,0-7,1	4,7	0,0-9,9	12,8	8,2-17,5	78,4	71,7-85,1
	<b>TOPLAM</b>	<b>2448</b>	<b>13,1</b>	<b>11,2-15,0</b>	<b>6,0</b>	<b>4,8-7,2</b>	<b>6,5</b>	<b>5,3-7,6</b>	<b>74,4</b>	<b>72,0-76,8</b>
Kadın	15-29	673	4,2	2,2-6,1	2,9	1,2-4,5	1,3	0,5-2,2	91,6	89,0-94,3
	30-44	1050	3,5	1,7-5,3	2,7	1,1-4,3	3,4	1,4-5,4	90,4	87,4-93,4
	45-59	974	2,2	0,9-3,5	2,3	0,9-3,6	1,9	0,8-3,0	93,6	91,5-95,7
	60-69	463	2,2	0,0-5,5	-	-	0,9	0,1-1,7	96,9	93,5-100,0
	≥ 70	445	-	-	-	-	2,3	0,1-4,5	97,7	95,5-99,9
	<b>TOPLAM</b>	<b>3605</b>	<b>3,0</b>	<b>2,1-4,0</b>	<b>2,2</b>	<b>1,4-2,9</b>	<b>2,1</b>	<b>1,4-2,9</b>	<b>92,7</b>	<b>91,3-94,1</b>
Her iki cinsiyet	15-29	1170	9,7	7,5-11,9	4,6	3,1-6,2	2,1	1,1-3,0	83,6	80,8-86,3
	30-44	1702	8,2	6,3-10,1	4,9	3,6-6,3	5,2	3,6-6,7	81,7	79,1-84,3
	45-59	1616	8,6	6,6-10,7	3,6	2,0-5,1	4,3	3,0-5,5	83,5	80,9-86,2
	60-69	844	5,2	2,8-7,7	2,2	1,0-3,5	7,0	4,7-9,2	85,6	82,2-89,0
	≥ 70	721	1,7	0,4-3,0	2,0	0,0-4,2	6,7	4,0-9,4	89,6	86,1-93,1
	<b>TOPLAM</b>	<b>6053</b>	<b>8,0</b>	<b>7,0-9,1</b>	<b>4,1</b>	<b>3,3-4,8</b>	<b>4,3</b>	<b>3,6-5,0</b>	<b>83,6</b>	<b>82,1-85,1</b>

Grafik 13: İBBS-1 Bölgelerine Göre Alkol Tüketimi



Grafik 13, İBBS-1 bölgelerine göre çalışma grubunun alkol tüketim durumlarını göstermektedir. Hiç alkol tüketmeme yüzdesi, TR3, TR6, TR5 bölgelerinde daha düşüktür ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p < 0,05$ ). TR7, TRB ve TRC bölgeleri en yüksek hiç alkol tüketmeme sıklığına sahiptirler.

Tablo 28: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Halen Alkol Tüketenlerin Tek Seferde 6 ya da Daha Fazla İçki İçme Durumlarının Son 30 Gün İçinde Ortalama Gerçekleşme Sayısı

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama içme sayısı	%95 GA	N	Ortalama içme sayısı	%95a GA	N	Ortalama içme sayısı	%95 GA
15-29	67	3,6	1,7-5,5	20	3,8	0,5-7,2	87	3,6	2,0-5,3
30-44	68	3,7	2,0-5,4	24	1,8	1,1-2,6	92	3,3	1,9-4,7
45-59	84	3,2	2,2-4,2	16	1,6	1,1-2,2	100	3,0	2,1-3,9
60-69	23	2,7	0,7-4,8	2	27,3	20,2-4,3	25	7,6	0,0-16,1
≥70	7	1,8	0,6-3,0	—	—	—	7	1,8	0,6-3,0
TOPLAM	249	3,4	2,6-4,3	62	4,4	0,7-8,1	311	3,6	2,6-4,6

Halen alkol tüketenlerin son 30 gün içinde bir seferde 6 ya da daha fazla içki içme ortalama sayısı tüm grup için 3,6'dır. Bu sayı erkeklerde kadınlara göre daha düşüktür (3,4'e 4,4,  $p < 0,05$ ). Geçtiğimiz ay 6 ya da daha fazla alkollü içecek tüketenler arasında, ortalama içme sayısı 3,0 olarak en büyük grubu "45-59" yaş grubu oluşturmaktadı ve ortalama içme sayısı 3,0 olarak hesaplanmıştır. (Tablo 28)



**Tablo 29: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Son 30 Günde, En Az Bir Kere Tek Bir Seferde 6 ya da Fazla Standart İçki Tüketenlerin Yüzdesi**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	≥ 6 içki %	%95a GA	N	≥ 6 içki %	%95 GA	N	≥ 6 içki %	%95 GA
15-29	497	10,2	6,8-13,7	673	2,1	0,8-3,5	1170	6,3	4,3-8,2
30-44	652	8,6	5,7-11,4	1050	2,3	0,6-4,0	1702	5,5	3,8-7,1
45-59	642	9,9	6,9-12,9	974	1,6	0,4-2,8	1616	5,8	4,1-7,5
60-69	381	4,5	1,9-7,0	463	1,6	0,0-4,8	844	3,0	1,0-5,0
≥70	276	2,5	0,4-4,5	445	--	-- , --	721	1,0	0,2-1,9
<b>TOPLAM</b>	<b>2448</b>	<b>8,7</b>	<b>7,0-10,3</b>	<b>3605</b>	<b>1,8</b>	<b>1,0-2,6</b>	<b>6053</b>	<b>5,2</b>	<b>4,3-6,2</b>

Tablo 29, kadınlar ve erkekler için son 30 günde en az bir kez tek seferde 6 ya da daha fazla standart içki tüketenleri göstermektedir. Genelde aşırı alkol tüketimi, kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel farklılık olmasıyla birlikte, %5,2'dir. (sırasıyla %8,7, %1,8,  $p<0,05$ ). Aşırı alkol tüketimi hem kadında hem de erkekte (tek istisnası 45-59 yaş grubu olmak üzere) yaşla azalmaktadır, fakat erkeklerde daha belirgindir. (Tablo28)

#### 4.4.1. Sonuçlar

Alkol tüketimi ile ilgili bazı sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Araştırmada yer alanların;

- 83,6'sı hayat boyu alkol kullanmamaktadır (erkekler %74,4 ve kadınlar %92,7),
- %4,3'ü önceden alkol tükettikleri halde son 12 ay içerisinde hiç alkol kullanmamaktadır (erkekler %6,5 ve kadınlar %2,1),
- %8,0'ı hala (son 30 gün içerisinde alkol kullanmış) alkol kullanmaktadır (erkekler %13,1 ve kadınlar %3,0),
- %5,2'si son 30 günde en az bir kez tek seferde 6 ya da daha fazla alkolü içecek kullanmaktadır (erkekler %8,7 ve kadınlar %1,8).

#### 4.5. Bağımlılık Yapıcı Uyuşturucu İlaç (Madde) Kullanımı

Psikoaktif maddeler, bireyin ve toplumun hem sağlığına hem de ekonomisine yapılan tehdidin ana nedenidir (48). 2010'da, her 20 erişkinden (15-64 yaş) 1'inin, en az bir yasadışı ilaç kullandığı tahmin edilmektedir (49). Aşırı dozlara ek olarak, uyuşturucuya bağlı ölümlerin önemli bir kısmı, KDH, karaciğer ve mental bozukluklarla sonuçlanan zehirlenmenin dolaylı etkilerinden kaynaklanmaktadır (50). Türkiye'de 2011 yılında yüksek riskli opioid kullanımı 1000'de 0,2-0,5 vakadır ve 15-64 yaş grubunun %0,1'inin en az bir kere amfetamin, %0,7'sinin ise en az bir kez marihuana kullandığı tahmin edilmektedir (51).

Çalışma grubunun %97,0'si hayatları boyunca hiç bağımlılık yapıcı madde kullanmadıklarını ifade etmişlerdir: kadınlarda %98,6; erkeklerde %95,5'dir. Her yaş grubunda, erkeklerde kadınlara göre daha yüksek madde kullanımı saptanmış iken bu farklılık daha yaşlı gruplarda daha düşüktür ("60-69" ve "≥70"). Bağımlılık yapıcı madde kullanım davranışı kadınlarda ve erkeklerde benzerdir; hiç bağımlılık yapıcı madde kullanmayanların yüzdesi hem kadınlarda hem de erkeklerde yaşla birlikte artma eğilimindedir. (Tablo 30)

Tablo 30: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Bağımlılık Yapan Uyuşturucu Madde Kullanmamış Olan Katılımcıların Yüzdesi

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Hiç kullanmamış %	%95 GA	N	Hiç kullanmamış %	%95 GA	N	Hiç kullanmamış %	%95 GA
15-29	497	92,9	88,5-97,3	673	97,8	96,3-99,3	1170	95,3	92,9-97,7
30-44	652	96,5	94,8-98,2	1050	98,7	97,8-99,6	1702	97,6	96,6-98,6
45-59	642	96,7	94,8-98,6	974	99,4	98,8-99,9	1616	98,0	97,0-99,0
60-69	381	96,9	94,6-99,2	463	98,6	97,3-99,8	844	97,8	96,5-99,0
≥70	276	98,1	96,7-99,6	445	98,8	97,7-99,9	721	98,5	97,6-99,4
<b>TOPLAM</b>	<b>2448</b>	<b>95,5</b>	<b>93,9-97,1</b>	<b>3605</b>	<b>98,6</b>	<b>98,0-99,1</b>	<b>6053</b>	<b>97,0</b>	<b>96,2-97,9</b>

Her ne kadar erkelerdeki kullanım (%0,9) kadınlardaki kullanımdan (%0,2) daha fazla olsa da, Tablo 31'de katılımcıların %0,5'inin halen bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde kullandığı görülmektedir. Uyuşturucu madde kullanım prevalansı "genç yaş gruplarında yüksektir ve yaşla birlikte azalmaktadır. (Tablo 31)

Tablo 31: Cinsiyet ve Yaşa Göre Halen Bağımlılık Yapıcı Uyuşturucu Madde Kullananlar

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Halen kullanıyor %	%95 GA	N	Halen kullanıyor %	%95 GA	N	Halen kullanıyor %	%95 GA
15-29	497	1,5	0,3-2,6	673	--	-- , --	1170	0,7	0,1-1,3
30-44	652	1,0	0,0-2,0	1050	0,3	0,1-0,6	1702	0,7	0,1-1,2
45-59	642	0,2	0,0-0,6	974	0,4	0,0-0,9	1616	0,3	0,0-0,6
60-69	381	0,2	0,0-0,6	463	0,3	0,0-0,6	844	0,2	0,0-0,5
≥70	276	0,2	0,0-0,5	445	0,2	0,0-0,6	721	0,2	0,0-0,6
<b>TOPLAM</b>	<b>2448</b>	<b>0,9</b>	<b>0,4-1,4</b>	<b>3605</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1-0,4</b>	<b>6053</b>	<b>0,5</b>	<b>0,3-0,8</b>

Araştırmada yer alan erkek katılımcıların %2,6'sı geçmişte bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde denemişlerdir ve en yüksek sıklık %4,4 ile "15-29" yaş grubundadır. Kadınlar ise %0,9'u geçmişte bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde denediklerini ifade etmişlerdir ve bu sıklık en yüksek "15-29" yaş grubundadır (%1,9). (Tablo 32)

Tablo 32: Cinsiyet ve Yaşa Göre Bağımlılık Yapıcı Uyuşturucu Madde Denemiş Olanların Yüzdesi

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Denemiş olanlar %	%95 GA	N	Denemiş olanlar %	%95 GA	N	Denemiş olanlar %	%95 GA
15-29	497	4,4	0,2-8,7	673	1,9	0,5-3,3	1170	3,2	0,9-5,5
30-44	652	0,9	0,3-1,5	1050	0,5	0,1-0,8	1702	0,7	0,3-1,0
45-59	642	2,8	0,9-4,7	974	0,1	0,0-0,2	1616	1,4	0,5-2,4
60-69	381	2,0	0,3-3,8	463	1,2	0,0-2,4	844	1,6	0,5-2,7
≥70	276	1,0	0,0-2,2	445	1,0	0,0-1,9	721	1,0	0,2-1,7
<b>TOPLAM</b>	<b>2448</b>	<b>2,6</b>	<b>1,1-4,0</b>	<b>3605</b>	<b>0,9</b>	<b>0,5-1,4</b>	<b>6053</b>	<b>1,7</b>	<b>1,0-2,5</b>

#### 4.5.1. Sonuçlar

Bağımlılık yapıcı ilaç (madde) kullanımı ile ilgili bazı sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Araştırmada yer alanların;

- %97,0'i hayatları boyunca hiçbir zaman bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde kullanmamıştır (erkekler %95,5 ve kadınlar %98,6),
- %0,5'i halen bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde kullanmaktadır (erkekler %0,9 ve kadınlar %0,2),
- %1,7'si bağımlılık yapıcı uyuşturucu maddeyi denemiştir (erkekler %2,6 ve kadınlar %0,9).

#### 4.6. Beslenme: meyve ve sebze tüketimi

Diyetteki artmış trans-yağ kolesterolü, doymuş yağ ve aşırı tuz alım, meyve, sebze ve liğın düşük tüketilmesi KDH riskini arttırmaktadır. (7,12,28). Dünyadaki yaklaşık 16 milyon (%1,0) DALY'nin ve 1,7 milyon (%2,8) ölümün düşük meyve/sebze tüketimiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların normal bir haftada ortalama 4,6 gün meyve tükettiği görülmüştür. Bu değer kadınlarda (ortalama 4,8 gün) erkeklerde (ortalama 4,5 gün) göre biraz daha yüksektir. Hem kadınlarda hem de erkeklerde en genç iki yaş grubunda normal bir haftada meyve tüketilen ortalama gün sayısı genel nüfusa göre daha düşüktür. (Tablo 33)

**Tablo 33: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Normal Bir Haftada Meyve Tüketilen Ortalama Gün Sayısı**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15-29	474	4,1	3,9-4,3	645	4,6	4,4-4,8	1119	4,3	4,2-4,5
30-44	629	4,2	4,0-4,4	1026	4,6	4,4-4,8	1655	4,4	4,2-4,5
45-59	618	4,8	4,6-5,1	939	5,0	4,9-5,2	1557	4,9	4,8-5,1
60-69	371	5,5	5,3-5,8	452	5,2	5,0-5,4	823	5,4	5,2-5,5
≥70	268	5,3	5,0-5,7	434	5,0	4,7-5,2	702	5,1	4,9-5,3
<b>TOPLAM</b>	<b>2360</b>	<b>4,5</b>	<b>4,4-4,6</b>	<b>3496</b>	<b>4,8</b>	<b>4,7-4,9</b>	<b>5856</b>	<b>4,6</b>	<b>4,5-4,7</b>

Normal bir haftada sebze tüketilen ortalama gün sayısı genel toplumda 5,1 gün bulunmuştur; meyvelerde olduğu gibi kadınlarda (ortalama: 5,2 gün) erkeklerde (ortalama: 4,9 gün) göre sebze tüketilen ortalama gün sayısı daha yüksektir. Ortalama gün sayısı en genç iki grupta daha düşük iken en yaşlı iki grupta daha yüksektir (Tablo 34).

**Tablo 34: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Normal Bir Haftada Sebze Tüketilen Ortalama Gün Sayısı**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15-29	459	4,6	4,4-4,9	629	4,9	4,7-5,1	1088	4,8	4,6-4,9
30-44	622	5,0	4,8-5,2	1023	5,2	5,1-5,4	1645	5,1	5,0-5,2
45-59	614	5,0	4,8-5,2	942	5,4	5,3-5,6	1556	5,2	5,1-5,4
60-69	371	5,2	5,0-5,5	452	5,5	5,3-5,7	823	5,4	5,2-5,5
≥70	264	5,6	5,3-5,9	430	5,2	4,9-5,4	694	5,3	5,1-5,5
<b>TOPLAM</b>	<b>2330</b>	<b>4,9</b>	<b>4,8-5,1</b>	<b>3476</b>	<b>5,2</b>	<b>5,1-5,3</b>	<b>5806</b>	<b>5,1</b>	<b>5,0-5,2</b>

İBBS-1 Bölgelerine göre normal bir haftada meyve ve sebze tüketilen gün sayısı Tablo 35'de sunulmuştur. TRC (Güneydoğu Anadolu), bölgesi en düşük meyve tüketilen. TR7 (İç Anadolu) bölgesi en düşük sebze tüketilen bölgedir. Bölgelere göre, en yüksek sebze tüketilen ortalama gün sayısı TR9'da ve en yüksek meyve tüketilen ortalama gün sayısı TR6'dır.

**Tablo 35: İBBS-1 Bölgelerine Göre Normal Bir Haftada Meyve ve Sebze Tüketilen Ortalama Gün Sayısı**

İBBS-1 Bölgeleri	Her iki cinsiyet					
	N	Meyve tüketilen ortalama gün sayısı	%95 GA	N	Sebze tüketilen ortalama gün sayısı	%95 GA
TR1	852	4,6	4,4-4,8	853	4,8	4,6-5,0
TR2	324	4,1	3,7-4,5	326	4,8	4,3-5,3
TR3	895	5,0	4,7-5,2	897	5,2	5,0-5,4
TR4	724	4,8	4,6-5,0	725	4,4	4,1-4,8
TR5	680	4,4	4,2-4,6	680	5,3	5,1-5,5
TR6	728	5,1	4,8-5,3	723	5,6	5,4-5,9
TR7	313	4,4	4,0-4,7	311	3,8	3,4-4,3
TR8	400	4,7	4,3-5,0	403	5,5	5,2-5,8
TR9	252	4,4	4,0-4,8	253	6,1	5,8-6,3
TRA	157	4,9	4,4-5,5	158	5,6	5,2-6,0
TRB	242	4,8	4,6-5,1	241	5,6	5,1-6,0
TRC	289	3,8	3,4-4,3	236	4,8	4,5-5,2
<b>TOPLAM</b>	<b>5856</b>	<b>4,6</b>	<b>4,5-4,7</b>	<b>5806</b>	<b>5,1</b>	<b>5,0-5,2</b>

Tablo 36 haftanın normal bir gününde, günde tüketilen ortalama meyve porsiyonu sayısını, Tablo 37 ise günde tüketilen ortalama sebze porsiyonu sayısını göstermektedir. Ortalama meyve tüketimi erkeklerden kadınlardan biraz daha yüksektir ve her iki cinsiyet için en yaşlı üç grupta daha yüksektir (Tablo 36).

Günlük tüketilen ortalama meyve porsiyonu sayısı 1,4 olarak tahmin edilmektedir. Meyve tüketim kadınlarda (1,5 porsiyon), erkeklerden (1,4 porsiyon) daha yüksektir. (Tablo 36).

**Tablo 36: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Normal Bir Günde Tüketilen Ortalama Meyve Porsiyonu Sayısı**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama (porsiyon)	%95 GA (porsiyon)	N	Ortalama (porsiyon)	%95 GA (porsiyon)	N	Ortalama (porsiyon)	%95 GA (porsiyon)
15-29	460	1,3	1,1-1,6	635	1,4	1,2-1,6	1095	1,3	1,2-1,5
30-44	622	1,3	1,1-1,4	1021	1,3	1,2-1,5	1643	1,3	1,2-1,4
45-59	614	1,5	1,3-1,7	935	1,6	1,4-1,9	1549	1,6	1,4-1,8
60-69	370	1,8	1,5-2,0	449	1,6	1,4-1,9	819	1,7	1,5-1,9
≥ 70	268	2,0	1,5-2,5	430	1,5	1,1-1,9	698	1,7	1,4-2,0
<b>TOPLAM</b>	<b>2334</b>	<b>1,4</b>	<b>1,3-1,5</b>	<b>3470</b>	<b>1,5</b>	<b>1,3-1,6</b>	<b>5804</b>	<b>1,4</b>	<b>1,3-1,5</b>

Tüm nüfus için günlük tüketilen ortalama sebze porsiyonu sayısı 1.7 olarak tahmin edilmiştir. Sebze tüketimi de meyve tüketimi gibi kadınlarda (1,7 porsiyon) erkeklerden (1,6 porsiyon) daha yüksektir ancak cinsiyetler arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Benzer şekilde yaş grupları arasında tüketilen ortalama günlük sebze porsiyonu bakımında istatistiki olarak bir fark bulunmamaktadır. (Tablo 37)

**Tablo 37: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Normal Bir Günde Tüketilen Ortalama Sebze Porsiyonu Sayısı**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama (porsiyon)	%95 GA	N	Ortalama (porsiyon)	%95 GA	N	Ortalama (porsiyon)	%95 GA
15-29	458	1,6	1,3-1,9	627	1,6	1,3-1,9	1085	1,6	1,3-1,8
30-44	619	1,5	1,3-1,7	1019	1,7	1,5-2,0	1638	1,6	1,4-1,8
45-59	612	1,6	1,2-2,0	942	1,8	1,5-2,1	1554	1,7	1,4-2,0
60-69	369	1,5	1,1-1,8	449	2,0	1,6-2,4	818	1,7	1,5-2,0
≥70	263	2,1	1,5-2,8	428	1,8	1,2-2,3	691	1,9	1,5-2,3
<b>TOPLAM</b>	<b>2321</b>	<b>1,6</b>	<b>1,4-1,8</b>	<b>3465</b>	<b>1,7</b>	<b>1,6-1,9</b>	<b>5786</b>	<b>1,7</b>	<b>1,5-1,8</b>

Nüfusun %87,8'si günde ortalama beş porsiyondan daha az meyve ve/veya sebze tüketmektedir ve bu yüzde iki en genç grupta daha yüksektir ve hem kadınlarda hem erkeklerde en yüksek değerdedir. Çalışmada yer alan katılımcıların %87,8'i, önerilen günlük en az beş porsiyon meyve veya sebze tüketimine ulaşmamıştır (Tablo 38). Bu davranış cinsiyet, yaş grubu, bölge veya ikamet bölgesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

**Tablo 38: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Günde Ortalama Beş Porsiyondan Daha Az Meyve ve/veya Sebze Tüketenlerin Yüzdesi**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	< günde beş porsiyon %	%95 GA	N	< günde beş porsiyon %	%95 GA	N	< günde beş porsiyon %	%95 GA
15-29	464	89,3	85,4-93,2	639	89,3	86,2-92,4	1103	89,3	86,7-92,0
30-44	627	89,4	86,7-92,1	1028	89,4	87,0-91,9	1655	89,4	87,5-91,3
45-59	619	87,6	83,8-91,4	947	87,0	84,1-89,9	1566	87,3	84,7-89,9
60-69	372	83,3	78,3-88,2	452	82,8	78,5-87,1	824	83,0	79,7-86,3
≥70	268	79,1	72,8-85,4	432	85,5	80,3-90,6	700	82,7	78,7-86,8
<b>TOPLAM</b>	<b>2350</b>	<b>87,8</b>	<b>85,8-89,8</b>	<b>3498</b>	<b>87,9</b>	<b>86,3-89,5</b>	<b>5848</b>	<b>87,8</b>	<b>86,4-89,3</b>

#### 4.6.1. Sonuçlar

Araştırmada yer alan katılımcıların meyve ve sebze tüketimi ile ilgili önemli sonuçlardan bazıları aşağıda yer almaktadır:

- Normal bir haftada meyve tüketilen ortalama gün sayısı 4,6'dır (erkekler 4,5 gün; kadınlar 4,8 gün).
- Normal bir günde tüketilen ortalama meyve porsiyonu sayısı 1,4'tür (erkekler 1,4 porsiyon; kadınlar 1,5 porsiyon).
- Normal bir haftada sebze tüketilen ortalama gün sayısı 5,1'dir (erkekler 4,9 gün ve kadınlar 5,2 gün).

- Normal bir günde tüketilen ortalama sebze porsiyonu sayısı 1,7'dir (erkekler 1,6 porsiyon; kadınlar 1,7 porsiyon).
- Nüfusun %87,8'inin günde ortalama beş porsiyondan daha az meyve ve/veya sebze tükettiği tahmin edilmektedir (erkekler %87,8; kadınlar %87,9).

### 4.7. Tuz Tüketimi

Araştırma grubunun, cinsiyet ve yaş grubuna göre tuz tüketim alışkanlıkları Tablo 39'da yer almaktadır. Her iki cinsiyet göz önüne alındığında, nüfusun dörtte birinden fazlası (%28,1) yemeden önce ya da yerken sıklıkla/her zaman yemeklerine tuz eklemektedirler. Erkeklerle (%29,3) kadınlar (%26,8) arasında yemeklerine yemeden önce ya da yerken tuz eklemeye istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte, yaş grupları arasında belirgin farklar bulunmaktadır. "15-29" yaş grubundakilerin %33,1'i yemeklerine yemeden önce ya da yerken sıklıkla/her zaman tuz eklediklerini belirtirken, bu "30-44" yaş grubunda %26,8'e, "45-59" yaş grubunda %26,3'e, "60-69" yaş grubunda %23,1'e ve "≥70" yaş grubunda ise %22,8'e düşmektedir.

Benzer şekilde katılımcıların yaklaşık dörtte biri (%26,0) evde yemek hazırlarken ya da pişirirken sıklıkla/her zaman tuz eklediklerini belirtmişlerdir. "15-29" yaş grubundakilerin %29,7'si yemek hazırlarken ya da pişirirken yemeklere tuz eklemektedir. Yemek hazırlarken ya da pişirirken yemeklere tuz ekleme davranışı yaşla birlikte azalmakta ve "30-44" yaş grubunda %26,8'e, "45-59" yaş grubunda %25,6'ya, "60-69" yaş grubunda %20,2'ye ve "≥70" yaş grubunda %15,4'e düşmektedir.

Tablo 39'un üçüncü bölümünde görüldüğü gibi her zaman ya da sıklıkla tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketen katılımcıların yüzdesi %25,5'tir. Bu durum erkeklerde (%27,8) kadınlardan (%23,3) daha yüksektir. Tablo 39'da evde yemek hazırlarken veya pişirirken her zaman veya sıklıkla tuz ekleyenlerin yüzdelerinin erkeklerde %25,9, kadınlarda ise %26,1 olduğu görülmektedir.

**Tablo 39: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcıların Tuz Kullanımı**

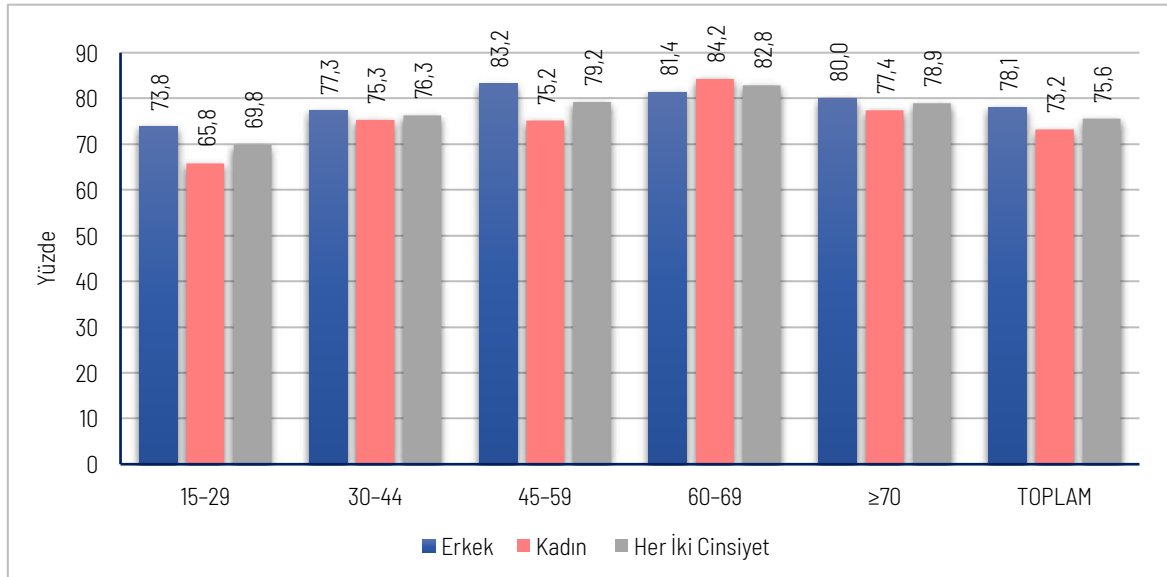
Tuz Kullanımı	Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
		N	%	% 95 GA	N	%	% 95 GA	N	%	% 95 GA
Yemekleri yemeden önce ya da yerken sıklıkla veya her zaman tuz eklemek	15-29	482	35,5	30,4-40,6	668	30,7	26,4-35,0	1150	33,1	29,7-36,5
	30-44	640	25,8	21,5-30,0	1043	27,9	24,4-31,4	1683	26,8	24,0-29,7
	45-59	634	28,4	23,6-33,2	970	24,2	19,5-28,8	1604	26,3	22,9-29,7
	60-69	379	24,5	18,8-30,1	461	21,8	16,8-26,9	840	23,1	19,3-27,0
	≥ 70	272	25,2	17,9-32,5	440	21,0	15,8-26,3	712	22,8	18,4-27,2
	<b>TOPLAM</b>	<b>2407</b>	<b>29,3</b>	<b>26,7-31,9</b>	<b>3582</b>	<b>26,8</b>	<b>24,6-29,0</b>	<b>5989</b>	<b>28,1</b>	<b>26,3-29,9</b>
Evde yemek hazırlarken veya pişirirken her zaman veya sıklıkla tuz eklemek	15-29	461	29,7	24,7-34,7	662	29,8	25,4-34,2	1123	29,7	26,3-33,2
	30-44	626	26,2	22,1-30,3	1041	27,4	23,5-31,3	1667	26,8	23,9-29,7
	45-59	621	24,6	20,1-29,2	967	26,6	22,1-31,2	1588	25,6	22,3-28,9
	60-69	365	21,8	16,4-27,2	458	18,8	14,2-23,5	823	20,2	16,6-23,9
	≥ 70	262	16,5	11,0-22,1	432	14,6	10,2-19,1	694	15,4	11,7-19,2
	<b>TOPLAM</b>	<b>2335</b>	<b>25,9</b>	<b>23,3-28,5</b>	<b>3560</b>	<b>26,1</b>	<b>23,8-28,4</b>	<b>5895</b>	<b>26,0</b>	<b>24,2-27,9</b>

**Tablo 39 (devam): Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcıların Tuz Kullanımı**

Tuz Kullanımı	Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
		N	%	% 95 GA	N	%	% 95 GA	N	%	% 95 GA
Her zaman ya da sıklıkla tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketimi	15-29	484	35,1	30,1-40,0	665	32,2	27,6-36,7	1149	33,6	30,1-37,1
	30-44	641	26,8	22,7-30,9	1044	23,5	19,7-27,2	1685	25,1	22,2-28,1
	45-59	632	25,4	20,8-30,0	970	17,9	13,6-22,2	1602	21,6	18,4-24,9
	60-69	381	18,3	13,7-22,8	459	16,1	11,8-20,5	840	17,2	13,9-20,4
	≥ 70	267	17,5	11,9-23,1	427	11,5	6,4-16,6	694	14,1	10,3-17,9
	TOPLAM	2405	27,8	25,3-30,3	3565	23,3	21,0-25,6	5970	25,5	23,7-27,4

Grafik 14 katılımcılar arasında beslenmede tuzu azaltmanın çok önemli olduğunu düşünenlerin cinsiyet ve yaşa göre dağılımı vermektedir. Genel olarak hedef kitlenin her iki cinsiyet için %75,6'sının beslenmede tuzu azaltmanın çok önemli olduğunu düşündüğü görülmektedir. Tuzu azaltmanın çok önemli olduğunu düşünme kadınlarda (%78,1) erkeklerden (%73,2) daha yüksektir, ancak cinsiyetler arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı değildir. Genel olarak hem erkeklerde hem de kadınlarda beslenme de tuzu azaltmanın çok önemli olduğunu düşünenler yaşa göre önemli değişkenlik göstermemektedir ancak "15-29" yaş grubunda biraz daha düşüktür.

**Grafik 14: Cinsiyet ve Yaş Göre Beslenmede Tuzu Azaltmanın Çok Önemli Olduğunu Düşünenlerin Dağılımı**



#### 4.7.1. Sonuçlar

Katılımcılara ait tuz tüketimi ile ilgili önemli sonuçlardan bazıları aşağıda yer almaktadır.

- Yemeklerine yemeden önce ya da yerken sıklıkla/her zaman tuz ya da tuzlu sos ekleyenlerin sıklığı %28,1'dir (erkekler %29,3; kadınlar %26,8).
- Çalışma grubunda sıklıkla/her zaman tuzdan zengin işlenmiş gıdalar tüketenler %25,5'tir (erkekler %27,8; kadınlar %23,3).
- Diyetdeki tuzun azaltılmasının çok önemli olduğuna inanan katılımcıların sıklığı %75,6'dır (erkekler %73,2; kadınlar %78,1).

#### 4.8. Fiziksel Aktivite

STEPS verisinin analiz edilmesi için çalışmadaki mevcut rehberler izlenmiştir. Buna göre bir kişinin orta düzeyde fiziksel aktivite yapmasının sakince oturmasına göre dört kat daha fazla kalori yakmaya, yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapmanında sekiz kat daha fazla kalori yakmaya neden olduğu kabul edilmiştir.

Erişkinlerin, iş, ulaşım ve boş zaman aktiviteleri de dahil bir hafta boyunca en az aşağıdakilerden birisini yerine getirmeleri gerektiği önermektedir. (44):

- 150 dakika orta düzeyde fiziksel aktivite veya
- 75 dakika yüksek düzeyde fiziksel aktivite veya
- Orta ve yüksek düzeyde fiziksel aktivitelerin en az dakikada 600 MET'e eşdeğer kombinasyonu.

Bölüm 3.14.1.4'te verilen fiziksel aktivite düzeyi tanımlarına göre çalışma grubunun fiziksel aktivitedüzeyleri Tablo 40'da sunulmuştur. Nüfusun %26,0'ı orta, %24,6'sı yüksek ve %49,4'ü düşük düzey fiziksel aktivite göstermektedirler. Beklendiği üzere "≥70" yaş grubunda orta ve yüksek düzeyde fiziksel aktivite (sırasıyla %18,6 ve %10,8) belirgin şekilde azken, düşük düzeyde fiziksel aktivite fazladır (%70,6). Yaş gruplarına göre analizler yapıldığında erkek ve kadınların benzer sonuçlar ortaya koyduğu gözlenmiştir. Erkekler (%36,3) kadınlara (%13,1) göre belirgin ölçüde daha fazla yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapmaktadırlar ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Orta seviyede fiziksel aktivite yapma yüzdesi erkeklerde (%26,3) kadınlara (%25,8) göre daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Erkekler arasında düşük seviyede fiziksel aktivite yapma yüzdesi %37,4'tür ve kadınlardan (%61,1) düşüktür ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). (Tablo40)

**Tablo 40: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcıların DSÖ Tarafından Tanımlanan Toplam Fiziksel Aktivite Durumu**

Cinsiyet	Yaş Grupları (yıl)	N	Düşük Aktivite		Hafif Aktivite		Yüksek Aktivite	
			%	% 95 GA	%	% 95 GA	%	% 95 GA
Erkek	15-29	467	31,7	26,3-37,2	25,6	20,9-30,3	42,6	37,0-48,3
	30-44	623	37,3	32,6-42,1	23,4	19,0-27,9	39,2	34,5-44,0
	45-59	626	37,5	33,0-42,0	28,5	24,2-32,9	34,0	29,0-38,9
	60-69	371	47,2	41,0-53,4	30,8	25,4-36,2	22,0	16,8-27,3
	≥ 70	272	51,5	44,0-59,0	29,1	22,4-35,8	19,5	13,2-25,7
	<b>TOPLAM</b>	<b>2359</b>	<b>37,4</b>	<b>34,7-40,1</b>	<b>26,3</b>	<b>23,9-28,7</b>	<b>36,3</b>	<b>33,6-39,0</b>
Kadın	15-29	646	56,2	51,6-60,9	29,3	25,1-33,5	14,5	11,1-17,9
	30-44	1009	58,0	53,9-62,1	28,2	24,5-31,8	13,9	11,1-16,6
	45-59	946	58,4	53,9-62,9	26,3	22,2-30,3	15,3	12,4-18,3
	60-69	449	72,1	66,9-77,3	19,1	14,7-23,5	8,8	5,6-12,0
	≥ 70	439	84,9	81,0-88,7	10,9	7,5-14,2	4,3	2,0-6,6
	<b>TOPLAM</b>	<b>3489</b>	<b>61,1</b>	<b>58,9-63,3</b>	<b>25,8</b>	<b>23,8-27,8</b>	<b>13,1</b>	<b>11,5-14,6</b>
Her iki cinsiyet	15-29	1113	43,8	40,1-47,6	27,4	24,3-30,6	28,7	25,2-32,2
	30-44	1632	47,7	44,5-50,9	25,8	22,9-28,7	26,5	23,6-29,4
	45-59	1572	48,0	44,7-51,3	27,4	24,4-30,4	24,6	21,7-27,6
	60-69	820	60,2	56,0-64,3	24,7	21,2-28,2	15,1	12,0-18,3
	≥ 70	711	70,6	66,4-74,8	18,6	15,1-22,2	10,8	7,6-14,0
	<b>TOPLAM</b>	<b>5848</b>	<b>49,4</b>	<b>47,6-51,2</b>	<b>26,0</b>	<b>24,5-27,6</b>	<b>24,6</b>	<b>22,9-26,2</b>



Nüfusun günlük ortalama fiziksel aktivite süresi 30,0 dakika bulunmuştur (çeyrekler arası aralık:4,3-90,0). Ortalama fiziksel aktivite süresi erkeklerde 51,4 dakika/gün (çeyrekler arası aralık:11,4-180,0) ve kadınlarda 17,1 dakika/gündür (çeyrekler arası aralık:0,0-55,0).

Çalışma grubunda işle ilişkili fiziksel aktivitenin ortalama süresi 56,4 dakika/gündür ve erkeklerde (91,5 dakika/gün) kadınlardan (22,1 dakika/gün) daha yüksektir. Günlük işle ilişkili ortalama fiziksel aktivite süresi erkeklerde en yüksek "30-44" yaş grubunda (132,6 dakika/gün), kadınlarda ise "45-59" yaş grubundadır (26,9 dakika/gün) (Tablo 41)

**Tablo 41: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Günlük İşle İlişkili Ortalama Fiziksel Aktivite Süresi (Dakika)**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama (dakika)	%95 GA	N	Ortalama (dakika)	%95 GA	N	Ortalama (dakika)	%95 GA
15-29	467	80,4	58,6-102,2	646	23,4	14,4-32,3	1113	52,2	40,2-64,3
30-44	623	132,6	100,0-165,1	1009	25,8	18,9-32,6	1632	79,1	62,1-96,2
45-59	626	93,3	72,9-113,7	946	26,9	18,1-35,6	1572	60,1	48,8-71,4
60-69	371	40,4	23,4-57,3	449	9,6	4,7-14,6	820	24,4	15,6-33,1
≥70	272	15,9	7,6-24,2	439	6,2	3,2-9,3	711	10,4	6,3-14,4
<b>TOPLAM</b>	<b>2359</b>	<b>91,5</b>	<b>77,8-105,2</b>	<b>3489</b>	<b>22,1</b>	<b>18,1-26,1</b>	<b>5848</b>	<b>56,4</b>	<b>49,2-63,6</b>

Araştırma grubunda günlük ulaşım ile ilişkili ortalama fiziksel aktivite süresi 33,1 dakika/gün hesaplanmıştır ve erkeklerde 41,0 dakika/gün ile kadınlardan (25,3 dakika/gün) daha yüksek bulunmuştur. Günlük ulaşım ile ilişkili ortalama fiziksel aktivite süresi hem erkeklerde (43,7 dakika/gün) hem de kadınlarda (28,0 dakika/gün) "45-59" yaş grubunda en yüksektir. (Tablo 42)

**Tablo 42: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Günlük Ulaşım ile İlişkili Ortalama Fiziksel Aktivite Süresi (Dakika)**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama (dakika)	% 95 GA (dakika)	N	Ortalama (dakika)	% 95 GA (dakika)	N	Ortalama (dakika)	% 95 GA (dakika)
15-29	467	43,5	36,7-50,4	646	26,6	23,2-29,9	1113	35,2	31,3-39,0
30-44	623	37,2	31,8-42,6	1009	27,6	23,6-31,6	1632	32,4	29,1-35,7
45-59	626	43,7	37,5-49,9	946	28,0	24,2-31,9	1572	35,9	32,1-39,6
60-69	371	37,8	30,6-45,1	449	20,7	15,0-26,4	820	28,9	23,9-33,9
≥70	272	42,0	29,1-54,8	439	10,3	7,7-12,8	711	23,8	17,8-29,8
<b>TOPLAM</b>	<b>2359</b>	<b>41,0</b>	<b>37,7-44,4</b>	<b>3489</b>	<b>25,3</b>	<b>23,3-27,4</b>	<b>5848</b>	<b>33,1</b>	<b>31,0-35,1</b>

Günlük eğlenceyle (boş zaman) ilişkili ortalama fiziksel aktivite süresi 10,2 dakika/gün hesaplanmıştır. Günlük eğlenceyle (boş zaman) ilişkili ortalama fiziksel aktivite süresi erkeklerde (14,7 dakika/gün) kadınlardan (5,8 dakika/gün) daha yüksektir. Günlük eğlenceyle (boş zaman) ilişkili ortalama fiziksel aktivite süresi hem erkeklerde (22,2 dakika/gün) hem kadınlarda (9,4 dakika/gün) "15-29" yaş grubunda en yüksektir (Tablo 43).

**Tablo 43: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Günlük Eğlenceyle (Boş Zaman) İlişkili Ortalama Fiziksel Aktivite Süresi (Dakika)**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama (dakika)	% 95 GA (dakika)	N	Ortalama (dakika)	% 95 GA (dakika)	N	Ortalama (dakika)	% 95 GA (dakika)
15-29	467	22,2	17,4-27,0	646	9,4	4,4-14,3	1113	15,9	12,4-19,4
30-44	623	11,9	6,1-17,7	1009	4,7	3,1-6,2	1632	8,3	5,2-11,4
45-59	626	13,9	8,2-19,7	946	4,2	3,0-5,4	1572	9,1	6,1-12,0
60-69	371	7,1	2,8-11,5	449	5,4	1,3-9,5	820	6,2	3,2-9,2
≥70	272	4,6	1,7-7,5	439	1,2	0,0-2,5	711	2,7	1,2-4,1
<b>TOPLAM</b>	<b>2359</b>	<b>14,7</b>	<b>12,0-17,5</b>	<b>3489</b>	<b>5,8</b>	<b>4,1-7,4</b>	<b>5848</b>	<b>10,2</b>	<b>8,6-11,8</b>

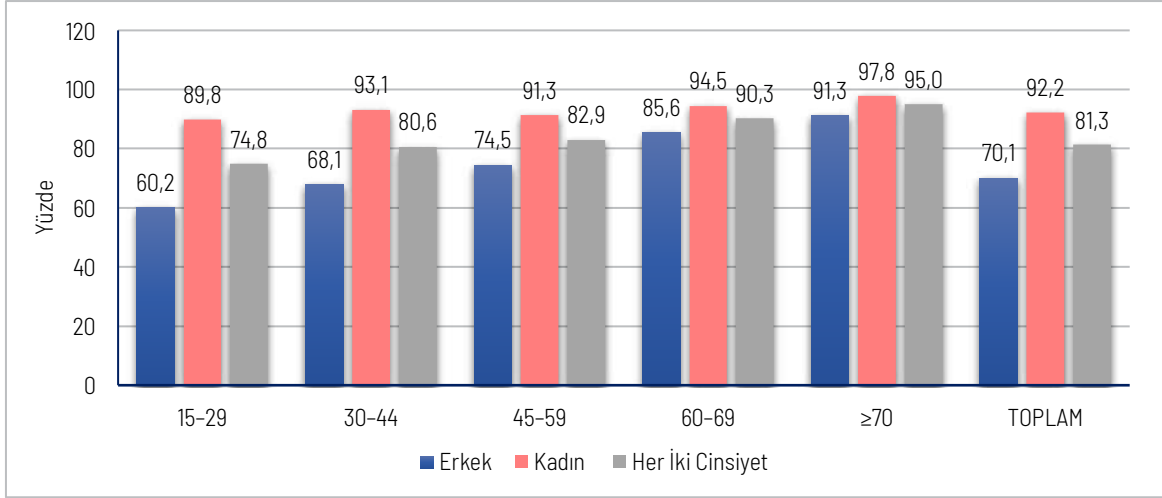
Tablo 44 sağlık için DSÖ tavsiyesine uygun seviyede (haftada 150 dakikadan daha az orta yoğunlukta ya da eşdeğeri fiziksel aktivite yapanlar) fiziksel aktivite sahibi olmayanların cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımını vermektedir. Örneklerden elde edilen bilgiler, Türkiye’de nüfusun %43,6’sının DSÖ’nün sağlık için fiziksel aktivite tavsiyelerini karşılamadığını göstermektedir Kadınlar için hesaplanan değer (%53,6) erkekler için elde edilen tahminden (%33,1) daha büyük olup cinsiyetler arası fark istatistiki olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Sağlık için DSÖ fiziksel aktivite tavsiyesine uymama yaş ile artan bir eğilim göstermektedir. Tüm grupta, “15-29” yaş grubunda tavsiye edilen fiziksel aktivite düzeyine sahip olmayanlar %37,8’dir ve “≥70” yaş grubunda %66,1’e yükselmektedir. (Tablo 44)

**Tablo 44: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre DSÖ’nün Sağlık İçin Fiziksel Aktivite Tavsiyelerini Karşılamayanların Yüzdesi**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	% 95 GA	N	%	% 95 GA	N	%	% 95 GA
15-29	467	26,7	21,5-31,9	646	49,2	44,4-54,0	1113	37,8	34,2-41,5
30-44	623	33,7	29,0-38,3	1009	49,8	45,6-54,0	1632	41,7	38,5-45,0
45-59	626	32,7	28,2-37,1	946	50,9	46,1-55,6	1572	41,8	38,4-45,2
60-69	371	43,8	37,7-50,0	449	66,2	60,6-71,8	820	55,5	51,3-59,7
≥70	272	47,8	40,3-55,3	439	79,8	75,4-84,2	711	66,1	61,8-70,5
<b>TOPLAM</b>	<b>2359</b>	<b>33,1</b>	<b>30,5-35,6</b>	<b>3489</b>	<b>53,9</b>	<b>51,6-56,3</b>	<b>5848</b>	<b>43,6</b>	<b>41,8-45,4</b>

Nüfusun %81,3’ünün etkili bir fiziksel aktiviteye katılmadığı tahmin edilmektedir ve kadınlarda (%92,2) erkeklerden (%70,1) daha fazladır. Etkili fiziksel aktivite yokluğu yaşla birlikte artmaktadır. (Grafik 15)

**Grafik 15: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Etkili Fiziksel Aktivitede Bulunmayanların Yüzdesi**



#### 4.8.1. Sonuçlar

Katılımcılara ait fiziksel aktivite ile ilgili önemli sonuçlardan bazıları aşağıda yer almaktadır.

- Nüfusun %43,6'sı yetersiz fiziksel aktivitede bulunmaktadır (haftada <150 az dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite ya da eşdeğeri ) (erkekler %33,1; kadınlar %53,9).
- Türkiye'de günlük ortalama fiziksel aktivite zamanı 30,0 dakika olarak hesaplanmıştır (erkekler 51,4 dakika/gün; kadınlar 17,1 dakika/gün).
- Etkili bir fiziksel aktiviteye katılmayanların yüzdesi %81,3'tür (erkekler%70,1; kadınlar %92,2).

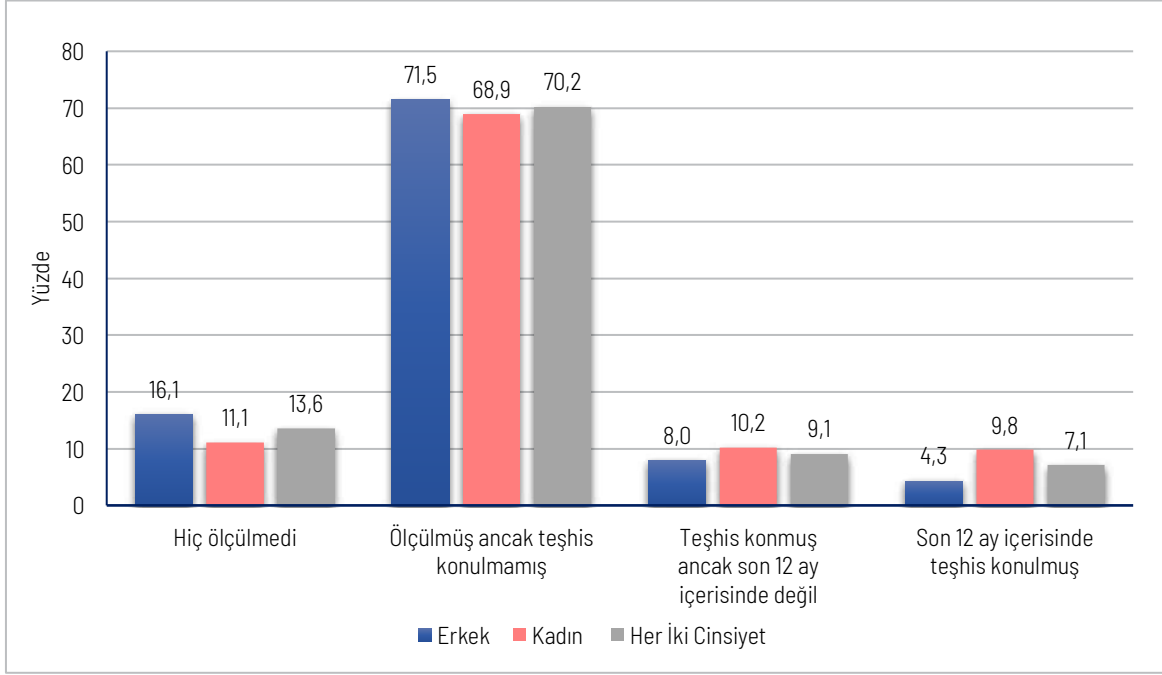
#### 4.9. Yüksek Kan Basıncı Hikayesi

Yüksek kan basıncı olan pek çok kişide asıl neden bilinmemektedir. Hipertansiyon için değiştirilebilir risk faktörleri arasında tuzun ve yağın fazla tüketimi, meyve ve sebzenin az tüketimi, fazla kilolu ya da obez olmak, alkolün zararlı kullanımı, fiziksel inaktivite, psikolojik stres, sosyo-ekonomik belirleyiciler ve sağlık hizmetlerine yetersiz erişim sayılabilir. Gerçekte bu risk faktörleri yüksek kan basıncı için hazırlayıcı etkenlerdir. Sayılan risk faktörlerinin çoğunun değiştirilebilir olmaları bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Hipertansiyon erkeklerde, kadınlardan ve düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde, yüksek gelir düzeyine sahip ülkelere daha fazla görülmektedir (7). Türkiye'de nüfusun yaklaşık dörtte biri hipertansiyon hastasıdır (52, 53).

Çalışma, hipertansiyonu bulaşıcı olmayan hastalıklar için bir risk faktörü olarak değerlendirdi.

Çalışma sonucunda Türkiye nüfusunun %13,6'sının şu ana kadar kan basıncını hiç ölçtürmemiş olduğu tahmin edilmiştir. Kan basıncını hiç ölçtürmeyenler erkeklerde (%16,1) kadınlardan (%11,1) daha fazladır. Çalışma grubunda yüksek kan basıncı ya da hipertansiyon öyküsü %16,2 olarak bulunmuştur. Hipertansiyon öyküsü kadınlarda (%20,0) erkeklerden (%12,3) yüksektir (Grafik 16).

Grafik 16: Cinsiyete Göre Kan Basıncı Ölçümü ve/veya Tanı Alma Yüzdesi



Önceden tanı konanlar arasında halen yüksek kan basıncına yönelik doktor ya da sağlık çalışanınca reçete edilmiş ilaç kullanımı %72,7'dir ve ilaç kullanmada yaş grupları arasında farklılıklar söz konusudur. "15-29" yaş grubunda ilaç kullanımı yüzdesi (%29,6) en düşük değerdedir ve yaşla birlikte artarak "≥70" yaş grubunda %85,4'e ulaşmaktadır.

Yüksek kan basıncı olan ve halen ilaç kullananlara (tedavi) hipertansiyon kontrolüne yönelik aktiviteleri sorulmuştur. Bu gruptakilerin %75,7'si düzenli olarak tedavi alırken, %11,9'u hiçbir şey yapmamaktadır. (Tablo 45)

Tablo 45: Cinsiyete Göre Hipertansiyon Kontrolüne Yönelik Katılımcıların Aktivitelerinin Dağılımı

Cinsiyet	Hipertansiyon kontrolüne yönelik aktiviteler (%)						
	Düzenli tedavi	Düzensiz tedavi	Bitkisel tedavi	Fiziksel aktivite	Diyet	Hiçbir şey	Diğer
Erkek (n=433)	72,9	5,2	2,1	3,4	12,1	12,0	3,2
Kadın (n=955)	77,5	5,7	0,6	1,5	10,7	11,8	0,8
Her iki cinsiyet (n=1388)	75,7	5,5	1,2	2,3	11,2	11,9	1,7

#### 4.9.1. Sonuçlar

Katılımcılara ait yüksek kan basıncı öyküsü ile ilgili önemli sonuçlardan bazıları aşağıda yer almaktadır.

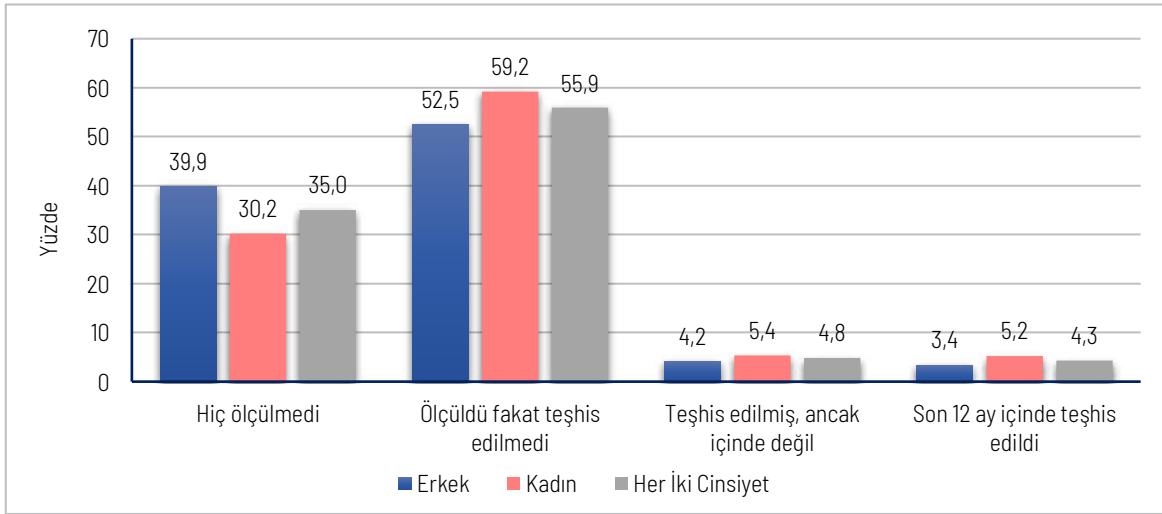
- Türkiye nüfusunun %13,6'sının şu ana kadar kan basıncını hiç ölçtürmemiştir.
- Araştırma grubunda yüksek kan basıncı ya da hipertansiyon sıklığı %16,2'dir (erkekler için %12,3 ve kadınlar için %20,0). Sıklık yaşla artmaktadır.
- Daha önce yüksek kan basıncı ya da hipertansiyon tanısı almış olanların %75,7'si halen hipertansiyon için tedavi almaktadır.

#### 4.10. Şeker Hastalığı Hikayesi

Türkiye’de diyabet prevalansı artmaktadır (53) ve 1997 yılında 20 yaş üzeri nüfusta diyabet sıklığı %7 olarak bulunmuşken, 2009 yılında nüfusun %13’ünde diyabet tespit edilmiştir. Halen erişkin nüfusun %13,2’si diyabetiktir. Türkiye’de diyabet en sık ölüm nedenleri arasında 8. sıradadır (%2,2). Türkiye’de yaklaşık her üç kişiden birisinde metabolik sendrom bulunmaktadır. Kadınlarda (%41,1) risk erkeklere (%28,8) göre daha yüksektir (42).

Çalışma grubunun %35,0’i daha önce hiç kan şekeri ölçtürmemiştir ve bu değer erkeklerde %39,9 ile kadınlardan (%30,2) yüksektir. Katılımcıların beyanlarına göre genel olarak yüksek kan şekeri ya da diyabet sıklığı %9,1’dir; yüksek kan şekeri ya da diyabet sıklığı kadınlarda (%10,6) erkeklerden (%7,6) yüksektir. (Grafik 17)

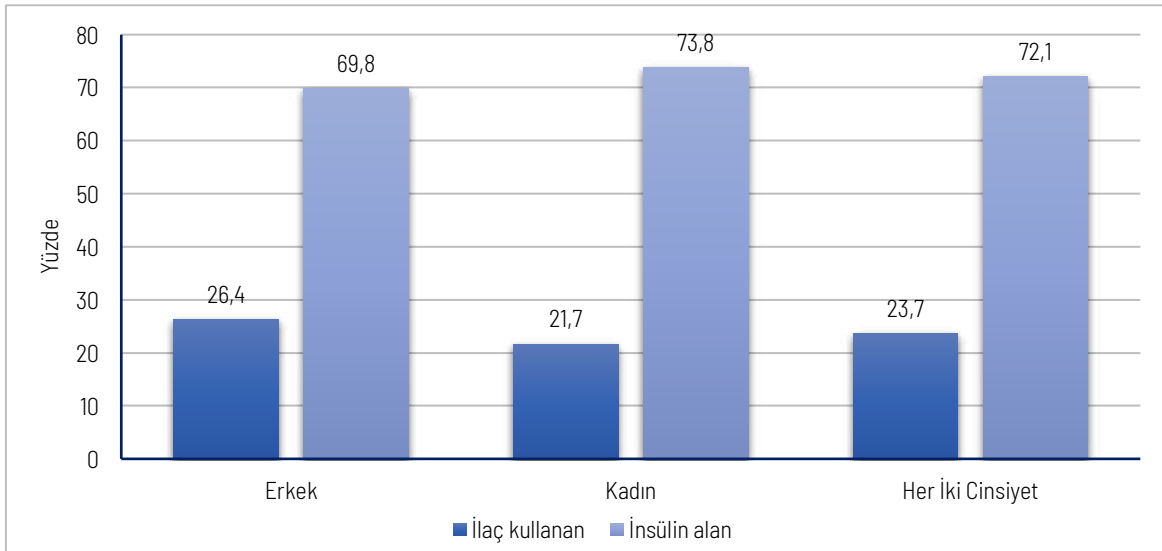
**Grafik 17: Cinsiyete Göre Kan Şekeri Ölçümü ve/veya Tanı Alma Yüzdesi**



Çalışma grubunda yüksek kan şekeri ya da diyabet öyküsü yaşla birlikte artmakta ve “15-29” yaş grubunda %1,1’den, “≥70” yaş grubunda %28,8’ye yükselmektedir.

Daha önce yüksek kan şekeri ya da diyabet tanısı almış olanların %23,7’si halen ilaç tedavisi almaktadır; erkekler için %26,4 ve kadınlar için %21,7. Diğer taraftan, daha önce yüksek kan şekeri ya da diyabet tanısı almış olanların %72,1’i halen diyabet için insülin kullanmaktadır: erkekler için %69,8 ve kadınlar için %73,8. (Grafik 18)

**Grafik 18: Cinsiyete Göre Yüksek Kan Şekeri için İlaç ya da İnsülin Kullananların Yüzdesi**



Diyabet için ilaç kullanmada yaş grupları arasında farklılıklar söz konusudur. "30-44" yaş grubunda en düşük olan ilaç kullanımı yüzdesi (%18,6) yaşla artmakta ve "60-69" yaş grubunda %29,5'e ulaşmaktadır.

Halen yüksek kan şekeri nedeniyle tedavi alan katılımcılara diyabet kontrolüne yönelik aktiviteleri sorulmuştur. Tanı almış katılımcıların %75,8'i halen düzenli olarak tedavi alırken, %12,5'i hiçbir şey yapmamaktadır. (Tablo 46).

**Tablo 46: Cinsiyete Göre Diyabet Kontrolüne Yönelik Katılımcıların Aktivite Türlerinin Dağılımı**

Cinsiyet	Diyabet kontrolüne yönelik aktiviteler (%)						
	Düzenli tedavi	Düzensiz tedavi	Bitkisel tedavi	Fiziksel aktivite	Diyet	Hiçbir şey	Diğer
Erkek	73,3	6,8	1,7	3,2	9,3	13,4	73,3
Kadın	77,6	2,9	0,1	3,3	15,5	11,8	77,6
Her iki cinsiyet	75,8	4,5	0,7	3,3	13	12,5	75,8

#### 4.10.1. Sonuçlar

Katılımcılara ait diyabet öyküsü ile ilgili önemli sonuçlardan bazıları aşağıda yer almaktadır.

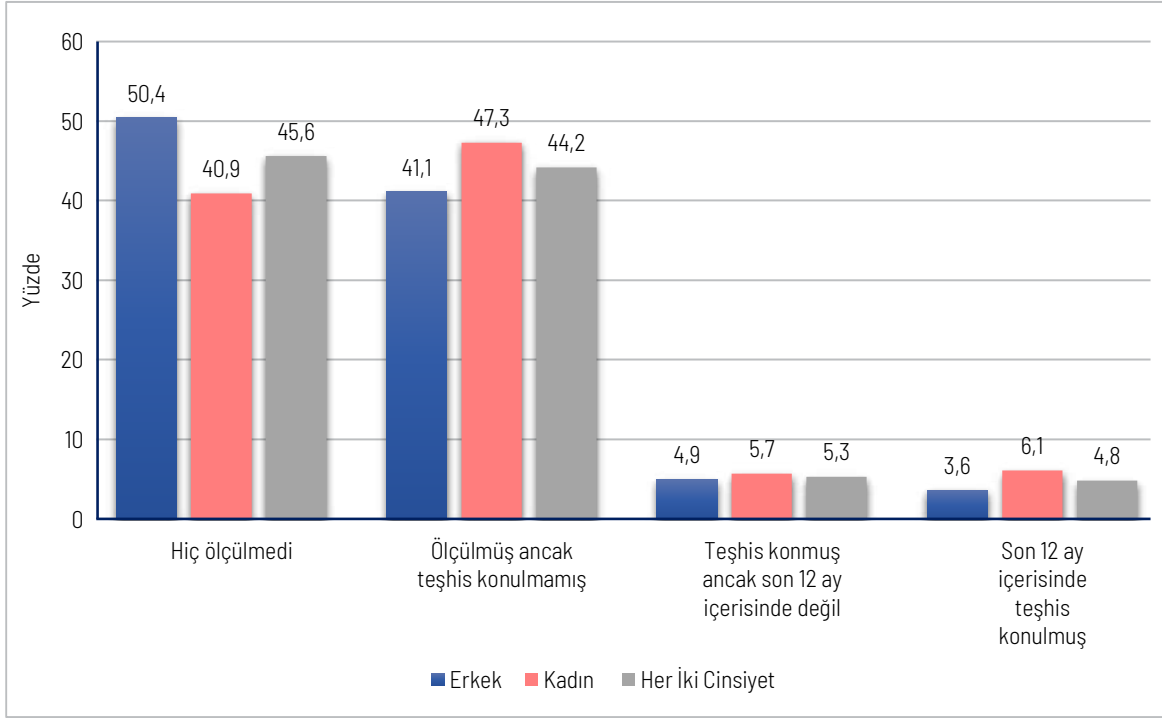
- Katılımcıların üçte birinden fazlası daha önce hiç kan şekeri ölçümü yaptırmamıştır.
- Katılımcıların üçte birinden fazlası daha önce hiç kan şekeri ölçümü yaptırmamıştır.
- Erişkin Türk nüfusunda yüksek kan şekeri ya da diyabet prevalansı %9,1'dir (erkekler için %7,6 ve kadınlar için %10,6). Prevalans yaşla birlikte artmaktadır.
- Daha önce yüksek kan şekeri ya da diyabet tanısı almış olanların %23,7'si halen ilaç tedavisi almaktadır ve %72,1'si diyabet için insülin kullanmaktadır.

#### 4.11. Yüksek Total Kolesterol Hikayesi

Dünya genelinde en sık görülen ölüm nedenlerinden olan KDH'nın en önemli değiştirilebilir risk faktörlerinden birisi anormal kan lipid profilidir (54). Onat ve arkadaşlarına göre Türkiye'de kadınlarda ve erkeklerde total kolesterol seviyeleri benzerdir; 20-29 yaş grubundaki 149 mg/dl değerinden 40-49 yaş grubunda 187 mg/dl değerine hızlı bir artış görülmektedir (55). Türkiye'de batı dünyasıyla karşılaştırıldığında total kolesterol seviyeleri halen görece olarak daha düşüktür. Ancak yaklaşık 12 milyon Türk vatandaşı 200 mg/dl'den daha yüksek total kolesterol seviyesine sahiptir (4). Kolesterol seviyeleri son 20 yılda artış göstermiştir. 1990 yılından bu yana geçen sürede ortalama kan trigliserid düzeyleri yaklaşık olarak erkeklerde 25 mg/dl ve kadınlarda 20 mg/dl artış göstermiştir (56).

Çalışma grubunun %45,6'sı daha önce hiç kan kolesterol ölçtürmemiştir ve bu değer erkeklerde (%50,4) kadınlardan (%40,9) yüksektir. Araştırma grubunda yüksek kolesterol öyküsü sıklığı %10,1'dir; yüksek kolesterol öyküsü sıklığı erkeklerde (%8,5) kadınlardan (%11,8) düşüktür (Grafik 19).

**Grafik 19: Cinsiyete Göre Katılımcıların Total Kolesterol Ölçümü ve/veya Tanı Alma Yüzdesi**



Araştırma grubunda yüksek total kolesterol öyküsü sıklığı yaşla birlikte artmakta ve "15-29" yaş grubunda %1,2'den, "60-69" yaş grubunda %22,3'e yükselmektedir.

Daha önce yüksek kolesterol tanısı almış katılımcıların %36,9'u yüksek total kolesterole yönelik halen reçeteli ilaç kullanmaktadır; reçeteli ilaç kullanma erkeklerde %39,8 kadınlarda %34,9'dur.

Yaş grupları arasında yüksek total kolesterole yönelik tedavi alma durumlarında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. "30-44" yaş grubunda en düşük olan ilaç kullanımı yüzdesi (%10,4) yaşla artmakta ve "≥70" yaş grubunda %55,0'a ulaşmaktadır.

Yüksek total kolesterol nedeniyle halen ilaç alan katılımcılara yüksek kolesterol kontrolüne yönelik aktiviteleri sorulmuştur. Tüm katılımcıların %38,5'i düzenli tedavi alırken, %33,9'u hiçbir şey yapmamaktadır (Tablo 47).

**Tablo 47: Cinsiyete Göre Katılımcıların Total Kolesterol Kontrolüne Yönelik Aktivite Türleri Dağılımı**

Cinsiyet	Total kolesterol kontrolüne yönelik aktiviteler (%)						
	Düzenli tedavi	Düzensiz tedavi	Bitkisel tedavi	Fiziksel aktivite	Diyet	Hiçbir şey	Diğer
Erkek	39,2	3,0	3,3	4,5	22,2	34,6	1,0
Kadın	38,1	5,9	3,6	4,4	19,0	33,4	1,1
Her iki cinsiyet	38,5	4,7	3,5	4,5	20,3	33,9	1,0

#### 4.11.1. Sonuçlar

Katılımcılara ait yüksek total kolesterol öyküsü ile ilgili önemli sonuçlardan bazıları aşağıda yer almaktadır.

- Bireylerin yaklaşık yarısı (%45,6) daha önce hiç total kolesterol seviyelerini ölçtürmemişlerdir.

- Erişkin Türk nüfusunda yüksek total kolesterol prevalansı %10,1'dir (erkekler için %8,5 ve kadınlar için %11,8). Genel olarak prevalans yaşla birlikte artmaktadır.
- Daha önce yüksek total kolesterol tanısı almış olanların %36,9'u yüksek total kolesterole yönelik tedavi almaktadır.

### 4.12. Kalp Damar Hastalığı Hikayesi

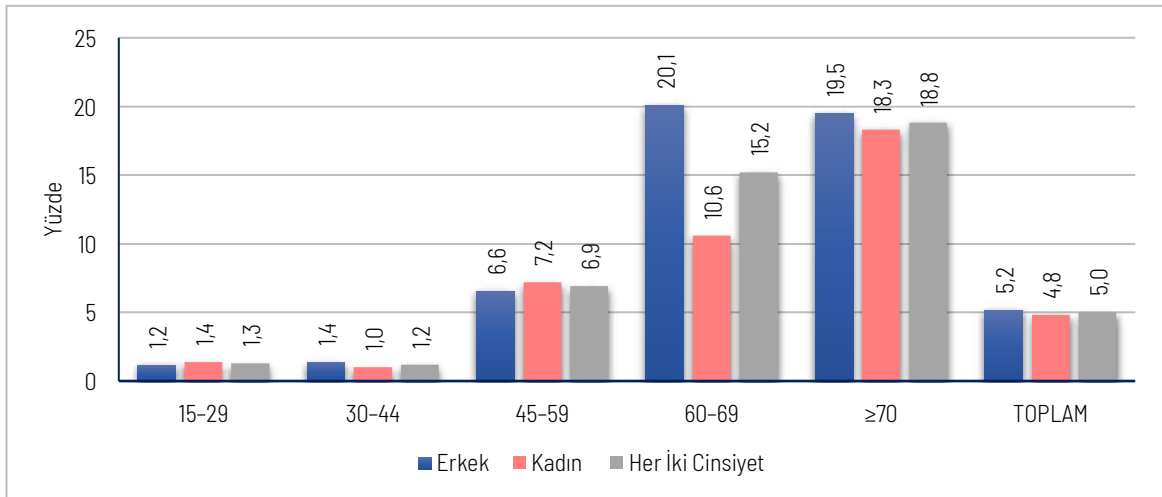
KDH, kalp ve kan damarlarını etkileyen, koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık ve periferik arter hastalığı gibi hastalıklardır. 2008 yılında meydana gelen 57 milyon küresel ölümün 36 milyonu BOH'a bağlıdır ve bunun yaklaşık yarısının (%48) KDH nedeniyle olduğu düşünülmektedir (7,9).

Dünya genelinde KDH en sık ölüm nedenleridir ve KDH'ye bağlı ölümlerin 2012 yılındaki 17,5 milyon seviyesinden 2030 yılında 22,2 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir(13). KDH'ye bağlı ölümler yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde azalırken, birçok düşük ve orta gelirli ülkede benzer seyretmektedir (57).

Türkiye'deki ölümlerin toplamının %86'sından BOH'ların sorumlu olduğu tahmin edilmektedir ve bu ölümlerin %47'sinden KDH sorumludur (37). Türkiye'de en sık görülen iki ölüm nedeni iskemik kalp hastalığı (%22) ve serebrovasküler hastalıklardır (%15)(53). Türkiye'de KDH'nin prevalansı giderek artmaktadır. KDH, 2000 yılında 102 386 erkek ve 103 071 kadının ölümüne neden olmuştur. Bu sayıların 2020 yılında 175 663 ve 144 297, 2030 yılında ise sırasıyla 235 567 ve 180 530 olacağı tahmin edilmektedir. KDH'ye bağlı erkek ölümlerinin 2030'a kadar 2,3 kat kadın ölümlerinin 1,8 kat artacağı tahmin edilmektedir (53).

Nüfusun kalp krizi ya da kalp hastalığına bağlı göğüs ağrısı (anjina) veya inme (serebrovasküler olay ya da hastalık) geçirmiş olma sıklığı %5,0 olarak tahmin edilmiştir; bu sıklık erkekler için %5,2 ve kadınlar için %4,8'dir. Kadınlar için sıklık "15-29" ve "45-59" yaş grupları dışında tüm yaş gruplarında erkeklerden daha düşüktür. Kalp krizi ya da kalp hastalığına bağlı göğüs ağrısı veya inme geçirme sıklığı yaşla birlikte artmakta ve "15-29" yaş grubunda %1,3'ten, "≥70" yaş grubunda %18,8'e çıkmaktadır. (Grafik 20)

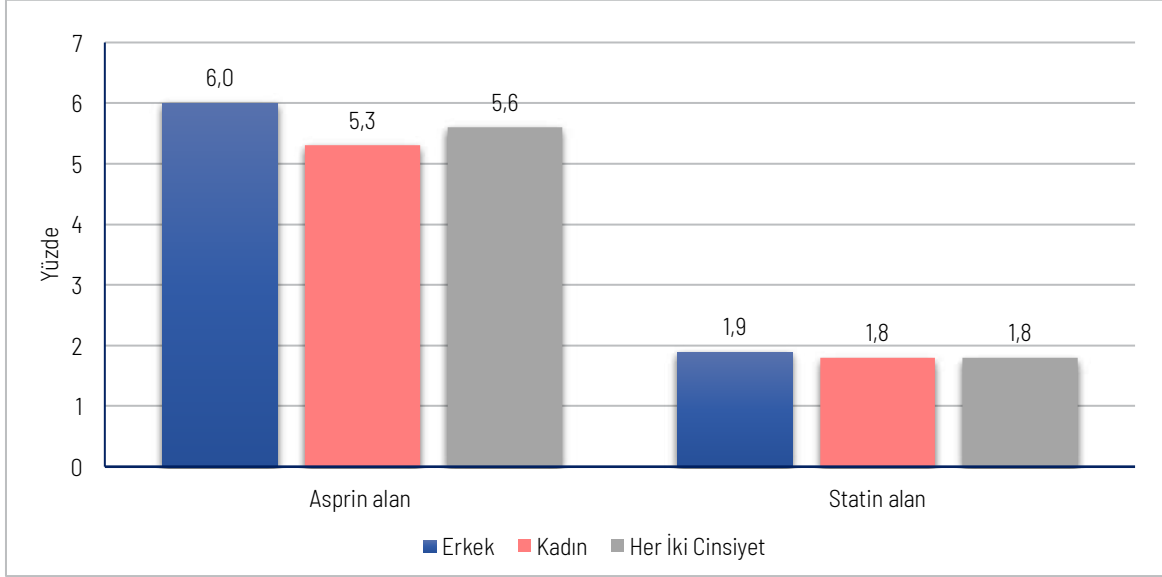
**Grafik 20: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcılarda Kalp Krizi ya da Kalp Hastalığına Bağlı Göğüs Ağrısı veya İnme Geçirmiş Olma Yüzdesi**



Çalışma grubunun %5,6'sı, kalp hastalığını önlemek ya da tedavi etmek amacıyla düzenli olarak aspirin kullanmaktadır ve aspirin kullanma erkeklerde %6,0, kadınlarda %5,3'tür. Diğer taraftan çalışma grubundaki bireylerin %1,8'i kalp krizinden korunmak ya da tedavi amacıyla statin kullanmaktadır ve statin kullanma erkeklerde %1,9, kadınlarda %1,8'dir. (Grafik 21)



**Grafik 21: Katılımcıların Kalp Hastalığından Korunma ya da Tedavi Amaçlı Olarak Halen Düzenli Aspirin ya da Statin Kullanma Yüzdesi**



Farklı yaş grupları arasında kalp krizinden korunmak ya da tedavi amacıyla statin veya aspirin kullanımında farklılıklar bulunmaktadır. En düşük ilaç kullanımı aspirin için %0,3 ve statin için %0,5 ile "15-29" yaş grubundadır. En yüksek ilaç kullanımı; aspirin için %24,4 ve statin için %7,3 ile "≥70" yaş grubundadır. 44 yaşına kadar kadınlar kalp krizinden korunmak ya da tedavi amacıyla daha fazla aspirin kullanırken, 45 yaşından sonra erkekler daha fazla aspirin kullanmaktadır. Diğer taraftan kadınlar, kalp krizinden korunmak ya da tedavi amacıyla statinleri sadece "15-29" yaş grubunda erkeklerden daha fazla kullanmaktadır.

#### 4.12.1. Sonuçlar

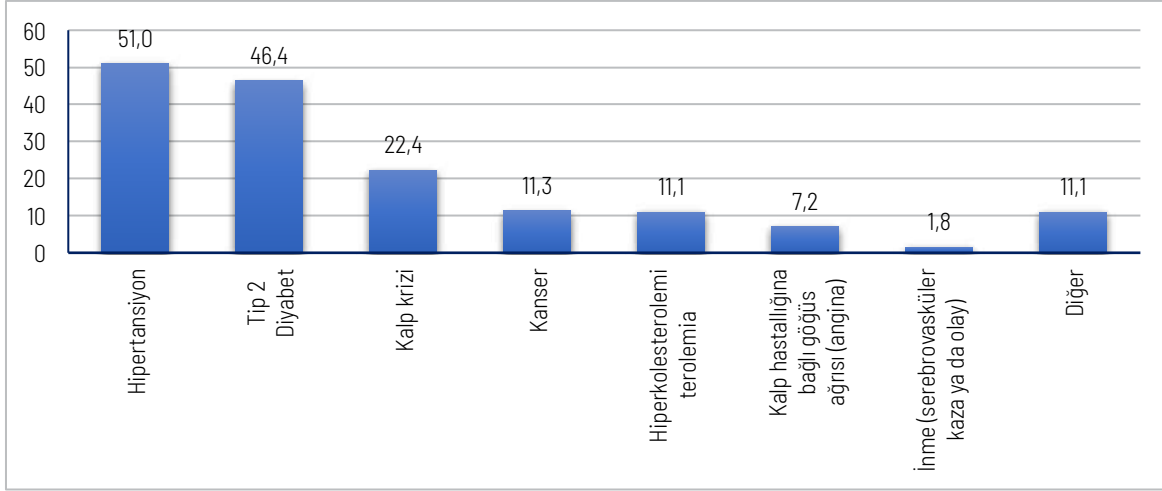
Katılımcılara ait KDH öyküsü ile ilgili önemli sonuçlardan bazıları aşağıda yer almaktadır.

- Çalışmaya katılanların %5,0'i kalp hastalığına bağlı göğüs ağrısı ya da felç geçirmişlerdir (erkekler %5,2; kadınlar %4,8) ve sıklık yaşla birlikte artmaktadır.
- Çalışmada yer alan katılımcıların %5,6'sı kalp hastalığını önlemek veya tedavi etmek için düzenli olarak aspirin, %1,8'i statin almaktadır ve bu ilaçların kullanımı cinsiyetler arasında farklıdır.

#### 4.13. Kronik Hastalık Aile Hikayesi

BOH'un değiştirilebilir risk faktörleri arasında fiziksel inaktivite, sağlıksız diyet (tuz), anormal kan lipidleri, obezite ve şeker hastalığının yanı sıra yüksek tansiyon ve tütün kullanımı ve alkolün zararlı kullanımı da sayılmaktadır. Yaş, genetik özellikler ya da aile öyküsü, cinsiyet ve ırk ise BOH'da değiştirilemeyen risk faktörleridir (54).

Nüfusun yaklaşık yarısının (%45,8), ebeveynlerinde ya da kardeşlerinde tanı konulmuş, tedavi gerektiren kronik bir hastalık olduğu bulunmuştur. Ebeveynlerinde ya da kardeşlerinde tanı konulmuş, tedavi gerektiren kronik hastalık olanlar arasında en sık görülenler hipertansiyon (%51,0), tip-2 diyabet (%46,4) ve kalp krizidir (%22,4). (Grafik 22)

**Grafik 22: Katılımcıların Ebeveyn veya Kardeşlerinde Tanı Konulmuş ve Tedavi Gerektiren Kronik Hastalıkların Dağılımı**

Bu grubun ebeveynlerinin veya kardeşlerinin %19,8'i, kalp krizi, kalp rahatsızlığına bağlı göğüs ağrısı (anjina) ya da inme (serebrovasküler hastalık veya olay) geçirmiştir.

#### 4.13.1. Sonuçlar

Katılımcılara ait kronik hastalıkların aile öyküsü ile ilgili önemli sonuçlardan bazıları aşağıda yer almaktadır.

- Katılımcıların ebeveyn veya kardeşlerinin yaklaşık yarısı (%45,8), ilaç tedavisi gerektiren tanı konmuş kronik bir hastalığa sahiptir.
- Hipertansiyon en sık görülen kronik hastalıktır.

#### 4.14. Astım, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA), Kanser Hikayesi

Kronik solunum yolu hastalıkları, dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerindedir. Yetersiz/eksik tanı koyulma eğilimleri yüksek olan, kronik solunum yolu hastalıklarına bağlı ölümlerin büyük bölümü düşük gelirli ülkelerde görülmektedir. Genel risk faktörleri sigara içme, mesleki toz ve kimyasallar, pasif etkilenim, iç/dış hava kirliliği, genetik, enfeksiyonlar, sosyo-ekonomik faktörler ve yaşlanmadır (58).

Astım tekrarlayan nefes darlığı ve hırıltı atakları ile karakterizedir. Belirtiler, hastalığın şiddetine bağlı farklılık gösterebilir ve yorgunluk ve uyku hali gibi durumlara neden olabilir. Ölüm oranı düşük olmasına rağmen, hastalık tanısı genellikle yetersizdir. Astım yaklaşık 235 milyon kişiyi etkilemiştir (59).

KOA, kronik bronşit, amfizem gibi solunum yollarında yeterli hava akışını önleyen bir grup akciğer hastalığıdır. KOA prevalansı, morbidite ve mortalitesi hakkında doğru epidemiyolojik verileri toplamak zor ve pahalıdır. Dünya genelinde 65 milyon kişinin orta derece yada şiddetli KOA'ı olduğu ve 2015 yılında yaklaşık 3 milyon kişinin KOA'tan öldüğü tahmin edilmektedir (tüm ölümlerin %5'idir) (60).

2008 yılında 7,6 milyon kişi kanser nedeniyle ölmüştür ve bu ölümlerin %70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir. Kanseri mortalitesinin 2030 yılına kadar 13,1 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Kanselerin yaklaşık %30'u davranışsal risk faktörleri ile ilişkilidir (61, 62).

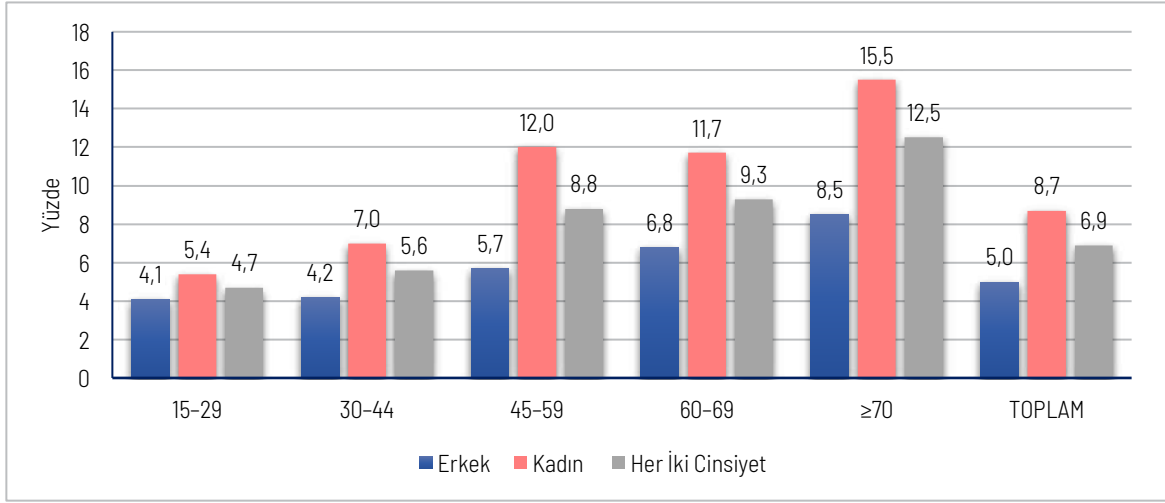
Akciğer, meme, kolorektal, mide ve karaciğer kanserleri, kanser ölümlerinin % 50'sinden fazlasına neden olur. Yüksek gelirli ülkelerde, toplumda en sık görülen kanser ölümleri nedeni akciğer kanseridir, bunu kadınlarda meme kanseri ve erkeklerde kolorektal kanserler izlemektedir. Kanseri türleri ve sıklıkları ülkeler arasında

farklılık göstermektedir. Sahra altı Afrika'da, serviks kanseri hala kadınlarda kanser ölümünün önde gelen nedenidir (7).

Kanser önemli bir halk sağlığı sorunudur ve Türkiye'de ölümlerin ikinci sıradaki sebebidir. Ancak 2030 yılında ölümlerin en sık nedeni olacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de 2012 yılında yaklaşık 175.000 yeni kanser olgusu teşhis edilmiştir (63).

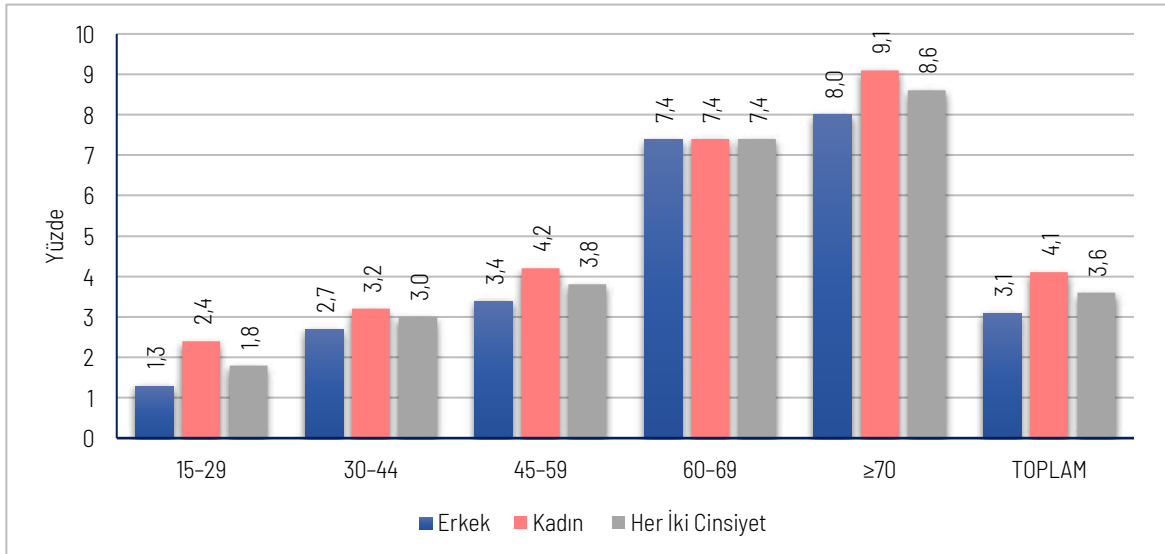
Çalışma grubunun %6,9'u şimdiye kadar bir doktor tarafından astım tanısı almışlardır (alerjik astım dâhil) ve kadınlarda (%8,7) erkeklerden (%5,0) daha yüksektir. Astım tanısı sıklığı yaşla birlikte artmaktadır ve astım tanısı sıklığı "15-29" yaş grubunda %4,7'den, "≥70" yaş grubunda %12,5'e yükselmektedir (Grafik 23).

**Grafik 23: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Doktor Tarafından Astım Tanısı Alma Yüzdesi**



KOAH, iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklardan sonra Türkiye'deki en sık rastlanan üçüncü ölüm nedenidir (% 6) (36). Araştırma grubunda, şimdiye kadar bir doktor tarafından KOAH (amfizem, kronik bronşit) teşhisi konan bireylerin yüzdesi %3,6 iken; bu sıklık erkekler için %3,1 ve kadınlar için %4,1'dir. Çalışma grubundaki KOAH tanısı sıklığı, "15-29" yaş grubunda %1,8'den, "≥70" yaş grubunda %8,6'ya yükselmiştir ve yaşla birlikte sıklık artmaktadır (Grafik 24).

**Grafik 24: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Doktor Tarafından KOAH Tanısı Alan Katılımcıların Yüzdesi**



Katılımcılar arasında son 12 ayda bir doktor tarafından kanser tanısı konma sıklığı %0,7'dir (erkekler için %0,4 ve kadınlar için %0,9). Çalışma grubunda kanser tanısı alma sıklığı genel olarak yaşla artmaktadır ve "15-29" yaş grubunda %0,3'ten, "70 yaş üstü" yaş grubunda %2,2'ye yükselmektedir.

### 4.14.1. Sonuçlar

Katılımcılara ait astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı veya kanser öyküsü ile ilgili önemli sonuçlardan bazıları aşağıda yer almaktadır. Araştırmada yer alanların;

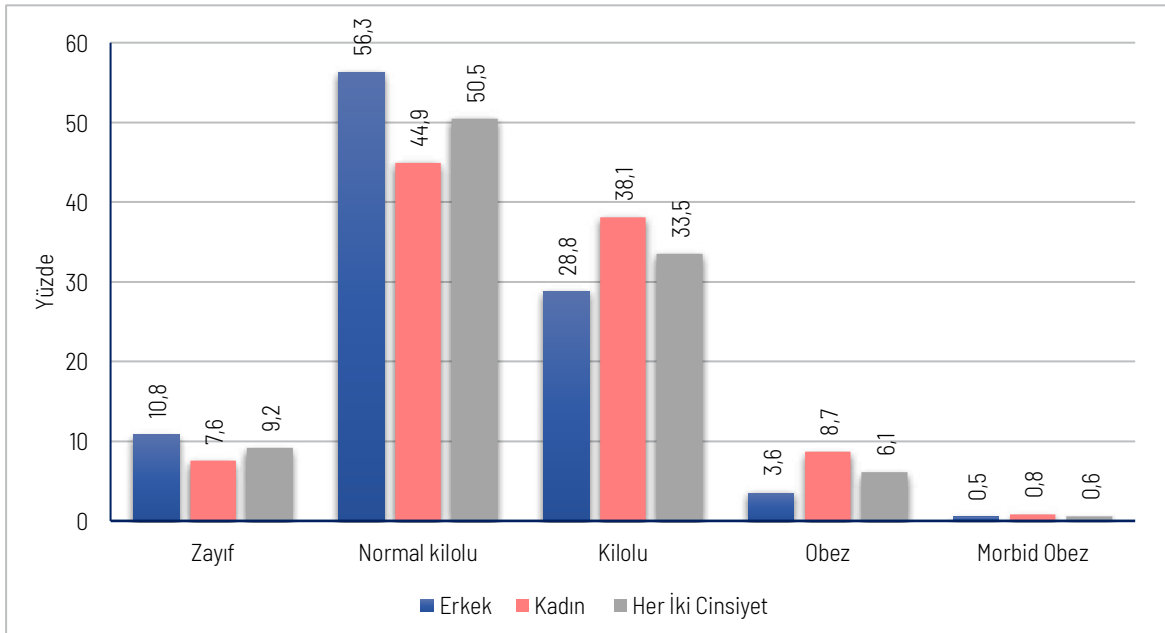
- %6,9 önceden astım tanısı almıştır ve kadınlarda (%8,7) erkeklerden (%5,0) daha yüksektir,
- %3,6 önceden KOAH tanısı almıştır ve kadınlarda (%4,1) erkeklerden (%3,1) daha yüksektir,
- %0,7 son 12 ayda kanser teşhisi konulmuştur ve kadınlarda kanser teşhisi alma (%0,9) erkeklerden (%0,4) daha yüksektir.

### 4.15. Hayat Tarzı Önerileri

BOH'ı azaltmak ve/veya önlemek için çeşitli yaklaşımlar önerilmektedir. DSÖ, maliyet etkin ve uygulanabilir bir dizi kanıta dayalı en iyi satın alma müdahalelerini tanımlamaktadır (64). Bu müdahalelerin amaçları tütün kullanımının azaltılması ya da önlenmesi, fiziksel aktivitenin ve tüketilen tuzun ve yağın azaltılması, günde en az beş porsiyon meyve ya da sebze tüketilmesini içerecek şekilde yeterli ve dengeli beslenmenin teşvikini içermektedir (65, 66).

Çalışmada, katılımcıların kendi vücut ağırlık algıları da sorulmuştur. Katılımcıların %9,2'si kendisinin zayıf, %50,5'i normal, %33,5'i fazla kilolu ve %6,1'i obez olduğunu düşünmektedir (Grafik 25). Düşük ve normal kilolu algılama erkeklerde fazla kilolu ve obez algılama kadınlarda daha fazladır.

**Grafik 25: Cinsiyete Göre Katılımcıların Vücut Ağırlığı Algıları**

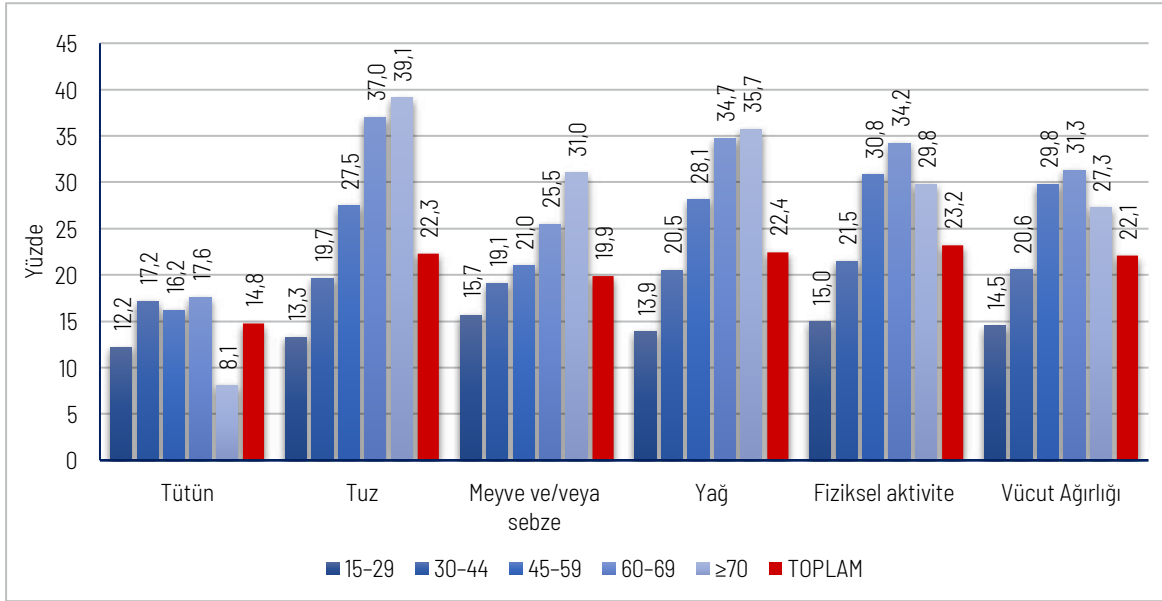


Ağırlık algısı yaş grupları arasında farklılık göstermektedir. Ağırlığını düşük ve normal olarak algılayanların sıklığı, "15-29" yaş grubunda sırasıyla %15,8 ve %60,5'den, "60-69" yaş grubunda %4,7' ve %41,4'e düşmektedir. Tersine kendi ağırlıklarını fazla kilolu olarak algılayanların sıklığı "15-29" yaş grubunda %21,0'dan, "45-59" yaş grubunda %42,9'a, kendi ağırlığını obez olarak algılayanların sıklığı, "15-29" yaş grubunda %2,3'den, "≥70" yaş grubunda %10,7'e yükselmektedir.

Grafik 26'da hekim ya da sağlık çalışanından yaşam tarzını değiştirmeye yönelik bir dizi tavsiye alan katılımcıların yüzdeleri gösterilmektedir. Araştırmada yer alanların;

- %14,8'ine tütün ürünü kullanmayı bırakma veya kullanmaya başlamama konusunda tavsiye verilmiştir (erkekler %18,6; kadınlar %11,1), tavsiye alma sıklığı "30-44" yaş grubunda %17,2'den, "≥70" yaş grubunda %8,1'e düşmektedir.
- %22,3'üne tuz alımının azaltılması konusunda tavsiye verilmiştir (erkekler %20,8; kadınlar %23,9), tavsiye alma sıklığı yaşla artmaktadır ve "15-29" yaş grubunda %13,3'ten, "≥70" yaş grubunda %39,1'e yükselmektedir.
- %19,9'una her gün en az beş porsiyon meyve ve/veya sebze yenmesi" konusunda tavsiye verilmiştir (erkekler %19,3; kadınlar %20,4), tavsiye alma sıklığı genel olarak yaşla birlikte artmaktadır ve "15-29" yaş grubunda %15,7' den, "≥70" yaş grubunda %31,0 seviyesine yükselmektedir
- %22,4'üne diyetle yağın azaltılması konusunda tavsiye verilmiştir (erkekler %19,6; kadınlar %25,2), tavsiye alma sıklığı yaşla artmaktadır ve "15-29" yaş grubunda %13,9'dan, "≥70" yaş grubunda %35,7'e yükselmektedir.
- %23,2'sine fiziksel aktiviteyi artırma konusunda tavsiye verilmiştir (erkekler %20,3; kadınlar %26,2), tavsiye alma sıklığı yaşla artmaktadır ve "15-29" yaş grubunda %15,0'dan, "60-69" yaş grubunda,%34,2'ye yükselmektedir.
- %22,1'ine sağlıklı vücut ağırlığını koruma veya kilo verme konusunda tavsiye verilmiştir (erkekler %18,9; kadınlar %25,4), tavsiye alma "15-29" yaş grubunda %14,5'den, "60-69" yaş grubunda %31,3'e yükselmektedir.

**Grafik 26: Yaş Grubuna Göre Son 12 Ay İçinde Bir Doktor ya da Sağlık Çalışanından Yaşam Tarzına Yönelik Tavsiye Alan Katılımcıların Yüzdeleri**



Son 12 ay içinde, sağlık çalışanları tarafından sağlıklı yaşam tarzı (sağlıklı beslenme, kilo verme, sigarayı bırakma yada fiziksel aktivite) ile ilgili bir ya da daha fazla konuda danışmanlık ya da eğitim alanlar çalışma grubunun %40,5'ini oluşturmaktadır; bu erkekler için %38,1 ve kadınlar için %42,9'dur. Tavsiye alma sıklığı "15-29" yaş grubunda %29,7'den, "60-69" yaş grubunda %55,3'e yükselmektedir.

### 4.15.1. Sonuçlar

Katılımcılara verilen yaşam tarzı önerileri ile ilgili sonuçlardan bazıları aşağıda sunulmuştur.

- Kendini normal olarak algılama erkeklerde, fazla kilolu algılama kadınlarda daha yüksektir.
- Bir doktor ya da sağlık çalışanı tarafından yaşam tarzı önerileri verilmesi;
  - yedi kişiden birinden daha azına "tütün ürünü kullanmayı bırakma veya başlamama",
  - dört kişiden birinden daha azına "diyetle tuzun azaltılması",
  - beş kişiden birinden daha azına "her gün beş veya daha fazla porsiyon meyve ve/veya sebze yenmesi"
  - dört kişiden birinden daha azına "diyetle yağın azaltılması",
  - dört kişiden yaklaşık birinden daha azına, "fiziksel aktiviteye başlama veya fiziksel olarak daha aktif olma",
  - dört kişiden yaklaşık birinden daha azına "sağlıklı vücut ağırlığını koruma veya kilo verme".
- Genel olarak erkeklere "tütün ürünü bırakma veya başlamama" ile ilgili daha fazla öneride bulunulurken, diyetle tuzun azaltılması, her gün en az beş porsiyon meyve ve/veya sebze yenmesi, diyetle yağın azaltılması, fiziksel aktiviteye başlama veya daha fazla fiziksel aktivite yapma ve ideal vücut ağırlığını koruma veya kilo verme ile ilgili kadınlara daha fazla tavsiye verilmektedir.
- Son 12 ay içinde, sağlık çalışanları tarafından sağlıklı yaşam hakkında bir ya da daha fazla konuda danışmanlık ya da eğitim alan katılımcılar çalışma grubunun beşte ikisini (%40,5) oluşturmaktadır (erkek % 38,1 ve kadın %42,9).

### 4.16. Seçilmiş BOH Risk Faktörlerinin Sağlığa Zararlarının Farkındalığı

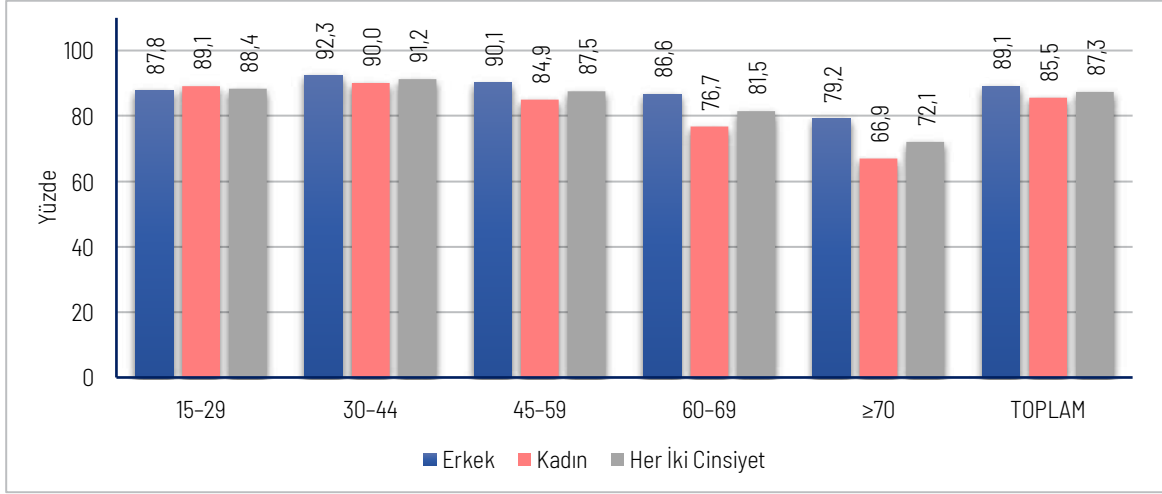
Tütün önlenabilir ölümlerin en önemli nedenlerinden biridir; Tütün kullanımı, her yıl erkeklerin %7'sinin ve kadınların %12'sinin ölümüne neden olmaktadır (24, 64). DSÖ, 2030 yılında 8 milyon insanın tütün kullanımından öleceğini tahmin etmektedir (24). Ek olarak, tütün kullanımı, KDH, kronik solunum yolu hastalığı, kanser ve diyabet dahil olmak üzere önemli bir morbidite nedenidir.

Fiziksel olarak aktif olmayanların, haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapanlara göre daha yüksek ölüm riskine sahiptir (19). Fiziksel aktivitenin vücut yağını azalttığı, KDVH ve metabolik hastalık riskini azalttığı, kemik sağlığını iyileştirdiği ve anksiyete ve depresyon belirtilerini azalttığı gösterilmiştir (19).

DSÖ, yetişkinlerin %23'ünün (> 18 yaş) ve adölesanların %81'inin (11-17 yaş) 2010 yılında fiziksel olarak yeterince aktif olmadıklarını bildirmiştir (11). Kadınlar genellikle erkeklerden daha az aktif ve yaşlılar gençlerden daha az aktiftir. Yetişkinler için ideal BKİ medyanı 21-23 kg/m<sup>2</sup> olarak kabul edilmiştir ve hedeflenen BKİ aralığı 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>'dir. Fazla kiloluluk (BKİ ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>) olarak tanımlanmakta iken obezite (BKİ ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>) olarak kabul edilmektedir. Her ikisi de bazı hastalıklar için riski arttırmaktadır (31). Beraber her yıl yaklaşık 3,4 milyon ölüm ve 93,6 milyon DALY'ye neden olmaktadır (18).

BOH risk faktörlerinin sağlığa zararlarının farkındalığı herhangi bir seçilmiş BOH risk faktörünün iki veya daha fazla olumsuz sağlık etkisini belirten katılımcıların yüzdesi ile değerlendirilmiştir: %87,3 (erkeklerde %89,1 ve kadınlarda %85,5) bunu yapmıştır. Sıklık "30-44" yaş grubunda %91,2'den "≥70" yaş grubunda %72,1'e düşmüştür. (Grafik 27)

**Grafik 27: Seçilmiş BOH Risk Faktörlerinden Herhangi Birinin İki ya da Daha Fazla Olumsuz Sağlık Etkisi Bildirebilen Katılımcıların Yüzdesi**



Katılımcılar, her bir risk faktörünün iki veya daha fazla olumsuz sağlık etkilerini değişen oranlarda belirtmişlerdir (Tablo 48):

- tütün içimi: %76,2 (erkekler için %77,0 ve kadınlar için %75,5), "30-44" yaş grubunda % 80,4'ten "≥ 70" yaş grubunda % 70,4'e düşmektedir;
- yüksek tuzlu diyet: %71,6 (erkekler için % 72,3 ve kadınlar için % 71,0), "45-59" yaş grubunda %76,7'den "≥ 70" yaş grubunda %56,8'e düşmektedir;
- meyve ve/veya sebzenin düşük tüketimi (erkekler için %32,8 ve kadınlar için %33,6), "30-44" yaş grubunda %35,2'den "≥ 70" yaş grubunda % 20,7'ye düşmektedir;
- fiziksel inaktivite: % 58,3 (erkekler için % 59,6 ve kadınlar için % 57,1);
- yüksek yağlı diyet: %64,3 (erkekler için %65,7 ve kadınlar için %62,8); "30-44" yaş grubunda %69,9'dan "≥ 70" yaş grubunda %45,0'a düşmektedir;
- alkol kullanımı: %74,2 (erkekler için %75,9 ve kadınlar için %72,5), "30-44" yaş grubunda %79,9'dan "≥ 70" yaş grubunda %54,1'e düşmektedir;
- madde bağımlılığı: %73,4 (erkekler için %75,5 ve kadınlar için %71,4), "30-44" yaş grubunda %79,3'ten "≥ 70" yaş grubunda %53,7'ye düşmektedir;

**Tablo 48: Yaş Grubuna Göre Seçilmiş BOH Risk Faktörleri İçin İki ya da Daha Fazla Olumsuz Sağlık Etkisi Bilen Erişkinlerin Yüzdesi**

Yaş Grubu (yıl)	Riskli Davranışlar (%)						
	Tütün içimi	Yüksek Tuzlu Diyet	Meyve ve/veya sebze	Fiziksel inaktivite	Yüksek Yağlı Diyet	Zararlı Alkol Kullanımı	Madde Bağımlılığı
15-29	76,1	68,8	34,0	57,2	62,2	73,7	74,2
30-44	80,4	75,9	35,2	63,5	69,9	79,9	79,3
45-59	77,7	76,7	34,7	60,1	67,5	76,6	74,2
60-69	70,8	66,8	30,0	55,5	59,6	67,0	64,6
≥70	61,2	56,8	20,7	39,8	45,0	54,1	53,7
TOPLAM	76,2	71,6	33,2	58,3	64,3	74,2	73,4

Farklı risk faktörlerinin iki veya daha fazla olumsuz sağlık etkilerini belirtme açısından cinsiyetler arasında farklılık saptanmamıştır.

#### 4.16.1. Sonuçlar

Çalışmada yer alanların çoğunluğu risk faktörlerinin iki veya daha fazla olumsuz sağlık etkisini belirtebilmektedir. Çalışma sonuçlarına göre Türkiye’de 15 yaş ve üstü;

- 10 kişiden yaklaşık 9’u, BOH risk faktörlerinden herhangi birini belirtebilmektedir,
- Bazı BOH risk faktörlerinin iki veya daha fazla olumsuz sağlık etkisini belirtebilenler;
- tütün içimi: dört kişiden üçü,
- yüksek tuzlu diyet: dört kişiden yaklaşık üçü,
- alkol kullanımı ve madde bağımlılığı: dört kişiden yaklaşık üçü,
- yüksek yağlı diyet: 10 kişiden 6’sından fazlası,
- fiziksel hareketsizlik: beş kişiden yaklaşık üçü,
- düşük meyve ve / veya sebze tüketimi: üç kişiden yaklaşık biri,

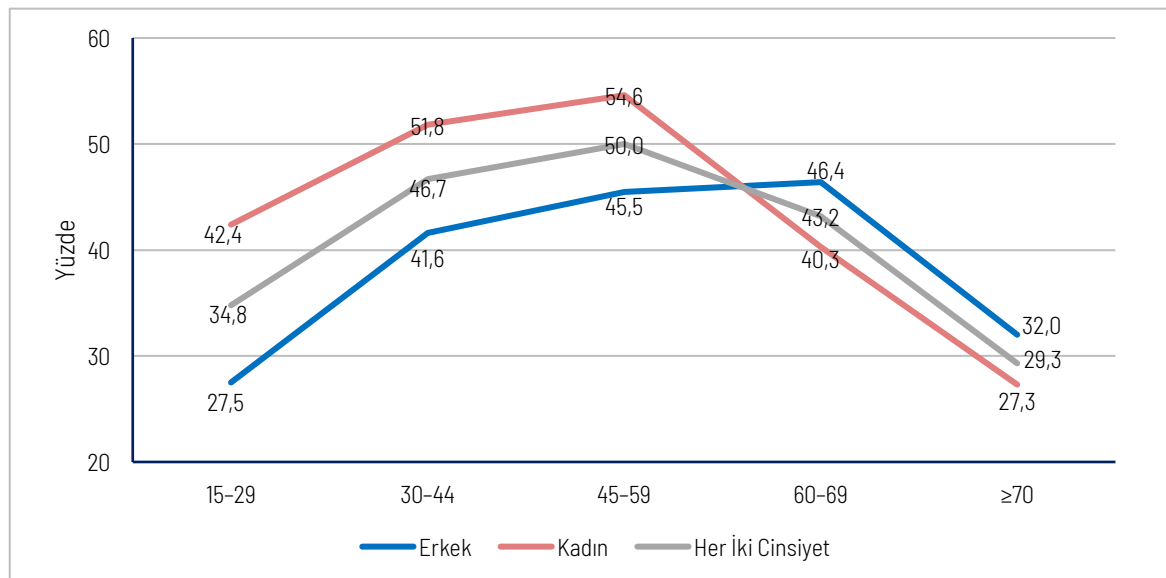
#### 4.17. Kanser Tarama Testleri

Meme kanseri sıklıkla kadınlarda görülse de, nadiren erkeklerde de görülmektedir (61). Bir kadın için yaşam boyu meme kanseri teşhisi konma riski yaklaşık 1/8’dir. Meme kanseri risk faktörleri arasında hormon tedavisi, kilo ve fiziksel hareketsizlik, etnik köken, genetik/aile öyküsü, gen mutasyonu ve ileri yaş bulunmaktadır. Kolorektal kanser, kanserin en yaygın üçüncü türüdür. Sindirim sisteminin distal kısmındaki bu kanser için risk faktörleri arasında yaşlanma, Afrika etnik kökeni, sağlıksız diyet, düşük egzersiz, diyabet ve ailede kolorektal kanser öyküsü bulunmaktadır (66). Serviks kanseri kadın üreme sisteminin bir kanseridir. Neredeyse tüm vakalar insan papilloma virüsü (HPV) genital enfeksiyona bağlıdır; HPV enfeksiyonu, sigara içimi, bağışıklık yetersizlikleri, yoksulluk, Pap testine erişim eksikliği ve aile öyküsü risk faktörleri arasındadır.

Katılımcılara kansere yönelik çeşitli tarama testlerinin varlığından haberdar olmaları sorulmuştur: %42,1 (erkekler için %37,8 ve kadınlar için %46,4) kanser taramasının aile sağlık merkezlerinde (ASM) ve Kanser Erken Tanı Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) ücretsiz olduğunu duymuştu.

Kanser taramalarının ASM ve KETEM’de olduğunu duyanlar “15-29” yaş grubunda %34,8’den “45-59” yaş grubunda %50,0’a yükseldikten sonra en yaşlı iki grupta düşmektedir (Grafik 28).

**Grafik 28: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre ASM ya da KETEM’lerde Ücretsiz Kanser Taraması Yapıldığını Duyan Katılımcıların Yüzdesi**





"50-70" yaş grubunda gaitada gizli kan testini hiç yaptırmayanlar grubun %74,5'dir ve bu erkeklerde %76,5, kadınlarda %72,4'dür.

"50-70" yaş grubunda son 10 yılda kolonoskopi yapılanlar grubun %12,1'dir ve bu erkeklerde %11,1, kadınlarda %13,2'dir.

Araştırma grubundaki "40-69" yaş kadınların %57,4'üne mamografi, "30-65" yaş kadınların %54,2'sine serviks kanseri taraması yapılmıştır.

#### 4.17.1. Sonuçlar

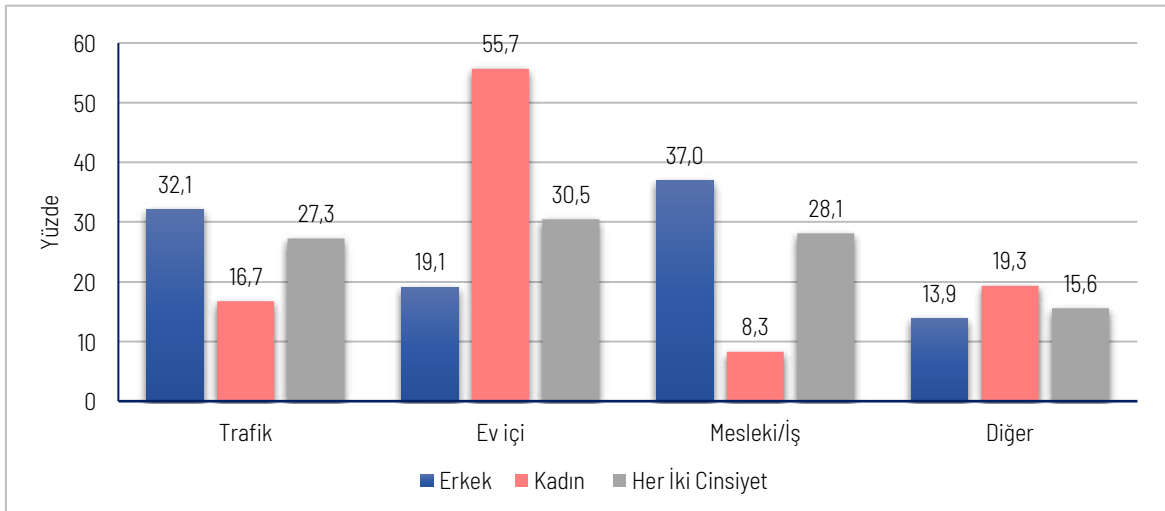
Katılımcıların kanser tarama testleri ile ilgili en önemli sonuçlarından bazıları aşağıda sunulmuştur.

- Çalışma grubundaki 5 kişiden 2'si kanser taramalarının ücretsiz olduğunu duymuştur. Erkeklerin farkındalığı (%37,8) kadınlarınkinden (%46,4) daha düşüktür.
- "50-70" yaş grubunda her 4 katılımcıdan 3'ü gaitada gizli kan testi yaptırmamıştır.
- Son on yılda, "50-70" yaş grubunda yaklaşık her 10 kişiden 1'ine kolonoskopi yapılmıştır
- "40-69" yaş grubundaki beş kadından ikisine hiç mamografi çekilmemiştir.
- "30-65" yaş grubundaki kadınların yaklaşık yarısına hiç serviks kanseri taraması yapılmamıştır.

#### 4.18. Kazalar ve Yaralanmalar

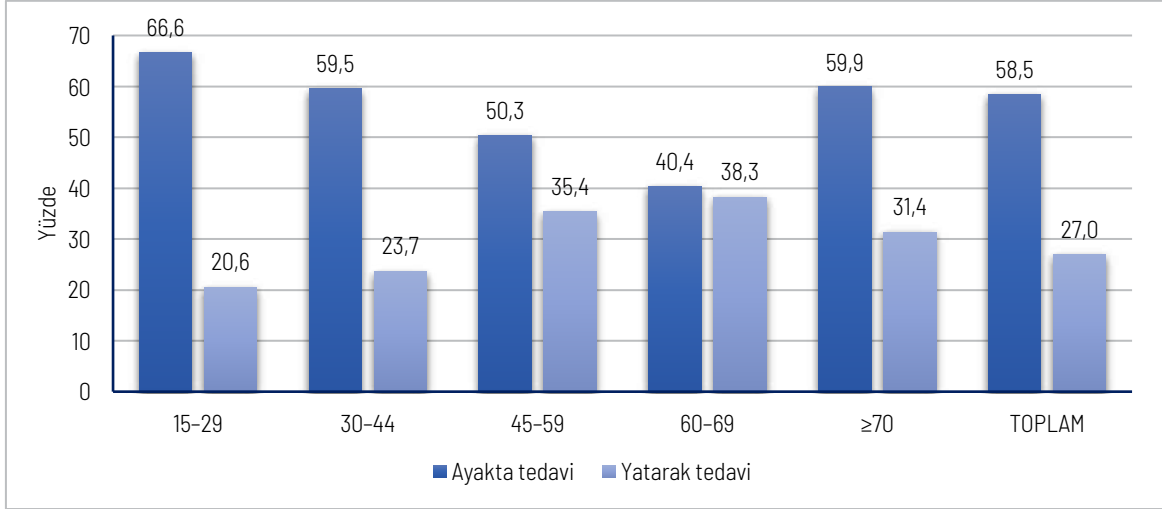
Türkiye'de ölümlerin %7'sine yaralanmaların neden olduğu tahmin edilmektedir (37). Çalışmaya katılanların %3,9'u (erkekler için %5,4 ve kadınlar için %2,4) son 12 ayda kaza sonucu yaralanmışlardır. Araştırma grubunda son 12 aydaki kazalarda en yüksek yaralanma sıklığı "15-29" yaş grubu erkeklerde (%7,5). Grafik 29 son 12 ayda kaza sonucu yaralanmaların önde gelen nedenlerini göstermektedir; trafik kazaları (yaralananların %27,3'ü), ev içi kazalar (yaralananların %30,5'i), meslek/iş kazaları (yaralananların %28,1'i) ve diğer kaza türleri (yaralananların %15,6'sı).

**Grafik 29: Cinsiyete Göre Son 12 Ay İçerisinde Katılımcıların Yaralanmalarına Neden Olan Kaza Türleri**



Son 12 ayda bir kaza sonucu yaralanan katılımcıların %58,5'i ayakta tedavi görmüştür; ayakta tedavi görme erkeklerde %53,9, kadınlarda ise %68,6'dır. Yatarak tedavi görme ise %27,0 iken, erkeklerde %31,5 ve kadınlarda %17,0'dir.

Son 12 ayda bir kaza sonucu yaralanma yaş grupları arasında farklılık göstermektedir. Ayaktan tedavi alanların payı "15-29" yaş grubunda %66,6'dan, "60-69" yaş grubunda %40,4'e düşmektedir. Yatarak tedavi görme "15-29" yaş grubunda %20,6'dan "60-69" yaş grubunda %38,3'e yükselmektedir (Grafik 30).

**Grafik 30: Yaş Grubuna Göre Son 12 Ayda Kaza Sonucu Yaralanan Ayaktan veya Yatarak Tedavi Alan Katılımcıların Yüzdesi**

#### 4.18.1. Sonuçlar

Katılımcıların son 12 aydaki kazalar ve yaralanmalar ile ilgili önemli sonuçlardan bazıları şunlardır:

- 15 yaş ve üzerindekiilerin %3,9'u bir kaza sonucu yaralanmıştır.
- Bu yaralanmalardan, trafik kazaları (%27,3), ev kazaları (%30,5), meslek kazası/iş kazaları (%28,1) ve diğer kaza türleri (%15,6) sorumludur.
- yaralanan 10 kişiden 8'den fazlası tıbbi bakım almışlardır.
- Yaralanmaların sıklığı ve nedenleri ile alınan tıbbi bakım türleri cinsiyetler arasında değişmektedir;
- trafik ve meslek kazaları nedeniyle erkekler daha fazla yaralanırken, ev kazaları ve diğer kazalar sonucu yaralanma kadınlarda daha fazladır;
- yaralanma sonucu erkekler daha çok yatarak tedavi, kadınlar daha çok ayakta tedavi olmuşlardır.

#### 4.19. Ayaktan ya da Yatarak Tedavi

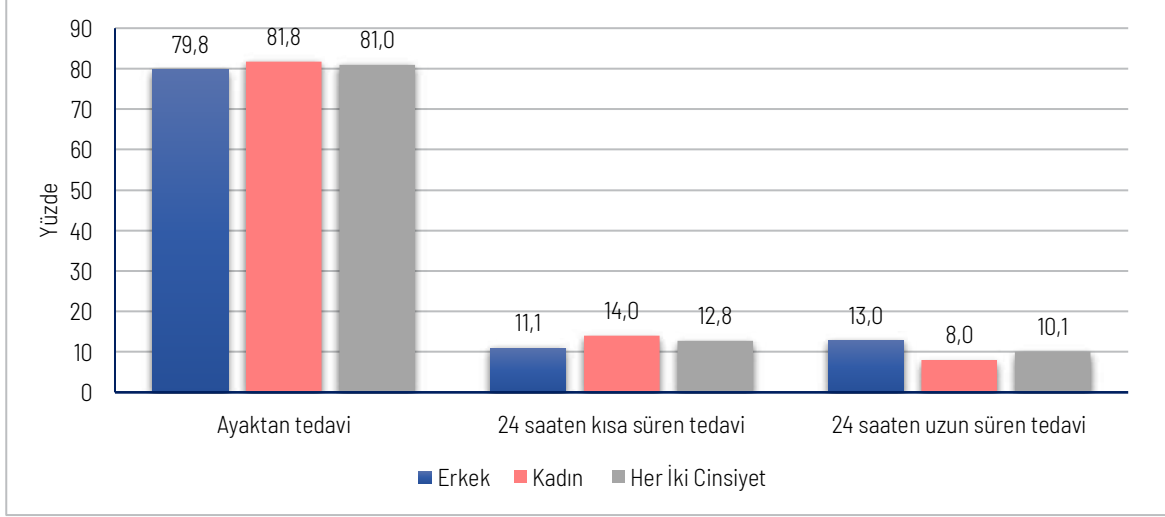
Son 12 ayda hipertansiyon, KDH, diyabet, kanser, KOAH veya astım tedavisi sebebiyle hastaneye başvuru %30,3'dür; erkekler için %28,8 ve kadınlar için %31,4. Bu oranlar "15-29" yaş grubunda %15,9'dan, "≥70" yaş grubunda %39,7'ye yükselmiştir (Tablo 49).

**Tablo 49: Cinsiyet ve Yaş Grubuna göre, son 12 ayda hipertansiyon, KDH, diyabet, kanser, kronik obstrüktif solunum yolu hastalığı veya astım için hastaneye başvurma sıklığı yüzdesi**

Yaş Grubu (yıl)	Hastane Başvuruları					
	Erkek		Kadın		Her iki Cinsiyet	
	%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA
15-29	12,6	2,6-22,7	18,5	8,3-28,8	15,9	8,3-23,4
30-44	18,1	9,5-26,8	22,9	16,8-28,9	20,8	15,7-25,8
45-59	28,5	22,1-34,9	32,3	25,5-39,0	30,6	25,8-35,5
60-69	39,1	31,9-46,2	39,5	32,4-46,6	39,3	34,2-44,4
≥70	42,0	32,7-51,3	38,2	31,5-45,0	39,7	34,1-45,3
TOPLAM	28,8	25,1-32,5	31,4	27,9-34,9	30,3	27,6-32,9

Son 12 ayda hipertansiyon, KDH, diyabet, kanser, KOAH veya astım tedavisi için hastaneye başvuranların %81'i ayakta tedavi (erkeklerde %79,8 ve kadınlarda %81,8), %12,8'i 24 saatten daha kısa süren tedavi (erkeklerde %11,1 ve kadınlarda %14,0) ve %10,1'i ise 24 saatten daha uzun süreli tedavi (erkeklerde %13,0 ve kadınlarda %8,0) almışlardır (Grafik 31).

**Grafik 31: Son 12 Ay İçinde Hipertansiyon, KDH, Diyabet, Kanser, Kronik Obstrüktif Solunum Yolu Hastalığı veya Astım Tedavisi İçin Hastaneye Başvuran Katılımcılarda Alınan Tedavinin Türü ve Süresi**



#### 4.19.1. Sonuçlar

Katılımcıların hastane tedavisindeki en önemli sonuçlarından bazıları aşağıda sunulmuştur.

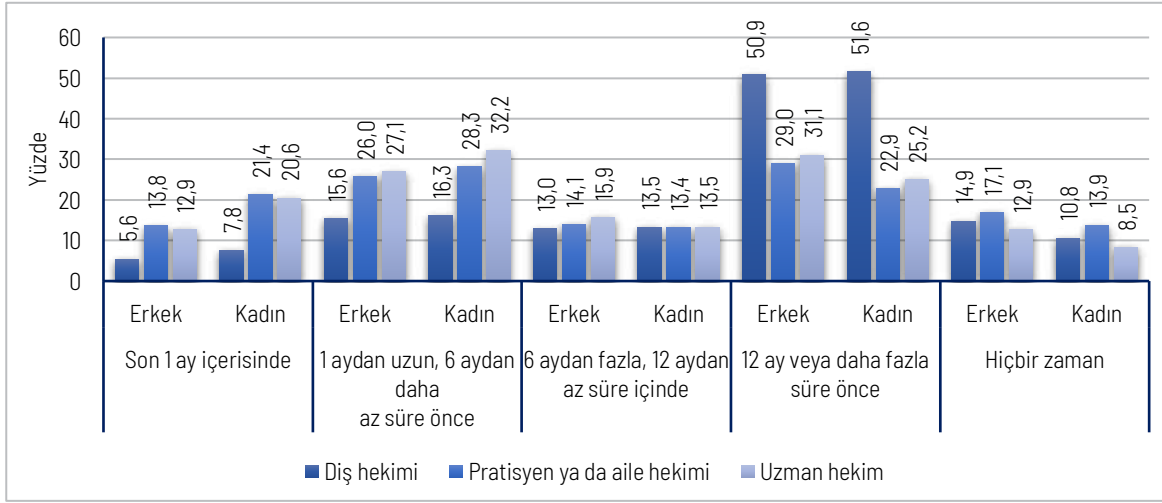
- Çalışma grubundaki her üç kişiden yaklaşık biri, son 12 ayda hipertansiyon, KDH, inme, diyabet, kanser, kronik obstrüktif solunum yolu hastalığı veya astım tedavisi nedeniyle hastaneye başvuru yapmıştır.
- Yukarıda sayılan nedenlerle hastaneye başvuran her 5 kişiden 4'den fazlası ayakta tedavi hizmeti almıştır.

#### 4.20. Ayaktan Tanı, Tedavi ve Evde Bakım

Araştırmacılar, çeşitli sağlık hizmetleri alan katılımcıların oranlarını belirlemiştir. Örneğin, katılımcıların %12,9'u dış hekime hiç başvurmamıştır fakat son bir ay içinde dış hekime başvuranlar grubun %6,7'sini oluşturmaktadır. Ek olarak genel pratisyen veya aile hekimine hiç başvurmayan katılımcıların %15,5'ini oluştururken çalışma grubunun %17,6'sı son bir ay içinde bir genel pratisyen veya aile hekimine başvurmuşlardır. Benzer olarak, çalışma grubunun %10,7'si uzman hekime hiç başvurmazken son bir ay içinde uzman hekime başvuranlar grubun %16,8'ini oluşturmaktadırlar.

Cinsiyete göre sağlık personeline başvuru yapan katılımcıların yüzdesi Grafik 32'de verilmiştir.

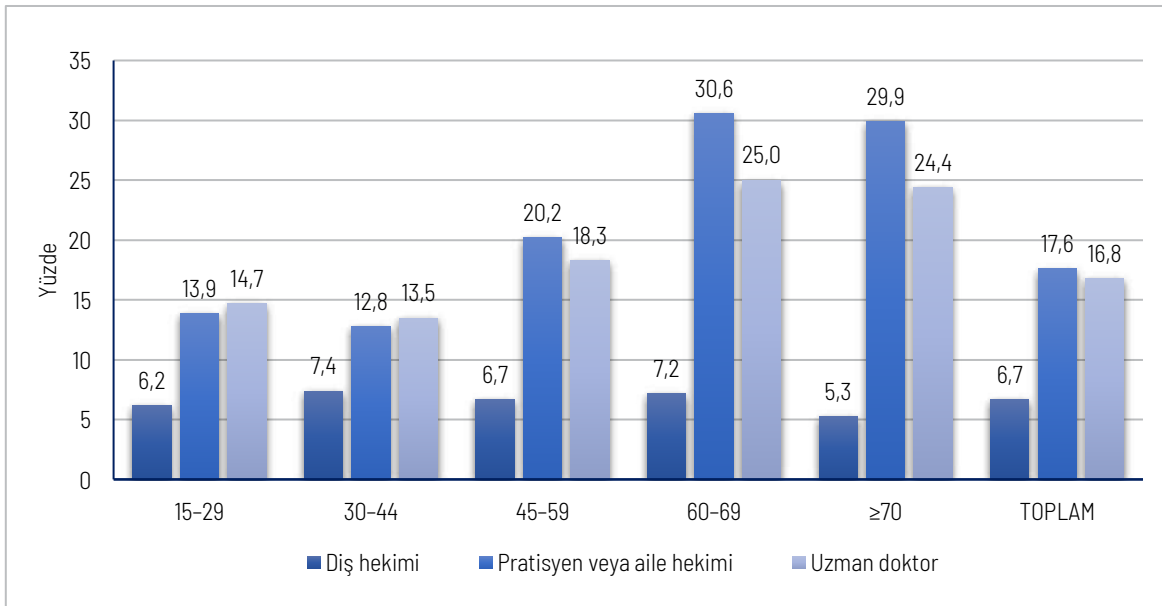
Grafik 32: Cinsiyete Göre Sağlık Personeline Başvuran Katılımcıların Yüzdesi



Sağlık hizmeti sunucularına başvuru yaş grupları arasında farklılık göstermektedir. "15-29" yaş grubundakilerin %17,9'u diş hekimine hiç başvurmamıştır fakat diğer yaş gruplarında bu sıklık yaklaşık on kişiden biridir. "15-29" yaş grubundaki katılımcıların %16,3'ü genel pratisyen veya aile hekimine ve %13,9'u uzman hekime hiç başvurmamıştır. Genel pratisyen-aile hekimine, veya uzman hekime başvurmama yaşla birlikte azalmakta ve "≥70" yaş grubunda sırasıyla %13,4 ve %6,9'ya düşmektedir.

Sağlık profesyonellerine başvuru yaşla birlikte artmaktadır. "15-29" yaş grubundakilerin %6,2'si son bir ay içinde bir diş hekimine başvurmuştur. Bu yaş grubundakilerin %13,9'u genel pratisyen veya aile hekimine ve %14,7'si uzman hekime son bir ay içinde başvurmuştur. Son bir ay içinde "60-69" yaş grubundakilerin %7,2'si diş hekimine, %30,6'sı genel pratisyen veya aile hekimine ve %25,0'ı uzman hekime başvurmuştur (Grafik 34).

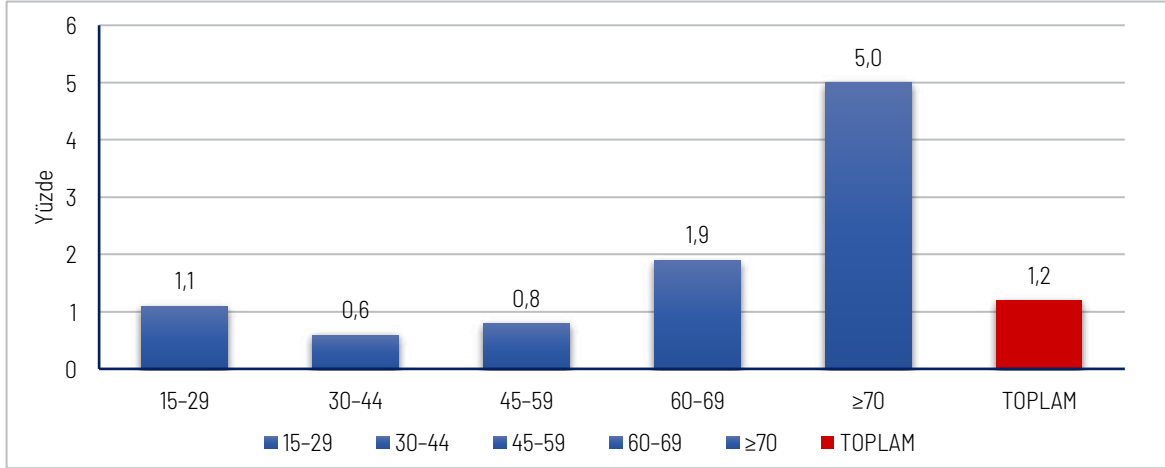
Grafik 33: Yaş Grubuna Göre Son Bir Ayda Bir Sağlık Personeline Başvuran Katılımcıların Yüzdesi



Son 4 hafta içinde bir genel pratisyen-aile hekimine başvuranların ortalama ziyaret sayıları 1,2'dir ve erkeklerde 1,3 kez ve kadınlarda 1,2 kez. Benzer şekilde son 4 haftada uzman hekime başvuranların ortalama ziyaret sayıları 1,4'tür ve erkekler ile kadınlarda yakındır.

Ayrıca, katılımcıların %1,2'si son 12 ayda içinde evde tıbbi bakım hizmeti almışlardır (erkekler için %1,1 ve kadınlar için %1,3). Bu oran yaşla birlikte artmaktadır: "30-44" yaş grubunda %0,6'dan "≥70" yaş grubunda %5,0'a yükselmektedir. (Grafik 34)

**Grafik 34: Son 12 Ay İçinde Evde Sağlık Bakımı Alan Katılımcıların Yüzdesi**



#### 4.20.1. Sonuçlar

Katılımcıların bakım kullanımı ile ilgili önemli sonuçlardan bazıları aşağıda sunulmuştur.

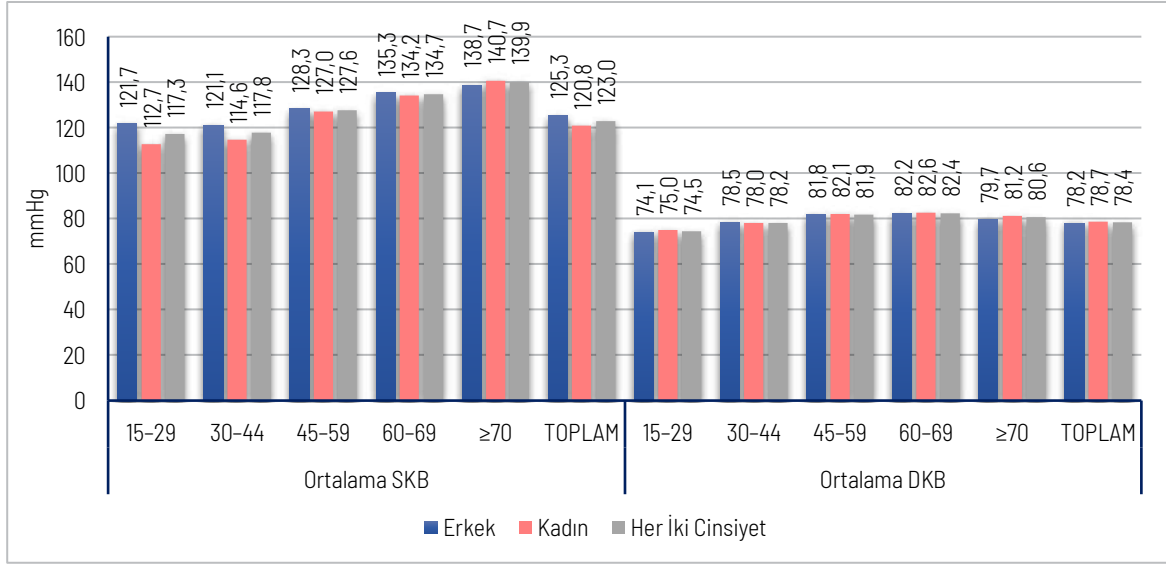
- Çalışma grubunda yaklaşık sekiz kişiden birisi hiç dış hekime başvurmamıştır, bununla beraber yarıdan fazlası son 12 ayda muayene olmuşlardır.
- Grubun %16'sı hiç genel pratisyen veya aile hekimine başvurmamıştır, bununla beraber yaklaşık %45'i son 6 ayda muayene olmuşlardır.
- Son dört haftada genel pratisyen veya aile hekimine başvuranların, ortalama ziyaret sayısı 1,2 uzman hekime başvuranların 1,4'dür.
- Grubptaki her 10 kişinin birinden fazlası hiç uzman hekime başvurmamıştır.
- Son 12 ay içinde evde tıbbi bakım hizmeti alanlar çalışma grubunun yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır.

#### 4.21. Fiziksel Ölçümler

BOH için risk faktörü olan tansiyon yüksekliği, kan basıncı ölçümleri ile değerlendirilmiştir. Çalışma popülasyonunun (halen kan basıncı yüksekliği için ilaç kullananlar da dahil) ortalama SKB 123,0 mmHg olarak bulunmuştur; erkekler için 125,3 mmHg ve kadınlar için 120,8 mmHg. SKB, "15-29" yaş grubunda 117,3 mmHg'dan "≥70" yaş grubunda 139,9 mmHg'ya yükselerek yaşla birlikte artmaktadır. (Grafik 35)

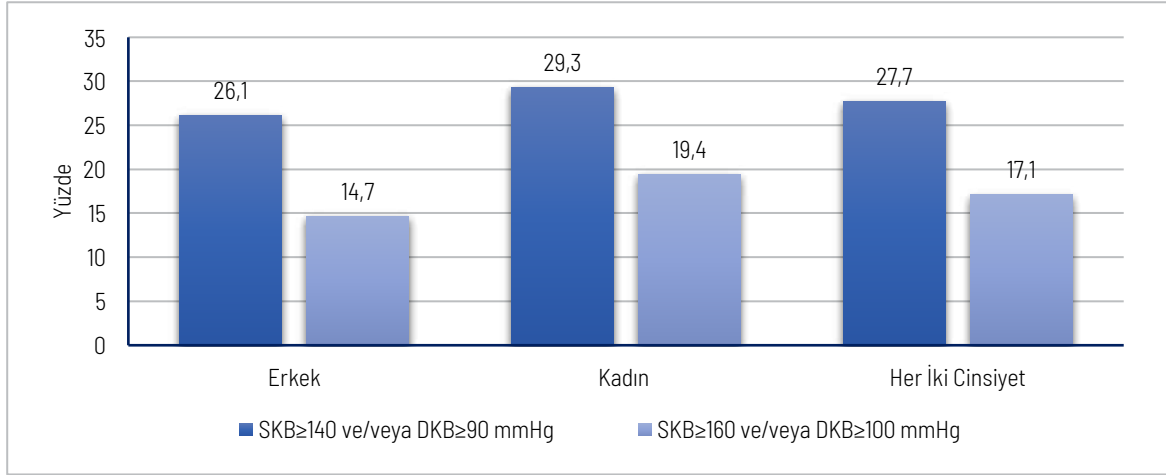
Çalışma popülasyonunun (kan basıncı yüksekliği için ilaç kullananlar da dahil) ortalama DKB 78,4 mmHg olarak bulunmuştur; erkekler için 78,2 mmHg ve kadınlar için 78,7 mmHg. DKB'de yaş ile birlikte artmaktadır: "15-29" yaş grubunda 74,5 mmHg'dan, "60-69" yaş grubunda 82,4 mmHg'ya artmaktadır (Grafik 35).

**Grafik 35: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcıların Ortalama SKB ve DKB Değerleri (mmHg)**



Grafik 36'da kan basıncı yüksek olarak saptananlar ya da kan basıncı yüksekliği sebebiyle ilaç kullananlar iki farklı biçimde sunulmuştur. Nüfusun %27,7'sinin SKB  $\geq 140$  mmHg ve/veya DKB  $\geq 90$  mmHg'dir. Nüfusun %17,1'ini ise SKB  $\geq 160$  mmHg ve/veya DKB  $\geq 100$  mmHg olanlar oluşturmaktadır. (Grafik 36)

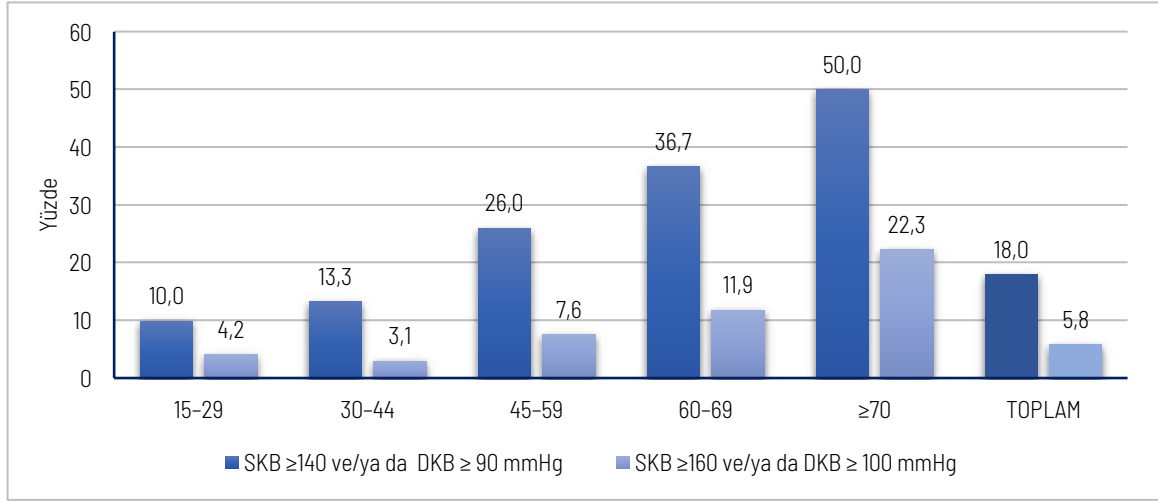
**Grafik 36: Cinsiyete Göre Kan Basıncı Yüksekliği Saptanan veya Kan Basıncı Yüksekliği Sebebiyle İlaç Kullanan Katılımcıların Yüzdesi**



Kan basıncı yüksekliği sebebiyle ilaç kullananlar ile kan basıncı yüksek olarak saptananlar yaşla birlikte artmaktadır; SKB  $\geq 140$  mmHg ve/veya DKB  $\geq 90$  mmHg olanlar "15-29" yaş grubunda %11,2'den "≥70" yaş grubunda %73,0'a ve SKB  $\geq 160$  mmHg ve/veya DKB  $\geq 100$  mmHg olanlar "15-29" yaş grubunda %5,5'den, "≥70" yaş grubunda %58,0'a yükselmektedir.

Kan basıncı yüksekliği için ilaç kullananlar dışarıda bırakıldığında katılımcıların %18,0'ının SKB  $\geq 140$  mmHg ve/veya DKB  $\geq 90$  mmHg'dir; erkekler için %18,6 ve kadınlar için %17,3. Bu durum yaşla birlikte artmaktadır, "15-29" yaş grubunda %10,0'dan, "≥70" yaş grubunda %50,0'a yükselmiştir. Benzer şekilde SKB  $\geq 160$  mmHg ve/veya DKB  $\geq 100$  mmHg olanlar katılımcıların %5,8'ini oluşturmaktadır; erkekler için %6,0 ve kadınlar için %5,7. Bu oran "15-29" yaş grubunda %4,2'den "≥70" yaş grubunda %22,3'e yükselmektedir (Grafik 37).

**Grafik 37: Kan Basıncı Yüksekliği Sebebiyle İlaç Kullananlar Hariç Yaş Grubuna Göre Kan Basıncı Yüksekliği Saptanan Katılımcıların Yüzdesi**



Kan basıncı yüksek olanların (SKB ≥ 140 ve/veya DKB ≥ 90 mmHg) içinde tedavi almayanlar %57,1'dir (erkeklerde %64,7 ve kadınlarda %50,5).

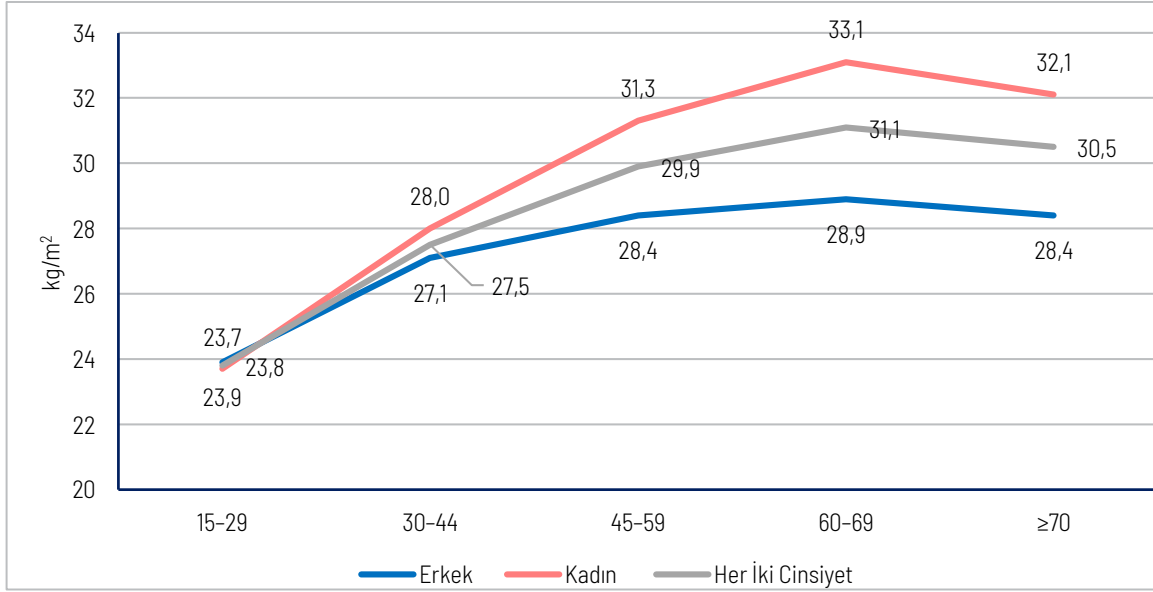
**Tablo 50: Toplumda Kan Basıncı Kontrol Altındaki Tüm Hipertansif Kişilerin Yüzdesi**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her İki Cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	55	6,9	(0,5-14,3)	60	8,5	(1,4-15,7)	115	7,6	(1,3-13,9)
30-44	100	7,2	(0,5-13,8)	181	23,0	(14,3-31,7)	281	15,2	(9,4-21,0)
45-59	230	20,0	(13,6-26,4)	412	32,4	(24,1-40,8)	642	26,7	(21,1-32,2)
60-69	201	26,5	(19,8-33,1)	293	35,4	(28,5-42,2)	494	31,4	(26,6-36,3)
≥ 70	185	31,0	(22,5-35,2)	336	29,3	(23,1-35,5)	521	30,0	(24,8-35,1)
<b>TOPLAM</b>	<b>771</b>	<b>18,5</b>	<b>(15,2-21,7)</b>	<b>1282</b>	<b>28,4</b>	<b>(24,5-32,3)</b>	<b>2053</b>	<b>23,8</b>	<b>(21,0-26,5)</b>

Toplumda hipertansiyon kontrolünü göstermek için kan basıncı kontrol altında olan tüm hipertansif kişilerin oranı hesaplanmıştır. Toplumda yüksek tansiyonu olanların %23,8'inin kan basıncı kontrol altındadır; erkekler için %18,5 ve kadınlar için %28,4 (Tablo 50).

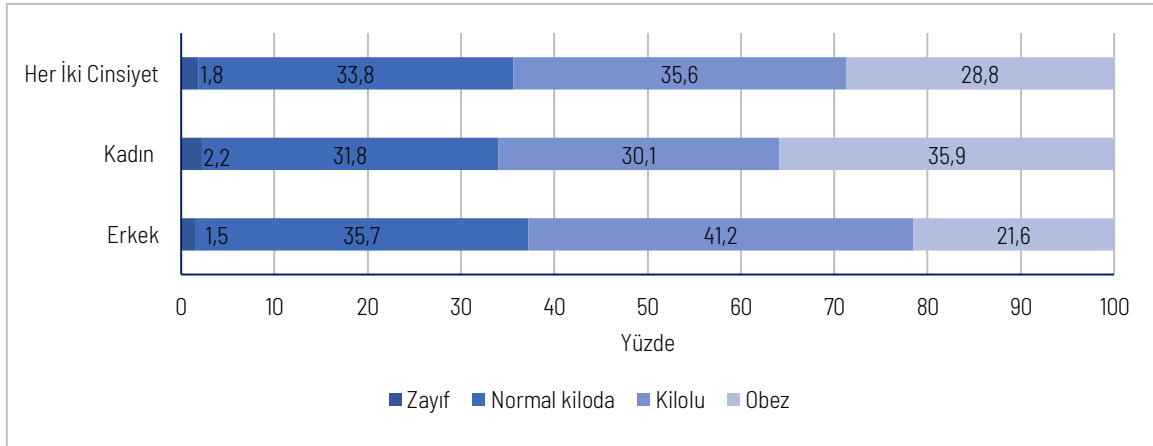
Yaş ve cinsiyete göre fazla kilolu ve obez prevalansını tahmin etmede, çalışma grubunda (gebe kadınlar hariç) BKİ ve ortalama BKO hesaplanması amacıyla boy, ağırlık ve bel ve kalça çevresi gibi antropometrik ölçümler yapılmıştır. Araştırma grubunda, erkeklerin ortalama boy uzunluğu 171,4 cm, ortalama ağırlığı 78,0 kg ve kadınların ortalama boy uzunluğu 157,7 cm, ortalama ağırlığı 70,1 kg olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların ortalama BKİ, 27,4 kg/m<sup>2</sup> olarak hesaplanmıştır; erkekler için 26,6 kg/m<sup>2</sup> ve kadınlar için 28,3 kg/m<sup>2</sup>. BKİ değerleri "15-29" yaş grubunda 23,8 kg/m<sup>2</sup>'den, "60-69" yaş grubunda 31,1 kg/m<sup>2</sup>'ye yükselmiştir (Grafik 38).

Grafik 38: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcıların Ortalama BKİ



Tüm katılımcıların %1,8'i düşük kilolu (BKİ <18,5 kg/m<sup>2</sup>), %33,8'i normal kilolu (BKİ 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>), %35,6'sı fazla kilolu (BKİ 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup>) ve %28,8'i obezdir (BKİ ≥ 30,0 kg/m<sup>2</sup>) (Grafik 39). Erkeklerde en büyük grubu fazla kilolular oluştururken, kadınlarda en büyük grup obezlerdir.

Grafik 39: Cinsiyete Göre BKİ Sınıflaması Dağılımı



Erkeklerin ortalama bel çevresi (91,3 cm), kadınlarınkinden (87,9 cm), kadınların ortalama kalça çevresi (102,5 cm) ise erkeklerinkinden (98,7 cm) daha büyüktür. Bel ve kalça çevreleri ile hesaplanan BKO erkeklerde (0,93), kadınlardan (0,86) büyüktür. Tüm katılımcılar için BKO, hamile kadınlar hariç, bel ve kalça çevresi ölçümleri kullanılarak hesaplanmış ve erkeklerin (0,93) kadınlardan daha yüksek bir BKO'ya sahip olduğunu görmüştür (0,86).

#### 4.21.1. Sonuçlar

Araştırmada yer alan katılımcıların fiziksel ölçümler ile ilgili önemli sonuçlardan bazıları aşağıda sunulmuştur.

- Ortalama sistolik kan basıncı 123,0 mmHg ve diyastolik kan basıncı 78,4 mmHg'dir.
- Erkeklerin %26,1'inde ve kadınların %29,3'ünde kan basıncını yüksektir veya halihazırda kan basıncı artışı için ilaç kullanılmaktadır ve kan basıncı yüksekliği sıklığı yaşla birlikte artmaktadır.

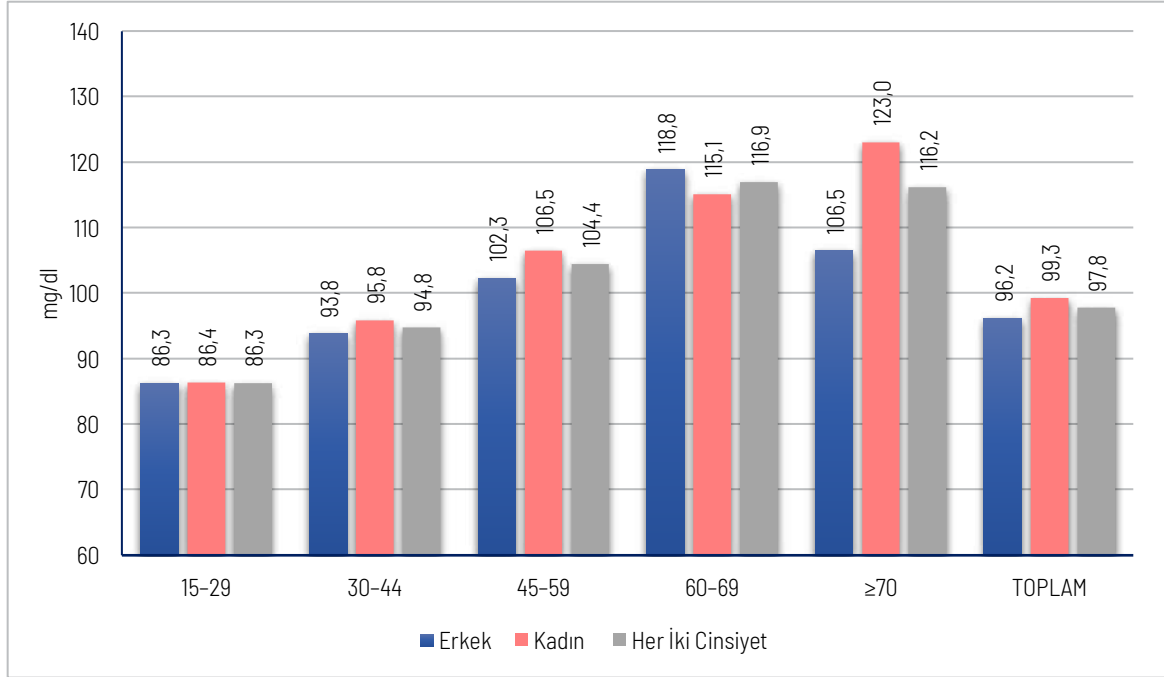


- Kan basıncı yüksek olanların (SKB  $\geq$  140 ve/veya DKB  $\geq$  90 mmHg) içinde tedavi almayanlar %57,1'dir (erkeklerde %64,7 ve kadınlarda %50,5).
- Toplumda yüksek tansiyonu olanların %23,8'inin kan basıncı kontrol altındadır (erkekler için %18,5 ve kadınlar için %28,4).
- Araştırmada yer alan erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ortalamaları daha fazladır; buna karşın, kadınların BKİ ortalamaları erkeklerden daha yüksektir.
- Ortalama BKİ, 27,4 kg/m<sup>2</sup> olarak hesaplanmıştır (erkeklerde 26,6 kg/m<sup>2</sup> ve kadınlarda 28,3 kg/m<sup>2</sup>)
- Çalışma grubunda %64,4'ü fazla kilolu (BKİ  $\geq$ 25,0 kg/m<sup>2</sup>) ve %28,8'inin obezdir (BKİ  $\geq$  30,0 kg/m<sup>2</sup>). Bu değerler erkekler için sırasıyla %62,8 ve %21,6; kadınlarda %66,0 ve %35,9'dur.
- Erkeklerin ortalama bel çevresi (91,3 cm), kadınlarınkinden (87,9 cm) kadınların ortalama kalça çevresi (102,5 cm) erkeklerinkinden (98,7 cm) daha fazladır.

## 4.22. Biyokimyasal Ölçümler

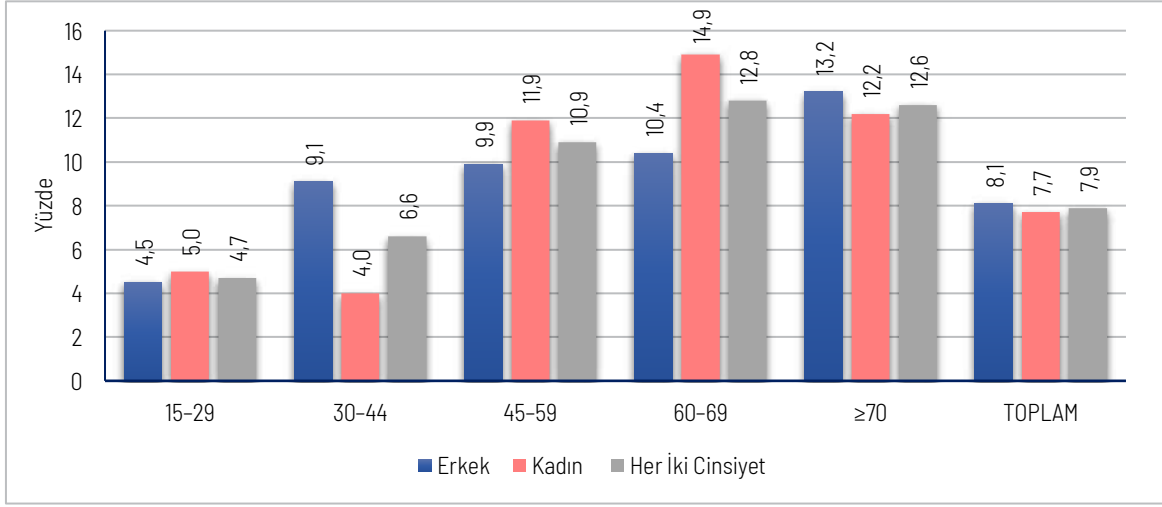
BOH için bir risk faktörü olan diyabet, açlık kan şekeri ve HbA1C ölçümleri ile değerlendirilmiştir. Grafik 40, araştırma grubunda diyabet için ilaç kullananlar dâhil ortalama açlık kan şekeri 97,8 mg/dl olduğunu göstermektedir (aç olmayan katılımcılar dahil edilmemiştir). Her iki cinsiyet için ortalama açlık kan şekeri "15-29" yaş grubunda 86,3 mg/dl'den "≥70" yaş grubunda 116,2 mg/dl'ye yükselmesi genelde yaşla birlikte arttığını vurgulamaktadır.

**Grafik 40: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Ortalama Açlık Kan Şekeri Değeri**



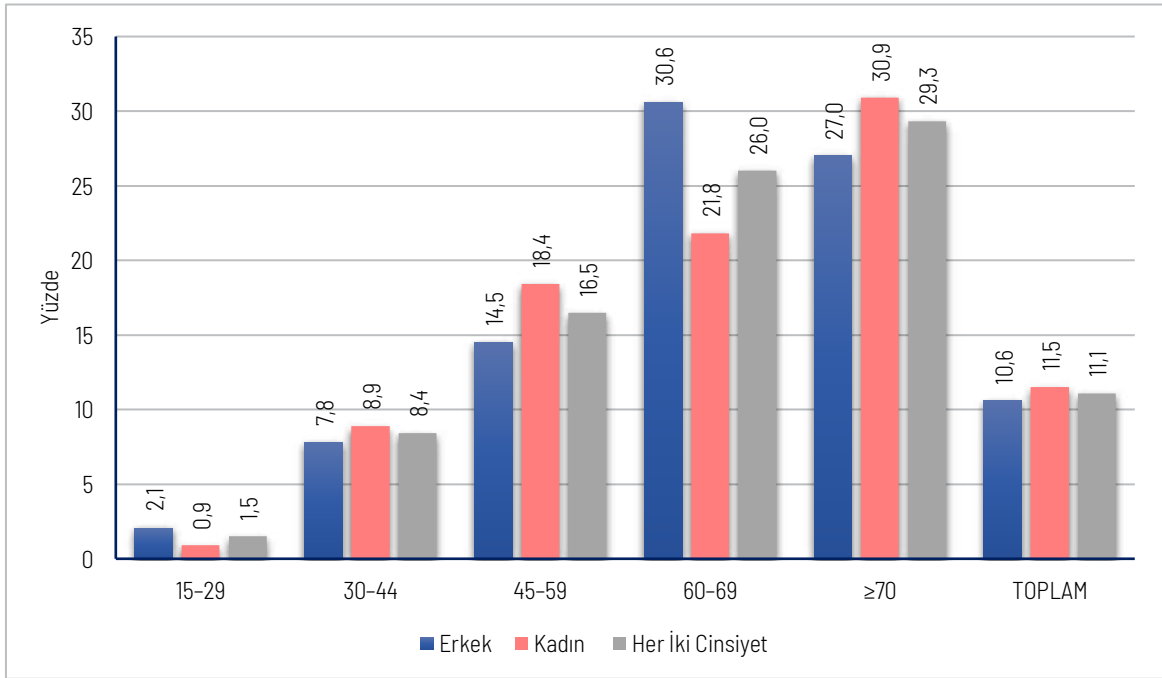
Çalışma grubunun %7,9'unda bozulmuş açlık kan şekeri (venöz plazma değerinin 110 -126 mg/dl arasında olması) saptanmıştır (erkeklerde %8,1, kadınlar %7,7). Bozulmuş açlık kan şekeri sıklığı "15-29" yaş grubunda %4,7'dir ve genelde yaşla birlikte artarak "≥70" yaş grubunda %12,6'ya yükselmektedir. (Grafik 41)

Grafik 41: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Bozulmuş Açlık Kan Şekeri Prevalansı



Öte yandan, araştırma grubunun %11,1'i, yüksek açlık kan şekeri (venöz plazma değeri  $\geq 126$  mg/dl olması) saptananlar ile diyabet için ilaç kullananlardan oluşmaktadır; erkeklerde %10,6, kadınlarda %11,5. Açlık kan şekeri yüksekliği "15-29" yaş grubunda %1,5'tir ve genelde yaşla birlikte artarak "≥70" yaş grubunda %29,3'e yükselmektedir. (Grafik 42)

Grafik 42: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Yüksek Açlık Kan Şekeri Olan (veya yüksek kan şekeri için halen ilaç kullanan) Katılımcıların Oranları

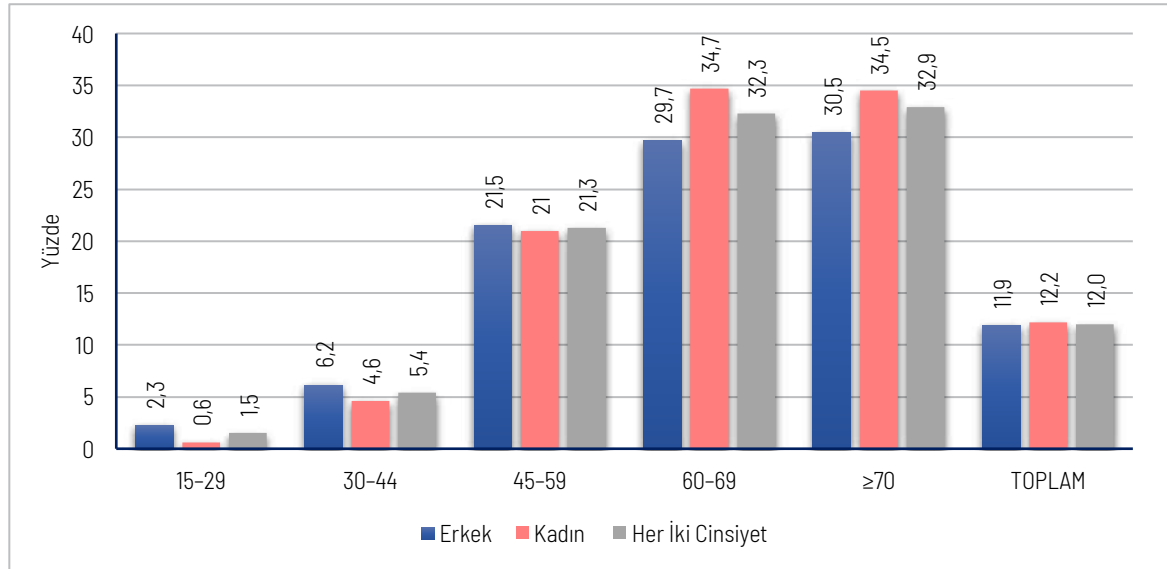


Çalışma grubunda ortalama HbA1c seviyesi %5,9 olarak hesaplanmıştır ve hem erkekler hem de kadınlarda %5,9'dur. Ortalama HbA1c seviyesi "15-29" yaş grubunda %5,5'dir ve genelde yaşla birlikte artarak "≥70" yaş grubunda %6,5'e ulaşmaktadır. (Tablo 51)

**Tablo 51: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Ortalama HbA1c (%) Değerleri**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama (%)	% 95 GA	N	Ortalama (%)	% 95 GA	N	Ortalama (%)	%95 GA
15-29	251	5,5	5,4-5,6	319	5,4	5,4-5,5	570	5,5	5,4-5,5
30-44	332	5,7	5,6-5,9	524	5,7	5,6-5,8	856	5,7	5,6-5,8
45-59	348	6,3	6,0-6,4	557	6,3	6,1-6,5	905	6,3	6,1-6,4
60-69	226	6,8	6,4-7,2	283	6,5	6,3-6,8	509	6,7	6,4-6,9
≥ 70	183	6,4	6,1-6,6	316	6,6	6,3-6,9	499	6,5	6,3-6,7
<b>TOPLAM</b>	<b>1340</b>	<b>5,9</b>	<b>5,8-6,0</b>	<b>1999</b>	<b>5,9</b>	<b>5,8-6,0</b>	<b>3339</b>	<b>5,9</b>	<b>5,8-6,0</b>

Bütün katılımcıların %12,0'ında HbA1c yüksekliği ( $\geq 6,5$ ) olduğunu göstermektedir ve HbA1c yüksekliği erkekler (%11,9) ve kadınlarda (%12,2) benzerdir. HbA1c yüksekliği, "15-29" yaş grubunda %1,5'dir ve genelde yaşla birlikte artarak, "≥70" yaş grubunda %32,9'a yükselmektedir. (Grafik 43)

**Grafik 43: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre HbA1c Değeri Yüksek ( $\geq 6,5$ ) Katılımcıların Yüzdesi**

Çalışma grubunun %13,3'ünün HbA1C değeri yüksek ( $\geq 6,5$ ) veya halen diyabet için tedavi almaktadırlar (erkekler için %12,7 ve kadınlar için %13,8)(Tablo 52).

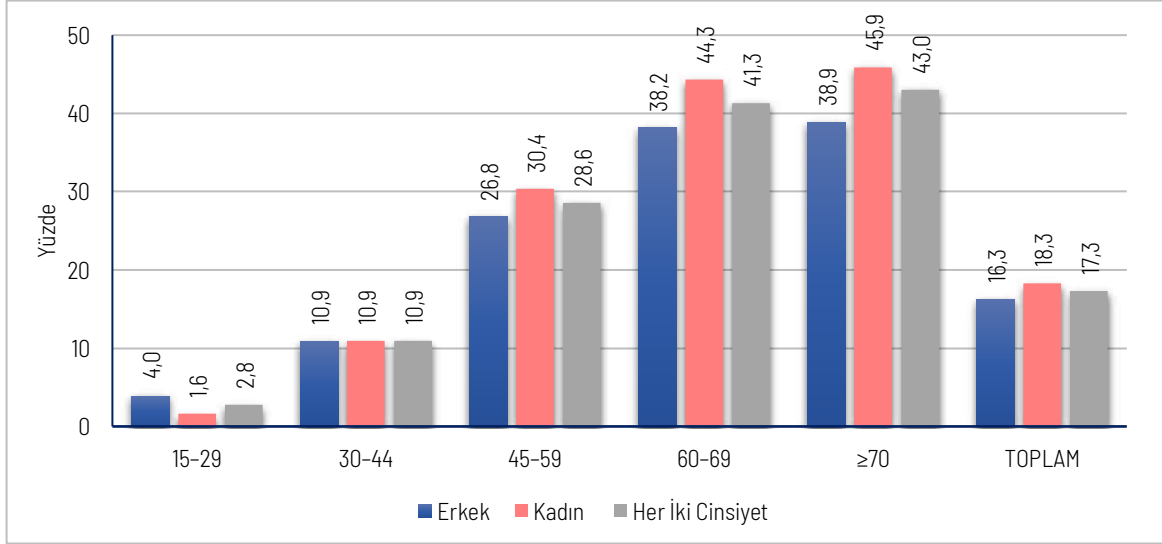
**Tablo 52: HbA1c Değeri Yüksek Olanlar ve Halen HbA1c için Tedavi Altında Olan Katılımcıların Yüzdesi**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her İki Cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	240	2,3	0,2-4,5	310	1,4	0,0-2,9	550	1,9	0,6-3,2
30-44	324	7,0	3,8-10,2	511	6,1	2,9-9,4	835	6,6	4,3-8,9
45-59	336	22,4	15,9-28,9	546	22,2	16,0-28,3	882	22,3	17,8-26,8
60-69	224	32,5	23,3-41,8	283	39,0	30,5-47,5	507	35,9	29,6-42,1
≥ 70	179	32,7	21,1-44,4	304	36,2	27,0-45,4	483	34,8	27,6-42,0
<b>TOPLAM</b>	<b>1303</b>	<b>12,7</b>	<b>10,4-15,1</b>	<b>1954</b>	<b>13,8</b>	<b>11,5-16,1</b>	<b>3257</b>	<b>13,3</b>	<b>11,6-14,9</b>

## 4. ARAŞTIRMA BULGULARI

Ölçümlerde HbA1c veya açlık kan şekeri yüksekliği saptananlar veya diyabet için halen ilaç kullananlar çalışma grubunun %17,3'ünü oluşturmaktadır; kadınlar için %18,3 erkekler için %16,3. Bu durum "15-29" yaş grubunda %2,8'dür ve yaşla birlikte genel olarak artarak, "≥70" yaş grubunda %43,0'a yükselmektedir. (Grafik 44)

**Grafik 44: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre HbA1c Değeri Yüksek (≥%6,5) veya Açlık Venöz Plazma Şekeri Yüksek (≥126mg/dl) Olan veya diyabet için halen ilaç kullananların oranı**



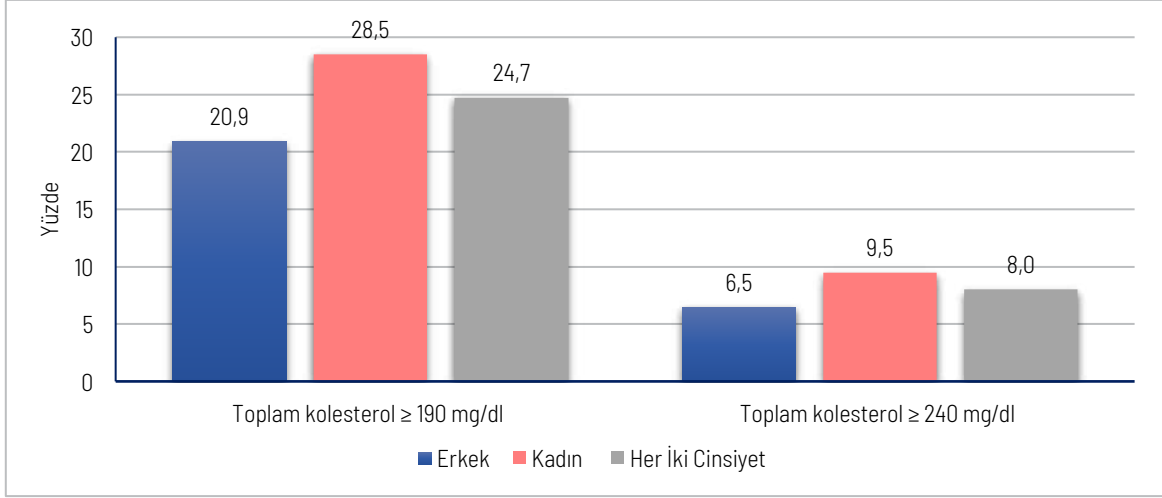
Araştırma grubunun, kolesterol yüksekliği için ilaç kullananlar da dâhil ortalama total kolesterolü 161,2 mg/dl bulunmuştur ve total kolesterol kadınlarda (167,3 mg/dl) erkeklerden (154,9 mg/dl) yüksektir. Total kolesterol ortalaması "15-29" yaş grubunda 139,7 mg/dl'dir ve genelde yaşla birlikte artarak, "45-59" yaş grubunda 178,6 mg/dl'ye yükselmektedir (Tablo 53).

**Tablo 53: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Total Kolesterol Ortalaması**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama (mg/dl)	%95 GA (mg/dl)	N	Ortalama (mg/dl)	%95 GA (mg/dl)	N	Ortalama (mg/dl)	%95 GA (mg/dl)
15-29	246	137,8	132,4-143,2	311	141,8	136,6-147,0	557	139,7	135,9-143,6
30-44	326	160,4	153,6-167,2	520	163,4	158,3-168,5	846	161,9	157,7-166,1
45-59	342	168,1	161,1-175,2	551	189,5	180,9-198,2	893	178,6	173,0-184,2
60-69	226	164,4	156,4-172,4	287	191,2	184,9-197,5	513	178,4	172,9-183,8
≥ 70	180	156,9	148,9-165,0	314	192,0	177,8-206,2	494	177,5	167,7-187,4
<b>Toplam</b>	<b>1320</b>	<b>154,9</b>	<b>151,4-158,5</b>	<b>1983</b>	<b>167,3</b>	<b>163,7-171,0</b>	<b>3303</b>	<b>161,2</b>	<b>158,5-163,8</b>

Total kolesterol düzeyi ≥ 190 mg/dl'nin üzerinde olanlar ile yüksek kolesterol için ilaç kullananlar, beraber araştırma grubunun %24,7'sini oluşturmaktadırlar (erkekler için %20,9 ve kadınlar için %28,5). Diğer taraftan, total kolesterol düzeyi yüksek (≥ 240 mg/dl) olanlar ile yüksek kolesterol için ilaç kullananlar beraber araştırma grubunun %8,0'ini oluşturmaktadırlar ve benzer şekilde kadınlarda (%9,5), erkeklerden (%6,5) yüksektir. (Grafik 45)

**Grafik 45: Cinsiyete Göre Total Kolesterol Düzeyleri  $\geq 190$  Mg/dl Olanlar veya  $\geq 240$  Mg/dl Olanların Yüzdesi (total kolesterol yüksekliği için ilaç kullananlar dahil)**



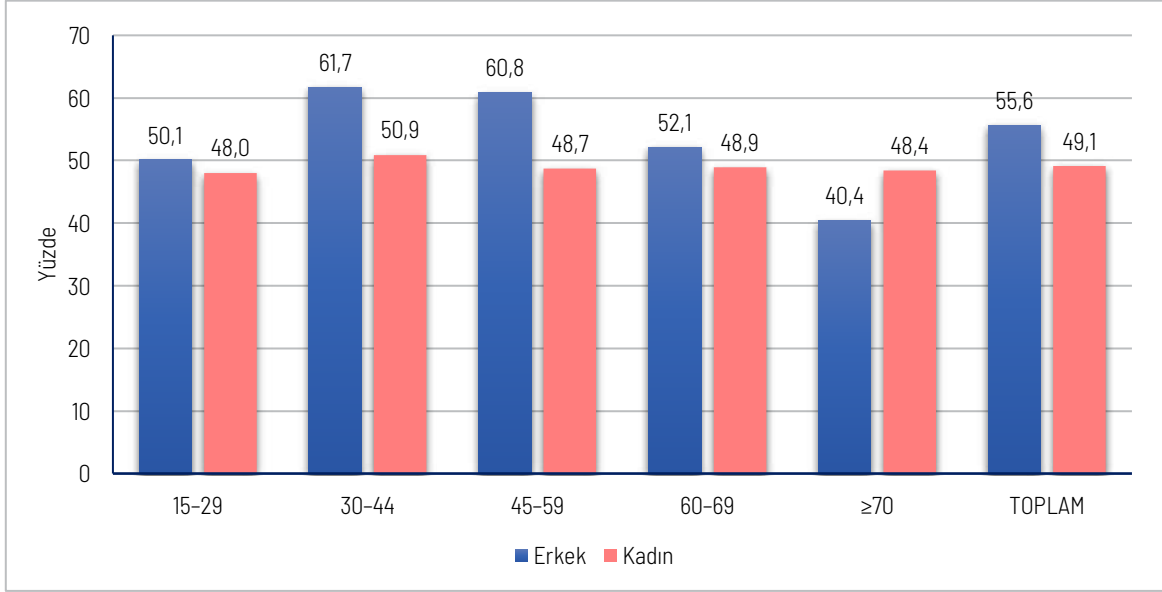
Çalışma grubunun HDL kolesterol ortalaması 45,9 mg/dl'dir. Bu değer kadınlarda 51,2 mg/dl ve erkeklerden 40,5 mg/dl'dir. HDL kolesterol ortalaması kadınlarda "15-29" yaş grubunda 50,1 mg/dl'dir ve genel olarak yaşla birlikte artarak " $\geq 70$ " yaş grubunda 52,5 mg/dl'ye yükselmektedir. Erkeklerde ise HDL kolesterol ortalaması "30-44" yaş grubunda 38,8 mg/dl ile en düşük değerdedir ve yaşla birlikte artarak " $\geq 70$ " yaş grubunda 43,2 mg/dl'ye yükselmektedir. (Tablo 54)

**Tablo 54: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcıların HDL Kolesterol Ortalaması**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama (mg/dl)	%95 GA (mg/dl)	N	Ortalama (mg/dl)	%95 GA (mg/dl)	N	Ortalama (mg/dl)	%95 GA (mg/dl)
15-29	246	42,0	39,8-44,2	317	50,1	48,1-52,1	563	46,0	44,4-47,6
30-44	328	38,8	37,2-40,4	522	51,2	49,2-53,2	850	44,9	43,5-46,4
45-59	343	39,3	37,5-41,1	556	51,8	49,8-53,9	899	45,5	44,0-447,1
60-69	224	41,6	39,2-44,1	284	52,0	50,0-54,0	508	47,0	45,3-48,8
$\geq 70$	182	43,2	39,9-46,5	315	52,5	49,9-55,1	497	48,7	46,6-50,7
<b>TOPLAM</b>	<b>1323</b>	<b>40,5</b>	<b>39,4-41,5</b>	<b>1994</b>	<b>51,2</b>	<b>50,2-52,2</b>	<b>3317</b>	<b>45,9</b>	<b>45,0-46,7</b>

HDL kolesterolü optimal düzeyin altında olanlar, kadınlar için venöz plazma değerinin  $< 50$  mg/dl ve erkekler için  $< 40$  mg/dl olarak tanımlanmaktadır. Örneklemden elde edilen bilgilere göre toplumun %52,3'ünde (erkekler için %55,6 ve kadınlar için %49,1) HDL kolesterol optimal düzeyin altında saptanmıştır. Erkeklerde "30-44" yaş grubunun %61,7'sinin HDL kolesterolü optimal düzeyin altındadır ve genel olarak yaşla birlikte bu yüzde azalarak " $\geq 70$ " yaş grubunda %40,4'e düşmektedir. Kadınlarda ise yaş gruplarına göre HDL kolesterolün optimal düzeyin altında olma yüzdesi benzerdir. (Grafik 46).

**Grafik 46: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre HDL Kolesterol Düzeyi Optimal Düzeyin Altında Olanların Yüzdesi (erkekler için <40 mg/dl ve kadınlar için <50 mg/dl)**



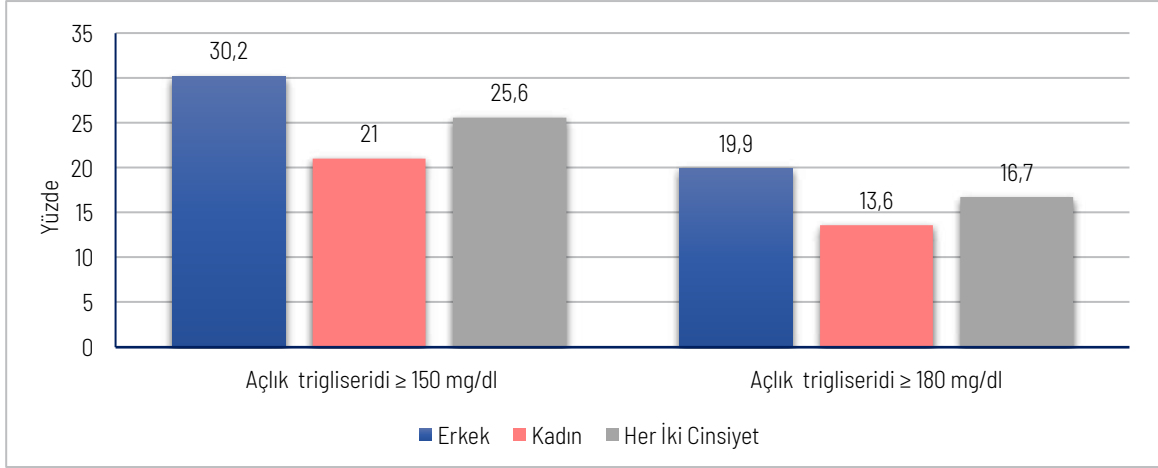
Örneklemden elde edilen bilgilere göre nüfusun ortalama açlık trigliserid düzeyi, 122,8 mg/dl'dir; erkekler için 129,0 mg/dl ve kadınlar için 116,7 mg/dl (aç olamayan katılımcılar hariç). Ortalama açlık trigliserid seviyesi "15-29" yaş grubunda 99,1 mg/dl'den, "45-59" yaş grubunda 144,5 mg/dl'ye yükselmektedir. Ortalama açlık trigliserid seviyesi daha ileri yaşlarda düşüş eğilimi göstermektedir (Tablo 55).

**Tablo 55: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Katılımcıların Açlık Trigliserid Ortalaması**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her İki Cinsiyet		
	N	Ortalama (mg/dl)	%95 GA	N	Ortalama (mg/dl)	%95 GA	N	Ortalama (mg/dl)	%95 GA
15-29	239	109,9	99,9-119,8	306	87,7	82,2-93,2	545	99,1	93,0-105,1
30-44	321	137,1	126,7-147,5	509	112,2	102,4-122,0	830	124,8	117,5-132,1
45-59	331	143,1	132,6-153,6	540	145,8	128,7-162,9	871	144,5	134,3-154,6
60-69	220	144,0	126,1-162,0	281	141,4	128,9-154,0	501	142,7	131,7-153,6
≥70	173	116,4	105,2-127,6	297	135,6	123,0-148,3	470	127,7	118,6-136,8
<b>TOPLAM</b>	<b>1284</b>	<b>129,0</b>	<b>123,2-134,9</b>	<b>1933</b>	<b>116,7</b>	<b>110,8-122,5</b>	<b>3217</b>	<b>122,8</b>	<b>118,5-127,1</b>

Açlık trigliserid düzeyi  $\geq 150$  mg/dl'nin üzerinde olanlar araştırma grubunun %25,6'sını (erkeklerde için %30,2 ve kadınlar için %21,0) ve açlık trigliserid düzeyi  $\geq 180$  mg/dl'nin üzerinde olanlar araştırma grubunun %16,7'sini (erkekler için %19,9 ve kadınlar için %13,6) oluşturmaktadır. (Grafik 47).

**Grafik 47: Cinsiyet Göre Açlık Trigliserid Düzeyleri  $\geq 150$  mg/dl ve  $\geq 180$  mg/dl Olan Katılımcıların Yüzdesi**



Türkiye nüfusunun ortalama tuz tüketimi 9,9 g/gün hesaplanmıştır (erkekler için 11,0 g/gün ve kadınlar için 8,7 g/gün).

#### 4.22.1. Sonuçlar

Araştırmada yer alan katılımcıların biyokimyasal ölçümler ile ilgili önemli sonuçlardan bazıları aşağıda sunulmuştur.

- Çalışma grubunun ortalama açlık kan şekeri değeri 97,8 mg/dl'dir (erkeklerde 96,2 mg/dl, kadınlarda 99,3 mg/dl) ve yaş ile artmaktadır, diyabet için halen ilaç kullananlar dâhil; Çalışma grubunun %7,9'unda bozulmuş açlık kan şekeri (venöz plazma değerinin 110 -126 mg/dl arasında olması) saptanmıştır ve bozulmuş açlık kan şekeri sıklığı erkeklerde (%8,1) kadınlardan (%7,7) yüksektir.
- Yüksek açlık kan şekeri (venöz plazma değeri  $\geq 126$  mg/dl) olanlar ile halen yüksek açlık kan şekeri için ilaç kullananlar araştırma grubunun %11,1'ini oluşturmaktadırlar kadınlar ve erkekler arasında önemli bir fark bulunmamaktadır.
- Ortalama HbA1c düzeyi kadın ve erkekte benzerdir. Yüksek HbA1c ( $\geq 6,5$ ) düzeyine sahip olma sıklığı %12,0'dır ve yaşla birlikte artmaktadır.
- Çalışma grubunun %13,3'ünün HbA1C değeri yüksek ( $\geq 6,5$ ) veya halen diyabet için tedavi almaktadırlar (erkekler için %12,7 ve kadınlar için %13,8).
- Ölçümlerde HbA1c veya açlık kan şekeri yüksekliği saptananlar veya diyabet için halen ilaç kullananlar çalışma grubunun %17,3'ünü oluşturmaktadır, bu sıklık yaşla birlikte artmaktadır.
- Araştırma grubunun, kolesterol yüksekliği için ilaç kullananlar da dâhil ortalama total kolesterolü 161,2 mg/dl'dir ve kadınlarda (167,3 mg/dl), erkeklerden (154,9 mg/dl) daha yüksektir.
- Total kolesterol düzeyi artmış olanlar araştırma grubunun %24,7'sini oluşturmaktadırlar ve kadınlarda (%28,5) erkeklerden (%20,9) daha yüksektir.
- Erkeklerin %55,6'sında (< 40 mg/dl) ve kadınların %49,1'inde (< 50 mg/dl) HDL kolesterol optimal düzeyin altında saptanmıştır.
- Yüksek trigliserid düzeyi ( $\geq 180$  mg/dl) yüzdesi erkeklerde (%19,9), kadınlardan (%13,6) yüksektir.
- Günlük ortalama tuz tüketimi 9,9 gramdır ve erkekler kadınlara göre daha fazla tuz tüketmektedir (erkekler için 11,0 g / gün, kadınlar için 8,7 g / gün).

#### 4.23. Kalp Damar Hastalığı Riski

Günümüz birincil korumada uygulamasında KDH'ndan kişinin toplam KDH riski değerlendirilmekte ve tedavi yaklaşımı buna göre belirlenmektedir. On yıllık KDH riskinin  $\geq 30$  olması; yaş, cinsiyet, kan basıncı, sigara içme durumu (mevcut sigara içenler veya değerlendirmeden önce 1 yıldan kısa bir süre önce sigarayı bırakanlar),

## 4. ARAŞTIRMA BULGULARI

total kolesterol ve diyabet (daha önce tanısı konulmuş veya açlık kan şekeri venöz plazma değeri > 126 mg/dl) göz önüne alınarak tanımlanmaktadır.

Örneklemden elde edilen bilgiler göre 40-69 yaş grubunun %10,5'i, 10 yıllık KDH riski  $\geq$  %30 olanlar ile mevcut kalp damar hastalarından oluşmaktadır (erkekler %13,3 kadınlar %7,8).

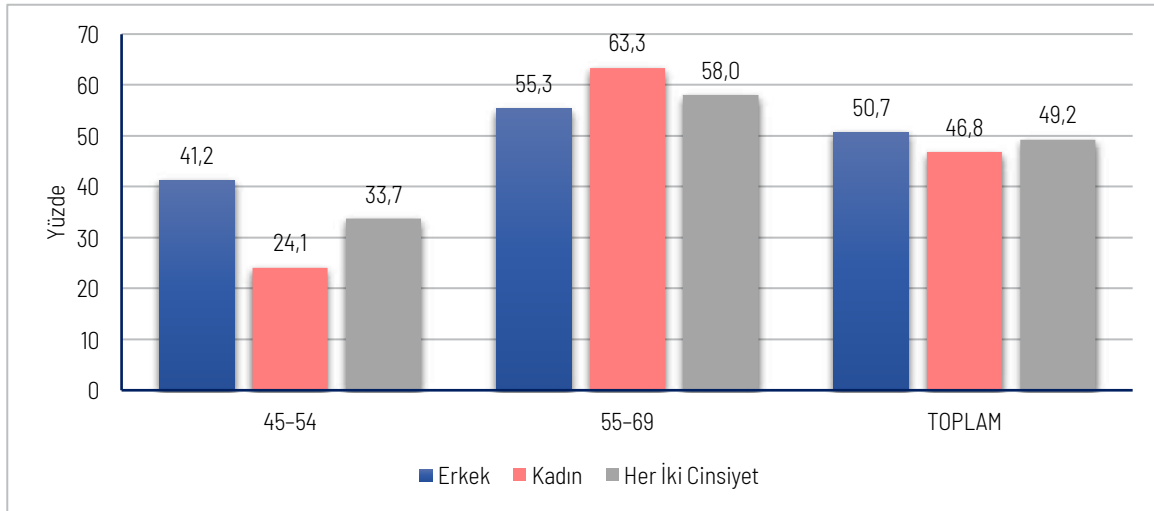
"40-54" yaş grubunda %6,3 olan 10 yıllık KDH riski  $\geq$  %30 olanların sıklığı (mevcut kalp damar hastaları dahil), "55-69" yaş grubunda %17,0'e çıkmakta ve yaklaşık iki katından fazla artmaktadır. (Tablo 56)

**Tablo 56: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre 10 Yıllık KDH Riski  $\geq$  %30 Olan Katılımcıların Yüzdesi**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her İki Cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
40-54	310	7,2	3,0-11,3	530	5,4	3,2-7,7	840	6,3	3,9-8,6
55-69	338	22,5	14,8-30,2	471	11,6	6,4-16,8	809	17,0	12,3-21,7
TOPLAM	648	13,3	9,2-17,4	1001	7,8	5,3-10,3	1649	10,5	8,1-12,9

"40-69" yaş grubunda 10 yıllık kalp damar hastalığı riski  $\geq$  %30 olanlar veya halen KDH olanlar %49,2'si, kalp krizi ve inmelerini önlemek için ilaç tedavisi ve danışmanlık almaktadır. Danışmanlık, bir hekim veya başka bir sağlık çalışanından tütün kullanmayı bırakmak ya da başlamamak, diyetle tuz azaltmak, günde en az beş porsiyon meyve ve/veya sebze yemek, diyetle yağ azaltmak, fiziksel aktivite başlamak veya daha fazla yapmak ve sağlıklı bir vücut ağırlığı korumak veya kilo vermek için tavsiye almak olarak tanımlanır. (Grafik 48)

**Grafik 48: On Yıllık KDH Riski  $\geq$  %30 Olan veya Halen KDH Olan ve Kalp Krizinden Korunmak İçin İlaç Tedavisi veya Danışmanlık Alan Katılımcıların Yüzdesi**



Erkeklerin yarısı (%50,7), kadınların %46,8'i, "45-54" yaş grubunun %33,7'si ve "55-69" yaş grubunun %58,0'si kalp krizi ve inmeyi önlemek için danışmanlık almıştır. Bu amaçla ilaç tedavisi ve danışmanlık alma yaş ve cinsiyet ile değişmektedir.

"45-54" yaş grubundaki erkekler (%41,2), kadınlardan (%24,1) daha fazla ilaç tedavisi ve danışmanlık hizmeti almaktadır; Buna karşın "55-69" yaş grubundakiler zıt yönlü bir görünüm sergilemektedir: kadınlar (%63,3) erkeklerden (%55,3) daha fazla ilaç tedavisi ve danışmanlık almıştır (Grafik 48).



Her iki cinsiyet için kalp hastalığı ve inmeden korunmak için ilaç tedavisi ve danışmanlık alan uygun kişilerin %55,9'dur ve kadınlarla (%57,0) erkeklerde (%55,1) benzerdir (Tablo 57)

**Tablo 57: Kalp Hastalığı ve İnmeden Korunmak İçin İlaç Tedavisi ve Danışmanlık Alan Uygun Kişilerin<sup>1</sup> Yüzdesi**

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
40-54	28	41,2	10,2-72,2	33	24,1	9,0-39,1	61	33,7	14,5-52,9
55-69	65	55,3	33,8-76,8	48	63,3	40,2-86,5	113	58,0	41,4-74,6
≥ 70	35	78,4	62,9-93,8	50	78,7	65,1-92,3	85	78,6	68,6-88,5
<b>TOPLAM</b>	<b>128</b>	<b>55,1</b>	<b>39,6-70,7</b>	<b>131</b>	<b>57,0</b>	<b>44,3-69,8</b>	<b>259</b>	<b>55,9</b>	<b>45,3-66,6</b>

<sup>1</sup> uygun kişi: 40 yaş ve üzerinde, 10 yıllık KDH riskinde ≥ %30 olanlar ile halen KDH olanlar

On yıllık KDH riskinde %30 ve üzerinde artış; yaş, cinsiyet, kan basıncı, sigara içme durumu (mevcut sigara içenler veya değerlendirmeden önce 1 yıldan kısa bir süre önce sigarayı bırakanlar), total kolesterol ve diyabet (daha önce tanısı konulmuş veya açlık kan şekeri venöz plazma değeri > 126 mg/dl)

#### 4.23.1. Sonuçlar

Araştırmada yer alan katılımcıların kalp damar hastalığı riski ile ilgili bazı sonuçları aşağıda sunulmuştur.

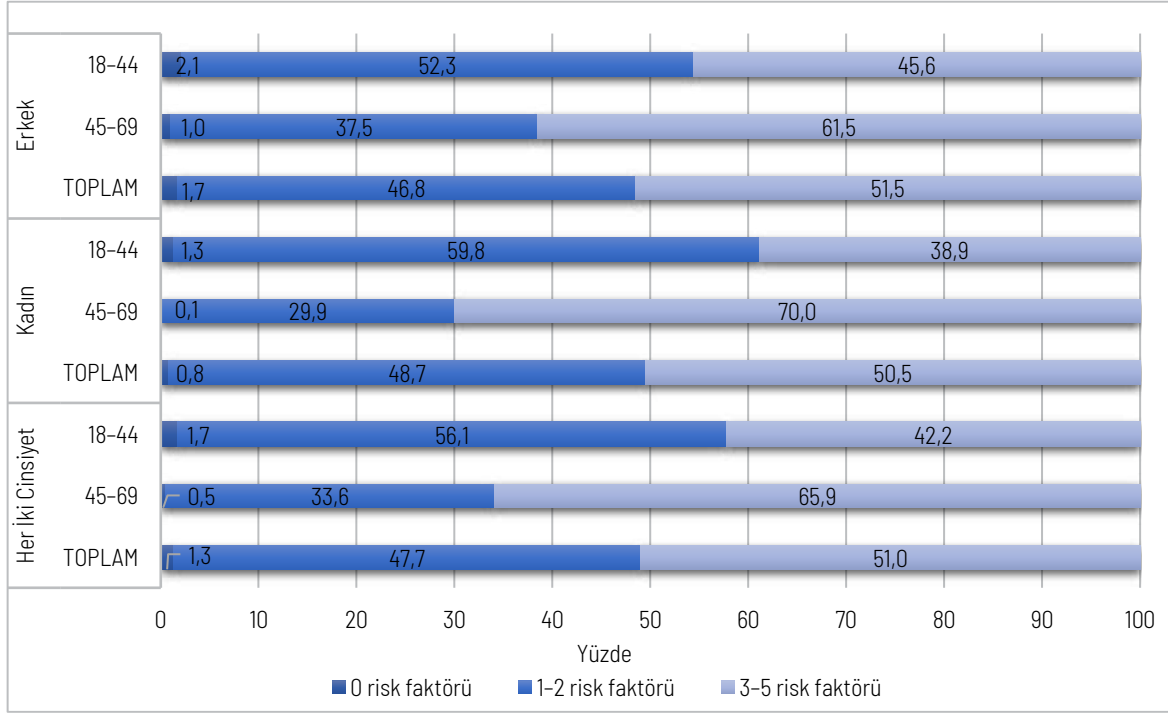
- 40-69 yaş grubundaki yaklaşık her on katılımcıdan birinde (%10,5) 10 yıllık kalp damar hastalığı riski % 30'dan büyüktür veya kalp damar hastalığı mevcuttur ve erkekler (%13,8) kadınlara (%7,8) göre daha yüksek risklere sahiptirler.
- Kalp krizi ve inmelerini önlemek için ilaç tedavisi ve danışmanlık almaya uygun kişilerin %50'sinden daha azı bunları almaktadır.
- İlaç tedavisi ve danışmanlık alma oranları cinsiyet ve yaş gruplarına göre değişmektedir.
- Kalp hastalığı ve inmeden korunmak için ilaç tedavisi ve danışmanlığı uygun kişi oranı %55,9'dur (erkeklerde için %55,1 ve kadınlar için %57,0).

#### 4.24. Birleşik Risk Faktörlerinin Özeti

Araştırmacılar, aşağıdaki risk faktörlerinin hiç birinin olmaması 1-2'sinin veya 3-5'inin olmasının yüzdelerini belirleyerek, BOH için birleşik risk faktörlerinin özetini değerlendirmişlerdir; her gün sigara içme, günde beş porsiyondan az meyve ve/veya sebze tüketimi, sağlık için fiziksel aktivite ile ilgili DSÖ tavsiyelerinin karşılanmaması (haftada 150 dakikadan az orta düzeyde aktivite veya eşdeğeri), fazla kilolu veya obez (BKİ ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>) olma, yüksek kan basıncı (SKB ≥ 140 ve/veya DKB ≥ 90 mmHg) veya yüksek tansiyon için ilaç kullanıyor olma.

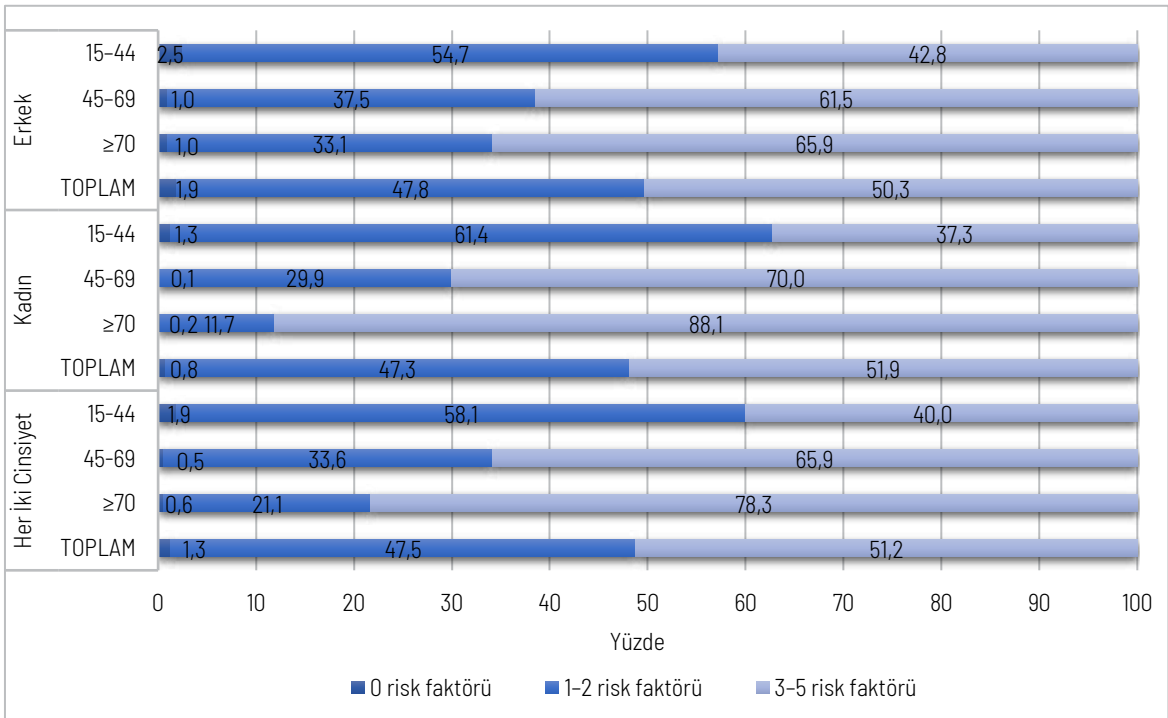
Grafik 49, "18-69" yaşlarındaki katılımcılar arasında risk faktörlerinin dağılımını göstermektedir: %1,3'ünde hiçbir risk faktörü yoktur, %47,8'inde 1-2 risk faktörü ve %51,0'ında 3-5 risk faktörü bulunmaktadır. Hiç risk olmaması ile 1-2 risk faktörü olma yüzdeleri yaşla birlikte azalırken ("18-44" yaş grubunda sırasıyla %1,7 ve %56,1 ve "45-69" yaş grubunda %0,5 ve %33,6), 3-5 risk faktörü bulunması yaşla birlikte artmaktadır ("18-44" yaş grubunda %42,2 ve "45-69" yaş grubunda %65,9). Sonuçlar "18-69" yaş aralığında cinsiyete göre de farklılıklar göstermektedir "erkeklerin %1,7'sinde ve kadınların %0,8'inde hiçbir risk faktörü yoktur; erkeklerin %46,8'inde, kadınların %48,7'sinde 1-2 risk faktörü ve erkeklerin %51,5'inde, kadınların %50,5'inde 3-5 risk faktörü bulunmaktadır.

**Grafik 49: 18-69 Yaş Aralığındaki Katılımcıların Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Birleşik Risk Faktörlerinin Özeti**



Grafik 50 üç yaş grubuna ayrılan tüm katılımcıların sonuçlarını göstermektedir: bunlar 15-44, 45-69 ve  $\geq 70$ . Benzer bir yapı görülmektedir: Çalışma grubunun %1,3'ünde herhangi bir risk faktörü yoktur (erkekler %1,9 ve kadınlarda %0,8). Araştırma grubunun %47,5'inde 1-2 risk faktörü (erkeklerle %47,8, kadınlarda %47,3) ve %51,2'sinde 3-5 risk faktörü bulunmaktadır (erkeklerde %50,3; kadınlarda %51,9). Az sayıda risk faktörüne sahip olma oranları yaşla birlikte azalırken çok sayıda risk faktörüne sahip olma oranları yaşla birlikte artmaktadır.

**Grafik 50: Katılımcılarda Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Birleşik Risk Faktörlerinin Özeti**



#### 4.24.1. Sonuçlar

Araştırmada yer alan katılımcıların birleşik risk faktörleri ile ilgili önemli sonuçlarından bazıları aşağıda sunulmuştur.

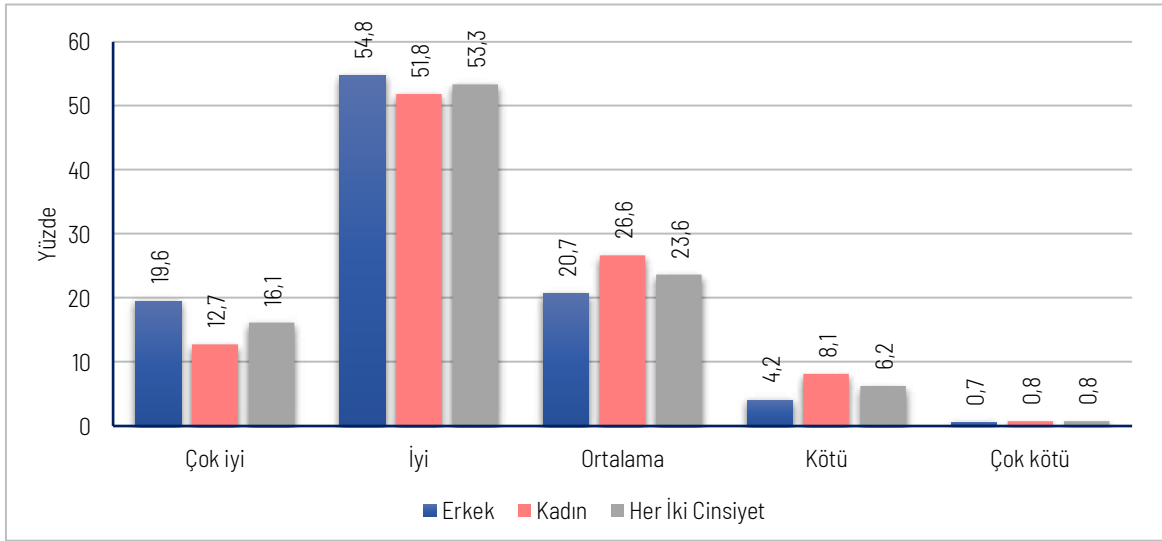
- Çalışma grubunun %2'sinden azı belirtilen risk faktörlerinin hiç birine sahip olmamasına rağmen %51,2'si 3-5 risk faktörüne sahiptir.
- 3-5 risk faktörüne sahip olma sıklığı yaşla birlikte artarken, 3'den az risk faktörüne sahip olma sıklığı yaşla birlikte azalmaktadır.

#### 4.25. Sağlık Algısı

Sağlık algısı (veya algılanan sağlık durumu), insanların kendi sağlık durumlarını subjektif olarak değerlendirmesidir. Katılımcıların sağlık algısı, bu alanda sıklıkla kullanılan bir soru ile değerlendirilmiştir. "Sizce sağlık durumunuz genel olarak nasıldır?" Katılımcılar cevap verirken 1'den (çok iyi) 5'e (çok kötü) kadar bir sayı seçmişlerdir.

Araştırma grubunun yarısından fazlası (%53,3) sağlık durumlarının "iyi" olarak algılamaktadırlar. Sağlık durumunu "iyi" olarak algılama erkeklerde (%54,8) kadınlardan (%51,8) daha yüksektir. (Grafik 51).

**Grafik 51: Cinsiyete Göre Katılımcıların Sağlık Durumu Algıları Dağılımı**



Yaşa göre sağlık durumu algısı Tablo 58'de sunulmuştur. Sağlık durumunu "Çok iyi" ve "İyi" olarak algılama yaşın artması ile azalırken, diğer seçenekler yaşla birlikte artmaktadır.

#### 4.25.1. Sonuçlar

Araştırmada yer alanların sağlık algıları ile ilgili önemli sonuçlardan bazıları aşağıda sunulmuştur.

- Katılımcıların %53,3 sağlık durumlarının "iyi" olarak algılamaktadır (erkeklerde %54,8; kadınlarda %51,8).
- Sağlık durumunu olumlu algılama yaşla birlikte azalırken, diğer seçenekler artmaktadır.

Tablo 58: Bireylerin Yaşa göre Sağlık Durumu Algıları

Yaş Grubu (Yıllar)	N	Her iki cinsiyet									
		Çok İyi %	%95 GA	İyi %	%95 GA	Orta %	%95 GA	Kötü %	%95 GA	Çok Kötü %	%95 GA
15-29	1166	27,0	23,6-30,3	58,5	55,0-62,1	11,9	9,9-14,0	2,2	1,2-3,2	0,4	0,0-0,8
30-44	1700	15,4	13,1-17,7	57,9	54,7-61,1	23,0	20,3-25,7	3,4	2,0-4,8	0,3	0,0-0,6
45-59	1612	9,3	7,3-11,4	51,6	48,2-55,0	30,5	27,6-33,4	8,2	5,9-10,5	0,4	0,1-0,6
60-69	843	6,5	4,1-8,8	43,4	39,0-47,9	37,8	33,4-42,1	10,9	8,7-13,1	1,4	0,4-2,5
≥70	720	4,2	2,1-6,3	28,6	24,3-32,9	39,2	34,8-43,6	23,3	19,4-27,2	4,7	2,2-7,1
<b>TOPLAM</b>	6041	16,1	14,6-17,6	53,3	51,5-55,1	23,6	22,3-25,0	6,2	5,3-7,0	0,8	0,5-1,0



## SONUÇ

BOH'ların prevalansı ile ilgili endişeler dünya çapında artmaktadır ve birçok ülke ulusal kamu politikalarında, BOH'ları önlemeye öncelik vermişlerdir. BOH'ları önleme politikaları, çeşitli sektörlerin (sağlık, eğitim ve ulaşım dahil) katılımını gerektirmektedir. Böylece değerlendirilen risk faktörlerinin önlenmesi, kontrol edilmesi ile erken yaştan itibaren sağlıklı bir yaşamın teşvik edilmesi amacıyla topluma yönelik müdahaleler için stratejiler uygulanmakta ve koordineli bir şekilde sürdürülmektedir. Bu durum, BOH risk faktörlerinin nüfusu temsil eden örnekler temel alınarak sürekli izlenmesini gerektirmektedir.

Bu araştırmada, BOH'ların risk faktörleri hakkında bilgi edinmek için, Türkiye'nin 15 yaş üzeri erişkin nüfusunun her iki cinsiyeti de temsil edecek şekilde bir örneği incelenmektedir. Çalışma, kronik hastalıklar risk faktörlerinin sörveyansı için DSÖ tarafından geliştirilen STEPS metodolojisinin kullanıldığı Türkiye'de yürütölen ilk çalışmadır.

Kullanılan yöntem, araştırmanın teknik ve bilimsel kalitesini güvence altına alan DSÖ STEPwise yaklaşımının belirlenmiş standartlarını izlemektedir. Çalışma ile Türkiye'deki çok çeşitli BOH risk faktörleri hakkında değerli bilgiler elde edilmiştir: tütün kullanımı; zararlı alkol kullanımı; diyetle meyve ve sebzelerin düşük miktarda tuzun yüksek miktarda tüketimi; fiziksel hareketsizlik; fazla kiloluk ve obezite.

Araştırma sonuçlarına göre şu anda tütün kullananlar (dumanlı veya dumansız) tüm grupta %31,6 erkeklerde %43,6 ve kadınlarda %19,7'dir. Her gün tütün ürünü içenlerin arasında mamul sigara içenler %97,3'dir ve erkeklerde %97,3 ve kadınlarda %97,2'dir. İçilen ortalama mamul sigara sayısı 15,5 sigaradır (erkekler için 16,8, kadınlar için 12,7).

Alkol tüketimi ile ilgili olarak araştırma, son 30 gün içinde alkol tüketen bireylerin tüm grupta %8,0, erkeklerde %13,1 ve kadınlarda %3,0 olduğunu göstermektedir. Ek olarak, son 30 günde en az bir kez tek seferde 6 ya da daha fazla alkolü içecek içenler tüm grupta %5,2, erkeklerde %8,7 ve kadınlarda %1,8'dir.

Araştırma sonuçları normal bir haftada meyve tüketilen ortalama gün sayısının 4,6 gün (erkeklerde 4,5 gün, kadınlarda 4,8 gün) ve sebze tüketilen ortalama gün sayısının 5,1 gün (erkeklerde 4,9 gün, kadınlarda 5,2 gün) olduğunu göstermektedir. Ayrıca grubun %87,8'i günde ortalama beş porsiyondan daha az meyve ve/veya sebze tüketmektedir (erkekler %87,8; kadınlar %87,9).

Katılımcılar tuzu çeşitli kaynaklardan almaktadır: % 28,1'i yemekten önce veya yemek yerken her zaman veya sık sık tuz veya tuzlu sos eklemektedir (erkekler için %29,3 ve kadınlar için %26,8) ve %25,5'i her zaman ya da çoğu kez tuzdan zengin işlenmiş gıdaları tüketmektedir. (erkekler için %27,8 ve kadınlar için %23,3).

Araştırma düşük seviyelerde fiziksel aktiviteyi göstermektedir; katılımcıların %43,6'sında fiziksel aktivite yetersizdir (haftada 150 dakikadan az orta şiddette aktivite veya eş değeri); erkekler için % 33,1 ve kadınlar için % 53,9. Araştırma aynı zamanda, fiziksel aktivite için harcanan sürenin ortancasının günde 30,0 dakika olduğunu göstermektedir; erkekler için 51,4 ve kadınlar için 17,1. Buna ek olarak, tüm grubun %81,3'ü, erkeklerin %70,1'i ve kadınların %92,2'si etkili fiziksel aktivitede bulunmamaktadır.

Ayrıca, araştırma grubunun %40,5'i son on iki ay içinde sağlıklı yaşam ile ilgili bir veya daha fazla konuda sağlık çalışanları tarafından danışmanlık veya eğitim almıştır (erkekler %38,1; kadınlar %42,9).

Seçilmiş BOH risk faktörleri kaynaklı sağlık riskleri konusunda farkındalık cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir. BOH risk faktörlerinin iki veya daha fazla olumsuz sağlık etkisini genel olarak erkekler kadınlardan daha yüksek düzeyde bilmektedirler [herhangi bir risk faktörü (%89,1'a %85,5), sigara içme (%77,0'a %75,5), tuzlu diyet (%72,3'e %71,0), fiziksel inaktivite (%59,6'ya %57,1), yağlı diyet (%65,7'e %62,8), alkol kullanımı (%75,9'a %72,5), madde kullanımı (%75,5'e %71,4)]. Buna karşın düşük meyve ve/veya sebze tüketiminin iki veya daha fazla olumsuz sağlık etkisini kadınlar erkeklerden daha fazla belirtmişlerdir (%33,6'ya %32,8).

"50-70" yaş grubundaki her 4 kişiden birinde gaitada gizli kan testi; "30-65" yaş arasındaki kadınların yarısına (%54,2) serviks kanseri taraması ve "40-69" yaş arasındaki her beş kadından üçüne (%57,1) mamografi yapılmıştır.

Son bir ay içinde diş hekimine başvurular grubun %6,7'sini, genel pratisyen-aile hekimine başvurular %17,6'sını ve uzman hekime başvurular %16,8'ini oluşturmaktadır.

Erkeklerin %26,1'inde ve kadınların %29,3'ünde hipertansiyon saptanmıştır ve kan basıncı yüksekliği yaşla birlikte artmaktadır.

Andropometrik ölçümlerle değerlendirilen çalışma grubunda ortalama BKİ, 27,4 kg/m<sup>2</sup> olarak hesaplanmıştır. Çalışma grubunun %64,4'ü fazla kilolu (BKİ ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>) ve %28,8'i obezdir (BKİ ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>).

Yaklaşık altı kişiden birinin (%17,3) açlık kan şekeri venöz plazma değeri ≥126 mg/dl veya HbA1c seviyesi ≥%6,5 veya kan şekeri yüksekliği için ilaç kullandığı saptanmıştır. Bu yüzde yaşla beraber artmaktadır.

Dört bireyden birinin (%24,7), total kolesterol düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sıklığın kadınlarda (%28,5) erkeklerden (%20,9) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin %55,6'sında (< 40 mg/dl) ve kadınların %49,1'inde (< 50 mg/dl) HDL kolesterol optimal düzeyin altında saptanmıştır.

Günde ortalama tuz tüketimi 9,9 gramdır ve erkekler kadınlara göre daha fazla tuz tüketmektedir (erkekler 11,0 gr/gün, kadınlar 8,7 gr/gün).

BOH için birleşik risk faktörlerinin özeti bazı risk faktörleri ile oluşturulmaktadır. "40-69" yaş arasındaki nüfusun %10,5'inin 10 yıllık kalp damar hastalığı riski ≥ %30 veya halen kalp damar hastasıdır. Çalışma grubunun %2,0'dan azında belirtilen risk faktörlerinin hiç birine rastlanmamıştır. Araştırma grubundakilerin yarıdan fazlası (%51,2) belirtilen risk faktörlerinin en az üçünü taşımaktadır ve bu durum yaşla birlikte artmaktadır. Katılımcıların %47,8'i risk faktörlerinden 1-2'sini taşımaktadır ve bu durum yaşla birlikte azalmaktadır.

Çeşitli yaş, cinsiyet ve bölgelerdeki BOH risk faktörleri hakkında değerli bilgiler edinmenin yanı sıra, araştırma sonuçları politika yapıcılar için önemli bir girdi oluşturmaktadır. Çalışmada elde edilen sonuçlar, Türk toplumunda BOH risk faktörleri hakkında mevcut durumu ortaya koymaktadır. Tekrarlanan STEPS tabanlı BOH risk faktörü sıklıkları, politika yapıcıların BOH politikasını izlemesi için gerekli girdileri sağlayabilir.

## KAYNAKÇA<sup>1</sup>

1. Allen LN, Feigl AB. What's in a name? A call to reframe non-communicable diseases. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2):129-30.
2. Allen LN, Feigl AB. Reframing non-communicable diseases as socially transmitted conditions. *Lancet Glob Health*. 2017;5(7):e644-6.
3. Kim HC, Oh SM. Noncommunicable diseases: current status of major modifiable risk factors in Korea. *J Prev Med Public Health*. 2013;46(4):165-72.
4. Allen L. Are we facing a noncommunicable disease pandemic? *J Epidemiol Glob Health*. 2017;7(1): 5-9.
5. Ali MK et al. Noncommunicable diseases: three decades of global data show a mixture of increases and decreases in mortality rates. *Health Aff (Millwood)*. 2015;34(9):1444-55.
6. Hunter DJ, Reddy KS. Noncommunicable diseases. *N Engl J Med*. 2013;369(14):1336-43.
7. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization (WHO) 2014 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-statusreport-2014/en>).
8. Nugent R. A chronology of global assistance funding for NCD. *Glob Heart*. 2016. 11(4):371-74.
9. Causes of death 2008: data sources and methods. Geneva: World Health Organization; 2011.
10. Horton R. Non-communicable diseases: 2015 to 2025. *Lancet*. 2013;381(9866):509-10.
11. Global health estimates: deaths by cause, age, sex and country, 2000-2012. Geneva: World Health Organization; 2014.
12. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en>).
13. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11):e442.
14. Consumption of alcoholic beverages. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2012.
15. Rehm J et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*. 2010;105(5):817-43.
16. Irving HM, Samokhvalov AV, Rehm J. Alcohol as a risk factor for pancreatitis. A systematic review and meta-analysis. *JOP*. 2009;10(4):387-92.
17. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_2014/en](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_2014/en)).
18. Lim SS et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224-60.

<sup>1</sup> Tüm elektronik kaynaklara 20 Kasım 2017 tarihinde ulaşılmıştır.



19. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en>).
20. Sodium intake for adults and children. Guideline. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sodium\\_intake/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sodium_intake/en/)).
21. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2004 ([http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf)).
22. Mentz A et al. Association of urinary sodium and potassium excretion with blood pressure. *N Engl J Med*. 2014;371(7):601-11.
23. Pfister R et al. Estimated urinary sodium excretion and risk of heart failure in men and women in the EPIC-Norfolk study. *Eur J Heart Fail*. 2014;16(4):394-402.
24. WHO global report. Mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep\\_mortality\\_attributable/en](http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en)).
25. Öberg M et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*. 2011;377(9760):139-146.
26. WHO report on the global tobacco epidemic 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2013/en](http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en)).
27. Prevention of cardiovascular disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva: World Health Organization; 2007 ([http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/guidelines/Full%20text.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf)).
28. A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/en](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en)).
29. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomized trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*. 2009;338:b1665.
30. Di Cesare M et al. The contributions of risk factor trends to cardiometabolic mortality decline in 26 industrialized countries. *Int J Epidemiol*. 2013;42(3):838-48.
31. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000 (WHO Technical Report Series No. 894; [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en)).
32. Murer SB et al. Pediatric adiposity stabilized in Switzerland between 1999 and 2012. *Eur J Nutr*. 2014;53(3):865-75.
33. de Wilde JA, Verkerk PH, Middelkoop B. Declining and stabilizing trends in prevalence of overweight and obesity in Dutch, Turkish, Moroccan and South Asian children 3-16 years of age between 1999 and 2011 in the Netherlands. *Arch Dis Child*. 2014;99(1):46-51.

34. Levitan EB et al. Is nondiabetic hyperglycemia a risk factor for cardiovascular disease? A meta-analysis of prospective studies. Arch Intern Med. 2004;164(19):2147-55.
35. Gaining health: the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/gaining-health.-the-europeanstrategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases>).
36. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları, Türkiye, Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011.
37. Noncommunicable diseases country profiles 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en>).
38. Türkiye Sağlık Araştırması 2014. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2016.
39. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025)’ Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1056, Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Engelliler Daire Başkanlığı, 2017
40. Sağlık İstatistik Yıllığı, 2016. Ankara: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2017.
41. Noncommunicable diseases progress monitor 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/en>).
42. NCD global monitoring framework. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/nmh/global\\_monitoring\\_framework/en](http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en)).
43. Sustainable Development knowledge platform [website]. New York: United Nation; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>).
44. The WHO STEPwise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance. Geneva: World Health Organization; 2017 ([http://www.who.int/chp/steps/STEPS\\_Manual.pdf?ua=1](http://www.who.int/chp/steps/STEPS_Manual.pdf?ua=1)).
45. DeBell M, Krosnick JA. Computing weights for American National Election Study Survey Data. Ann Arbor, MI, and Palo Alto, CA; 2009 (ANES Technical Report Series, No. nes012427; <http://www.electionstudies.org/Library/papers/nes012492.pdf>).
46. OECD (2017), “Alcohol consumption among adults”, in Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2017 DOI: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-17-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-17-en).
47. Buzrul S. Türkiye’de Alkollü İçki Tüketimi. Journal of Food and Health Science. 2016; 2(3):112-22.
48. Llopis EJ. Funding mechanisms for the prevention and treatment of alcohol and substance disorders. Geneva: World Health Organization; 2017 ([http://www.who.int/fadab/msb\\_adab\\_funding](http://www.who.int/fadab/msb_adab_funding)).
49. World drug report 2016. New York: United Nations Office on Drugs and Crime; 2016 (<http://www.unodc.org/wdr2016>).
50. Charlson FJ et al. Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. Epidemiol Psychiatr Sci. 2015;24(2):121-40.

51. European Drug Report 2017: Trends and Developments. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2017.
52. Erdem Y et al. Dietary sources of high sodium intake in Turkey: SALTURK II. *Nutrients*. 2017;9(9).
53. Jakab M et al. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems Turkey country assessment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.
54. Overview of NCD's and related risk factors. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2013.
55. Onat A et al. Investigations survey on prevalence of cardiac disease and its risk factors in adults in Turkey: 4. Blood lipid levels. *Türk Kardiyoloji Derneği Arş.* 1991;19(2):88-96.
56. Onat A et al. TEKHARF 2017. İstanbul: Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük, Logos Yayıncılık Tic. A.S.; 2017 (<http://file.tkd.org.tr/pdfs/tekharh-2017>).
57. Ali MK et al. Noncommunicable diseases: three decades of global data show a mixture of increases and decreases in mortality rates. *Health Aff (Millwood)*. 2015;34(9):1444-55.
58. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Fontana, WI:Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; 2016 (<http://goldcopd.org/globalstrategy-diagnosis-management-prevention-copd-2016>).
59. Asthma fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en>).
60. Chronic respiratory diseases. Burden of COPD. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en>).
61. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013 (<http://publications.iarc.fr/Databases/Iarc-Cancerbases/Globocan-2012-Estimated-Cancer-Incidence-Mortality-And-Prevalence-Worldwide-In-2012-V1-0-2012>).
62. Cancer fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en>).
63. Türkiye Kanser Kontrol Programı. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2015.
64. From burden to "best buys": reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2011.
65. WHO report on the global tobacco epidemic 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2013/en](http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en)).
66. Scaling up action against NCDs: how much will it cost? Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://www.who.int/nmh/publications/cost\\_of\\_inaction/en](http://www.who.int/nmh/publications/cost_of_inaction/en)).

## EK 1: BÖLGELERE GÖRE SAHA EKİBİ

İdari Çalışanlar	Sağlık uzmanları	Veri toplama ekibi
<b>İstanbul Bölgesi (İstanbul, Edirne, Kırklareli, Tekirdağ)</b>		
Mehmet Karagöz Hatice Karagöz Cemile Kis Sema Üngör	Mehmet Çakar Özlem Çengel Menekşe Çinel Eyüp Sabri Genç Furkan Maden Serdar Murat Fatma Selbi Nesrin Tüysüz	Ebrar Akyüz Esat Bekdemir Mehmet Bilecen Batuhan Berk Karasu Murat Kurt Ebru Maden Serdar Murat Tuğba Yavuz Burak Yazgan Gürkan Yüksel
<b>Konya Bölgesi (Konya, Karaman, Aksaray, Afyon)</b>		
Pınar Turan Rıza Turan	Dilek Aydın Ziya Ece Bosnalı Akif Gezeroğlu	
<b>İzmir Bölgesi (İzmir, Aydın, Denizli, Manisa, Muğla, Uşak)</b>		
Hüseyin Mert Elik Mehmet Karasu	Yasin Aksoy Nuray Çelik Aşkın Çevirgen Turan Görkem Doğan Nur Nisa Ögük Furkan Özkan Habibe Seyman Mualla Turan	Hüseyin Mert Elik Rojda Erat Okan Öztürk Tuğçe Şivga Mert Solak Gizem Yeliz Yücel
<b>Trabzon Bölgesi (Trabzon, Giresun, Rize, Bayburt, Gümüşhane, Artvin)</b>		
Hülya Özdin Dilek Tomar	Elvan Armutçu Semiha Köse Yetkin Samancı	Vural Embiya Mehmet Kerem Serin Berna Usta
<b>Samsun Bölgesi (Samsun, Ordu, Sinop, Amasya, Bartın, Zonguldak, Kastamonu, Tokat)</b>		
Mihri Arzu Kıyıcı	Zeyd Güdül Esra Kalyoncu Ali Kemal Kul Nazlı Sarıoğlu	Arda Cermen Derya Cermen Temel Hakkı Yazıcı
<b>Diyarbakır Bölgesi (Diyarbakır, Batman, Bingöl, Bitlis, Elazığ, Mardin, Muş, Siirt, Tunceli, Van, Adıyaman, Gaziantep, Kahramanmaraş, Kilis, Malatya, Şanlıurfa)</b>		
-	Metin Bişkin Didem Er Dilan Uğurlu	Mesut Ayberk Havva Yüce
<b>Erzurum Bölgesi (Erzurum, Ağrı, Ardahan, Artvin, Bayburt, Erzincan, Kars, Iğdır)</b>		
-	Onur Korkmaz Oğuzhan Turgut	Nilay Kalaycı Onur Turgut

İdari Çalışanlar	Sağlık uzmanları	Veri toplama ekibi
<b>Adana Bölgesi (Adana – excluding Anamur, Mersin)</b>		
Nihal Bilgin	Yeşim Çoşkun	Niyazi Berk Abdullah Demir
<b>Antalya Bölgesi (Antalya-including Anamur, Burdur, Isparta)</b>		
İbrahim Akkol	Cansu Bulut Fidan Tosun	İbrahim Sarıkış
<b>Ankara Bölgesi (Ankara, Afyon, Çankırı, Eskişehir, Kırıkkale)</b>		
Tolga Çomak İlayda Urvaylıoğlu	Hüseyin Altun Esra Küçüköğlü Necmiye Sarıyıldız Merve Temizyürek	Serkan Aytaş Büşra Güdek Murat Sarıyıldız
<b>Hatay Bölgesi (Hatay, Osmaniye)</b>		
Serap Miroğlu Koçak	Oktay İnanç Furkan Maden	
<b>Bursa Bölgesi (Bursa, Balıkesir, Bilecik, Bolu, Çanakkale, Karabük, Düzce, Kocaeli, Kütahya, Sakarya, Yalova)</b>		
Gürcan Şenol Serkan Şenol	Damla Bilir Hatice Dikmen Muhammed Özkan Aleyna Soytürk Mücahit Yıldırım	Saadet Açık Nurcan Deleş Ayşegül Duran Talha Serkan Karagöz Elif Şenbiçer
<b>Kayseri Bölgesi (Kayseri, Çorum, Sivas, Tokat, Yozgat)</b>		
Emre Yıldız	Adem Altunbaş Güler Ceylan	Muzaffer Ali Ateş Gamze Boynueğri Sema Şahin

## EK 2: TÜRKİYE HANEHALKI SAĞLIK ARAŞTIRMASI “BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN RİSK FAKTÖRLERİ PREVELANSI”, 2017, BİLGİ FORMU

Dünya Sağlık Örgütü Kronik Hastalıkların Sürveyansı yaklaşımı, Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların (BOH) ve risk faktörleri verilerinin toplanması, analiz edilmesi ve yayılmasına yönelik basit ve standart bir yöntemdir. Tütün ürünü kullanımı, alkol kullanımı, sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, aşırı kilo ve obezite, yüksek kan basıncı, yüksek kan şekeri ve anormal düzeyde kan lipidi gibi önemli BOH yükünü belirleyen temel risk faktörleri ve BOH durumları ile ilgili veriler toplanmaktadır. Ülkeler; bu sürveyans araştırmalarından elde edilen verileri, tütün, alkol, beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite gibi spesifik risk faktörleri ile ilgili küresel hedeflerin karşılanmasında kaydedilen gelişmenin izlenmesi konusunda destek için kullanabilir.

Türkiye’de yapılan hane halkı sağlık araştırması saha çalışması, Nisan 2017 ve Eylül 2017 ayları arasında gerçekleştirilmiş ve 3 aşamadan oluşmaktadır. Aşama 1’de sosyo-demografik ve davranışsal bilgiler toplanmıştır. Aşama 2’de boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve kan basıncı gibi fiziksel ölçümler yapılmıştır. Aşama 3’te kan şekeri, HbA1c, kolesterol seviyeleri ve günlük ortalama tuz tüketimini değerlendirmek amacıyla biyokimyasal ölçümler yapılmıştır. Bu araştırma, 15 yaş ve üzerinde uygulanan nüfus temelli bir araştırmadır. Türkiye’de yaş aralıklarını temsil eden veriler elde etmek amacıyla çok aşamalı bir örneklem kümesi tasarımı kullanılmıştır. Toplam 6,053 yetişkin kişi araştırmaya katılmıştır. Toplam cevaplılık oranı %70,0’dır. Değişimi izlemek amacıyla 2019 yılında çalışmanın tekrarlanması planlanmaktadır.

### Başlıklar

#### Tütün Ürünü Kullanımı

- Erkeklerin %43,6’sı, kadınların %19,7’si ve toplamda kişilerin %31,6’sı halen tütün ürünü kullanmaktadır.
- Erkeklerin %43,4’ü, kadınların %19,7’si ve toplamda kişilerin %31,5’i halen tütün ürünü içmektedir.
- Halen tütün ürünü kullanan 10 kişiden 3’ü son 12 ay içerisinde tütün ürünü kullanmayı bırakmayı denemiştir.

#### Alkol Kullanımı

- Erkeklerin %13,1’i, kadınların %3,0’i ve toplamda kişilerin %8,0’i alkol kullanmaktadır.
- Mevcut 20 alkol kullanıcısının 1’i dönemsel olarak yoğun miktarda alkol tüketmiştir.

#### Beslenme

- Erkeklerin %87,8’i, kadınların %87,9’u ve toplamda kişilerin %87,8’i günde 5 porsiyondan az meyve ve/veya sebze tüketmiştir.

- Ortalama günlük tuz tüketimi 9,9 gramdır, erkekler 11,0 g tüketirken kadınlar 8,7 g tüketmiştir.

### Fiziksel Aktivite

- Her 10 yetişkinden 4'ü yetersiz fiziksel aktivite yapmıştır (haftada <150 dakika, orta derecede fiziksel aktivite).

### Kanser Taraması

- 30-65 yaş arasındaki her 10 kadından 5'i herhangi bir zamanda servikal smear (rahim ağzı sürüntüsü) yaptırmıştır.
- 40-69 yaş arasındaki her 10 kadından 6'sı herhangi bir zamanda mamografi (meme filmi) yaptırmıştır.
- 50-70 yaş arasındaki her 10 erişkinden 1'i son 10 yıl içerisinde kolonoskopi yaptırmıştır.

### Obezite (Şişmanlık)

- Erkeklerin %62,8'i, kadınların %66,0'ı ve toplamda kişilerin %64,4'ü fazla kiloludur (BKİ  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>).
- Erkeklerin %21,6'sı, kadınların %35,9'u ve toplamda kişilerin %28,8'i obezdir (şişman) (BKİ  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>).

### Yüksek Kan Basıncı

- Erkeklerin %26,1'inde, kadınların %29,3'ünde ve toplamda kişilerin %27,7'sinde yüksek kan basıncı vardır.

### Yüksek Kan Şekeri

- Erkeklerin %10,6'sında, kadınların %11,5'inde ve toplamda kişilerin %11,1'inde yüksek kan şekeri vardır.

Aşağıdaki tabloda çalışma sonuçları 15 yaş üstü yetişkinler için % 95 güven aralığı (GA) ile verilmektedir. Veriler, Türkiye'de bu yaş grubundaki tüm erkek ve kadınların temsili için ağırlıklandırılmıştır.

Başlıklar	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
<b>Tütün ürünü kullanımı</b>			
Halen tütün ürünü kullananların yüzdesi (dumanlı veya dumansız)	31,6 (29,8-33,4)	43,6 (40,9-46,2)	19,7 (17,6-21,8)
Halen tütün ürünü içenlerin yüzdesi	31,5 (29,7-33,3)	43,4 (40,8-46,0)	19,7 (17,6-21,8)
Halen tütün ürünü içenlerin yüzdesi (günlük)	29,2 (27,5-31,0)	40,4 (37,8-43,0)	18,2 (16,1-20,3)
<b>Her gün tütün ürünü kullananlar</b>			
Tütün ürünü kullanmaya başlama yaşı (ortalama)	18,1 (17,8-18,5)	17,2 (16,9-17,5)	20,2 (19,5-20,9)
Her gün mamul sigara kullananların yüzdesi	97,3 (96,3-98,3)	97,3 (96,1-98,5)	97,2 (95,4-99,0)

Başlıklar	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
Mamul sigara kullananların günde içtikleri sigara sayısı (ortalama)	15,5 (14,8-16,2)	16,8 (16,0-17,7)	12,7 (11,6-13,7)
Dumansız tütün ürünü kullananların yüzdesi	0,3 (0,1-0,6)	0,6 (0,1-1,0)	0,1 (0,0-0,3)
<b>Tütün ürünü kullanmayanlar (dumanlı ve/veya dumansız)</b>			
Geçmişte tütün ürünü kullananlar	10,7 (9,7-11,8)	14,8 (13,1-16,5)	6,6 (5,5-7,8)
Hiç tütün ürünü kullanmayanlar	57,8 (55,9-59,7)	41,8 (39,0-44,5)	73,7 (71,4-75,9)
Son 12 ay içinde tütün ürünü kullanmayı bırakmayı denemiş olan kullanıcılar	27,4 (24,5-30,4)	29,4 (25,8-33,1)	23,0 (18,5-27,6)
Son 12 ay içinde bir sağlık çalışanı tarafından tütün ürünü kullanmayı bırakma tavsiyesi almış kullanıcılar 1	22,3 (19,5-25,1)	21,2 (17,8-24,6)	24,7 (20,0-29,3)
<b>Alkol kullanımı</b>			
Hayat boyu hiç alkol kullanmayanların yüzdesi	83,6 (82,1-85,1)	74,4 (72,0-76,8)	92,7 (91,3-94,1)
Son 1 yıldır hiç alkol kullanmayanların yüzdesi	4,3 (3,6-5,0)	6,5 (5,3-7,6)	2,1 (1,4-2,9)
Alkol kullananların yüzdesi (son 30 günde alkol kullananlar)	8,0 (7,0-9,1)	13,1 (11,2-15,0)	3,0 (2,1-4,0)
Dönemsel yoğun alkol tüketimi yüzdesi (son 30 gün içerisinde her seferinde 6 veya daha fazla "standart içki" tüketimi)	5,2 (4,2-6,2)	8,7 (7,0-10,3)	1,8* (1,0-2,6)
<b>Beslenme</b>			
Bir haftada meyve tüketilen ortalama gün sayısı	4,6 (4,5-4,7)	4,5 (4,4-4,6)	4,8 (4,7-4,9)
Günlük tüketilen ortalama meyve porsiyonu sayısı	1,4 (1,3-1,5)	1,4 (1,3-1,5)	1,5 (1,3-1,6)
Bir haftada sebze tüketilen ortalama gün sayısı	5,1 (5,0-5,2)	4,9 (4,8-5,1)	5,2 (5,1-5,3)
Günlük tüketilen ortalama sebze porsiyonu sayısı	1,7 (1,5-1,8)	1,6 (1,4-1,8)	1,7 (1,6-1,9)
Bir günde 5 porsiyondan daha az meyve ve/veya sebze tüketenlerin yüzdesi	87,8 (86,4-89,3)	87,8 (85,8-89,8)	87,9 (86,3-89,5)
Yemekten önce veya yemek sırasında yemeklerine tuz veya tuzlu sos ekleyenlerin yüzdesi	28,1 (26,3-29,9)	29,3 (26,7-31,9)	26,8 (24,6-29,0)
Her zaman veya sık olarak tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketenlerin yüzdesi	25,5 (23,7-27,4)	27,8 (25,3-30,3)	23,3 (21,0-25,6)
Tuz tüketimini azaltmanın çok önemli olduğunu düşünenlerin yüzdesi	75,6 (73,7-77,6)	73,2 (70,0-76,0)	78,1 (75,9-80,3)



Başlıklar	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
<b>Fiziksel Aktivite</b>			
Yetersiz fiziksel aktivite yapanların yüzdesi (haftada 150 dakikadan az, orta derecede fiziksel aktivite veya eşdeğeri <sup>2</sup> )	43,6 (41,8-45,4)	33,1 (30,5-35,6)	53,9 (51,6-56,3)
Günlük fiziksel aktivite ile geçirilen süre (ortanca)(dakika)(çeyrekler arası aralıkta verilmiştir)	30,0 (4,3-90,0)	51,4 (11,4-180,0)	17,1 (0,0-55,0)
Yoğun olarak fiziksel aktivite yapmayanların yüzdesi	81,3 (79,7-82,8)	70,1 (67,5-72,6)	92,2 (90,8-93,6)
<b>Kanser Taraması</b>			
En az bir kere servikal smear yaptıran 30-65 yaş arası kadınların yüzdesi			54,2 (51,2-57,1)
En az bir kere mamografi yaptıran 40-69 yaş kadınların yüzdesi			57,4 (54,1-60,7)
En az bir kere gaitada gizli kan testi yaptıran 50-70 yaş arası nüfus yüzdesi	25,5 (22,8-28,2)	23,5 (19,7-27,2)	27,6 (24,0-31,3)
Son 10 yılda kolonoskopi yaptıran 50-70 yaş arası nüfus yüzdesi	12,1 (10,1-14,2)	11,1 (8,1-14,0)	13,2 (10,4-16,0)
<b>Fiziksel Ölçümler</b>			
Ortalama Beden Kitle İndeksi - BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	27,4 (27,2-27,6)	26,6 (26,3-26,8)	28,3 (28,0-28,6)
Fazla kilolu kişilerin yüzdesi (BKİ ≥ 25 kg/m <sup>2</sup> ) (obez kişiler dâhil)	64,4 (62,6-66,2)	62,8 (60,2-65,4)	66,0 (63,7-68,4)
Obez olan kişilerin yüzdesi (BKİ ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> )	28,8 (27,3-30,4)	21,6 (19,5-23,8)	35,9 (33,8-38,0)
Bel çevresi ortalama değeri (cm)		91,3 (90,5-92,2)	87,9 (87,1-88,8)
Kalça çevresi ortalama değeri (cm)		98,7 (97,9-99,4)	102,5 (101,8-103,2)
Ortalama sistolik kan basıncı değeri - SKB (mmHg)(yüksek kan basıncı için ilaç kullananlar dahil)	123,0 (122,1-123,8)	125,3 (124,2-126,3)	120,8 (119,7-121,8)
Ortalama diyastolik kan basıncı değeri - DKB (mmHg)(yüksek kan basıncı için ilaç kullananlar dâhil)	78,4 (78,0-78,9)	78,2 (77,6-78,8)	78,7 (78,2-79,2)
Yüksek kan basıncı olanların (SKB ≥ 140 ve/veya DKB ≥ 90 mmHg veya yüksek kan basıncı için halen ilaç kullananların) yüzdesi	27,7 (26,0-29,4)	26,1 (23,7-28,5)	29,3 (27,2-31,5)

Başlıklar	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
Kan basıncı yüksek olanların (SKB $\geq$ 140 ve/veya DKB $\geq$ 90 mmHg) içinde tedavi olmayanların yüzdesi	57,1 (53,8-60,3)	64,7 (60,3-69,1)	50,5 (46,4-54,6)
Kan basıncı kontrol altındaki hipertansif kişiler yüzdesi	23,8 (21,0-26,5)	18,5 (15,2-21,7)	28,4 (24,5-32,3)
<b>Biyokimyasal Ölçümler</b>			
Ortalama açlık kan şekeri değeri (mg/dl) (yüksek kan şekeri için halen ilaç kullananlar dâhil)	97,8 (95,6-99,9)	96,2 (93,7-98,8)	99,3 (96,0-102,5)
Bozulmuş açlık kan şekeri olanların yüzdesi (venöz plazma değeri $\geq$ 110 mg/dl ve $<$ 126 mg/dl)	7,9 (6,3-9,5)	8,1 (5,9-10,4)	7,7 (5,5-10,0)
Yüksek açlık kan şekeri (venöz plazma değeri $\geq$ 126 mg/dl) olanların veya halen yüksek açlık kan şekeri için ilaç kullananların yüzdesi	11,1 (9,4-12,8)	10,6 (8,3-13,0)	11,5 (9,1-13,9)
HbA1c seviyesi $\geq$ %6,5 olanların yüzdesi	12,0 (10,5-13,6)	11,9 (9,6-14,1)	12,2 (10,1-14,4)
HbA1C değeri yüksek ( $\geq$ 6,5%) veya halen diyabet için tedavi alanlar. yüzdesi	13,3 (11,6-14,9)	12,7 (10,4-15,1)	13,8 (11,5-16,1)
Toplam kan kolesterolü ortalaması (mg/dl) (halen yüksek kolesterol için ilaç kullananlar dâhil)	161,2 (158,5-163,8)	154,9 (151,4-158,5)	167,3 (163,7-171,0)
Yüksek kolesterol düzeyi ( $\geq$ 190 mg/dl) olanların veya halen yüksek kolesterol için ilaç kullananların yüzdesi	24,7 (22,3-27,1)	20,9 (17,6-24,1)	28,5 (25,0-31,9)
Yüksek trigliseridi ( $\geq$ 180 mg/dl) olanların yüzdesi	16,7 (14,6-18,9)	19,9 (16,4-23,4)	13,6 (11,2-16,0)
HDL kolesterol düzeyi optimal düzeyin altında olanların yüzdesi (erkekler için $<$ 40 mg/dl ve kadınlar için $<$ 50 mg/dl)	52,3 (49,4-55,3)	55,6 (51,3-59,9)	49,1 (45,1-53,1)
Ortalama günlük tuz tüketimi (g)	9,9 (9,7-10,1)	11,0 (10,8-11,3)	8,7 (8,5-8,8)
<b>Kalp Damar Hastalığı (KDH) riski</b>			
40-69 yaş arasındaki nüfusta 10 yıldır kalp damar hastalığı riski $\geq$ %30 olanlar veya halen kalp damar hastalığı olanların yüzdesi 3	10,5 (8,1-12,9)	13,3 (9,2-17,4)	7,8 (5,3-10,3)
Kalp hastalığı ve inmeden korunmak için ilaç tedavisi ve danışmanlık alan uygun kişilerin yüzdesi 3	55,9 (45,3-66,6)	55,1 (39,6-70,7)	57,0 (44,3-69,8)

Başlıklar	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
<b>Birleşik risk faktörleri özeti</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• halen tütün ürünü kullanma</li> <li>• günlük 5 porsiyondan az meyve ve sebze tüketimi</li> <li>• yetersiz fiziksel aktivite</li> <li>• fazla kiloluk (BKİ <math>\geq 25</math> kg/m<sup>2</sup>)</li> <li>• yüksek kan basıncı (SKB <math>\geq 140</math> ve/veya DKB <math>\geq 90</math> mmHg veya halen yüksek kan basıncı için ilaç kullanma)</li> </ul>			
15 yaş ve üzerinde yukarıdaki risk faktörlerinden herhangi birisi olmayanların yüzdesi <sup>3</sup>	1,3* (0,7-2,0)	1,9* (0,7-3,1)	0,8* (0,4-1,2)
18-44 yaş arasındaki nüfusta yukarıdaki risk faktörlerinden üç veya daha fazlası olanların yüzdesi	42,2 (39,4-44,9)	45,6 (41,4-49,8)	38,9 (35,6-42,3)
45-69 yaş arasındaki nüfusta yukarıdaki risk faktörlerinden üç veya daha fazlası olanların yüzdesi	65,9 (63,2-68,6)	61,5 (57,5-65,5)	70,0 (66,5-73,5)
18-69 yaş arasındaki nüfusta yukarıdaki risk faktörlerinden üç veya daha fazlası olanların yüzdesi	51,0 (48,9-53,0)	51,5 (48,5-54,5)	50,5 (47,8-53,1)
15 yaş ve üzeri nüfusta yukarıdaki risk faktörlerinden üç veya daha fazlası olanların yüzdesi	51,2 (49,3-53,0)	50,3 (47,5-53,2)	51,9 (49,5-54,4)
<b>Seçilen Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Risk Faktörleri için Yaşam Tarzı Önerileri</b>			
Son 12 ay içerisinde sağlık çalışanlarından Sağlıklı Yaşam (sağlıklı beslenme, kilo verme, tütün ürünü kullanmayı bırakma veya fiziksel aktivite) ile ilgili bir veya daha fazla konu üzerine danışmanlık hizmeti veya eğitim alan katılımcıların yüzdesi	40,5 (38,4-42,5)	38,1 (35,3-40,9)	42,9 (40,4-45,3)
<b>Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar risk faktörlerinden kaynaklanan olumsuz sağlık etkileri konusunda farkındalık</b>			
Seçilen BOH risk faktörlerinden herhangi birinin sebep olduğu iki veya daha fazla sağlık sorununu bilenlerin yüzdesi <sup>4</sup>	87,3 (85,9-88,6)	89,1 (87,4-90,8)	85,5 (83,8-87,1)
Tütün ürünleri kullanımının sebep olduğu iki veya daha fazla sağlık sorununu bilenlerin yüzdesi	76,2 (74,4-78,1)	77,0 (74,3-79,6)	75,5 (73,4-77,6)
Yüksek tuz tüketiminin sebep olduğu iki veya daha fazla sağlık sorununu bilenlerin yüzdesi	71,6 (69,8-73,5)	72,3 (69,8-74,9)	71,0 (68,8-73,2)
Yüksek düzey yağ tüketiminin sebep olduğu iki veya daha fazla sağlık sorununu bilenlerin yüzdesi	64,3 (62,2-66,3)	65,7 (63,0-68,4)	62,8 (60,3-65,4)

Başlıklar	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
Düşük miktarda meyve ve/veya sebze tüketiminin sebep olduğu iki veya daha fazla sağlık sorununu bilenlerin yüzdesi	33,2 (31,2-35,2)	32,8 (30,1-35,6)	33,6 (31,2-36,1)
Yetersiz fiziksel aktivitenin sebep olduğu iki veya daha fazla sağlık sorununu bilenlerin yüzdesi	58,3 (56,2-60,5)	59,6 (56,7-62,4)	57,1 (54,5-59,8)
Alkol tüketiminin sebep olduğu iki veya daha fazla sağlık sorununu bilenlerin yüzdesi	74,2 (72,3-76,1)	75,9 (73,4-78,4)	72,5 (70,3-74,7)
Bağımlılık yapıcı madde kullanımının sebep olduğu iki veya daha fazla sağlık sorununu bilenlerin yüzdesi	73,4 (71,6-75,3)	75,5 (73,1-77,9)	71,4 (69,1-73,6)

1 Son bir yıl içinde sağlık çalışanına giden kişiler arasındadır.

2 Yetersiz fiziksel aktiviteye yönelik detaylı tanımlar için Küresel Fiziksel Aktivite Anketi Rehberi'ne (<http://www.who.int/chp/steps/GPAQ/en/index.html>) veya sağlık için fiziksel aktivite üzerine DSÖ Küresel Tavsiyeleri'ne ([http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html)) bakınız. 3 A 10-years CVD risk  $\geq$  30% is defined according to age, sex, blood pressure, smoking status (current smokers OR those who quit smoking less than 1 year before the assessment), total cholesterol and diabetes (previously diagnosed or a fasting plasma glucose concentration  $>$ 126 mg/dl).

3 10 yıllık KVH riski yaş, cinsiyet, kan basıncı, sigara kullanma durumu (halen kullananlar VEYA değerlendirmeden en az 1 yıl önce sigarayı bırakanlar), kolesterol ve diyabet (daha önceden tanısı konulmuş VEYA açlık şekeri  $>$ 126 mg/dl olanlar) durumuna göre tanımlanmıştır.

4 4 B0H risk faktörleri tütün ürünleri kullanımı, yüksek tuz tüketimi, yüksek yağ tüketimi, düşük meyve ve/veya sebze tüketimi, yetersiz fiziksel aktivite, alkol kullanımı ve bağımlılık yapıcı madde kullanımını içermektedir.

\* N < 50.

Ek bilgi için, lütfen Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Yaşam Süresi Ülke Sorumlusu Dr. Toker Ergüder ([ergudert@who.int](mailto:ergudert@who.int)) ile iletişime geçiniz.

Araştırma için mali yardım T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından, Türkiye Cumhuriyeti hükümeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası (Dünya Bankası) arasında imzalanan Sağlık Sistemleri Güçlendirilmesi ve Desteği Projesi' kredi anlaşması altında yapılmıştır. Araştırma için T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'ne teknik destek 10 Kasım 2016'da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti arasında imzalanan Antlaşma kapsamında DSÖ tarafından sağlanmıştır.

# EK 3 : TÜRKİYE HANEHALKI SAĞLIK ARAŞTIRMASI "BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN RİSK FAKTÖRLERİ PREVALANSI", DSÖ STEPS DOKÜMANI 2017, ANKET SORULARI

## 2017 Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı"

Anket Bilgileri		
Yer ve Tarih	Cevap	Kod
Anket No: İlk 4 rakam küme numarası, sonraki 2 rakam hanehalkı sıra numarası, son rakam ikame hane numarasıdır. Anketör için bilgi: Listedeki ilgili bilgiyi yazınız	<input type="text"/>	IX1
İl adı:	<input type="text"/>	IX2
İlçe adı:	<input type="text"/>	IX3
Küme/Merkez/Köy Numarası Anketör için bilgi: Size verilen listeden Küme, Merkez veya Köy numarasını yazınız.	<input type="text"/>	I1
Küme/Merkez/Köy Adı Anketör için bilgi: Size verilen listeden Küme, Merkez veya Köy adını yazınız.	<input type="text"/>	I2
Anketör Adı Soyadı Anketör için bilgi: Anketör kimlik bilgilerini yazınız	<input type="text"/>	I3
Anket Formunun uygulandığı tarih Anketör için bilgi: Anketin tamamlandığı tarihi yazınız	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gün ay yıl	I4
Anket yapılan kişinin Rıza Beyanı (oluru) / İsmi,	Cevap	Kod
Anket yapılan kişinin Rıza Beyanı okundu ve onayı alındı Anketör için bilgi: Uygun cevabı seçiniz	Evet 1 Hayır 2 Eğer Hayır ise bitir	I5
Görüşmenin yapıldığı saat (24 saatlik zaman) Anketör için bilgi: Anket için görüşmenin başladığı zamanı yazınız	<input type="text"/> : <input type="text"/> saat dakika	I7

Soyadı Anketör için bilgi: Soyadını yazınız (katılımcıya bu bilginin gizli tutulacağı sadece takip için gerekli olduğu bilgisini veriniz)		I8
Adı Anketör için bilgi: Adını yazınız (katılımcıya bu bilginin gizli tutulacağı sadece takip için gerekli olduğu bilgisini veriniz)		I9
İletişim Bilgileri		
Mümkünse anket yapılan kişinin cep telefon numarası Anketör için bilgi: Telefon numarasını yazınız (katılımcıya bu bilginin gizli tutulacağı sadece takip için gerekli olduğu bilgisini veriniz)		I10
Mümkünse anket yapılan kişinin ev telefon numarası Anketör için bilgi: Telefon numarasını yazınız (katılımcıya bu bilginin gizli tutulacağı sadece takip için gerekli olduğu bilgisini veriniz)		IX4
Mümkünse anket yapılan kişinin bir yakınının telefon numarası Anketör için bilgi: Telefon numarasını yazınız (katılımcıya bu bilginin gizli tutulacağı sadece takip için gerekli olduğu bilgisini veriniz)		IX5

### Demografik Bilgiler Bölümü

Demografik Bilgiler		
Soru	Cevap	Kod
Cinsiyet (Erkek/ Kadın) Anketör için bilgi: Gözlemine göre uygun olan seçeneği işaretleyiniz	Erkek 1 Kadın 2	C1
Doğum tarihiniz nedir? Bilmiyorum 77 77 7777 Anketör için bilgi: Eğer doğrudan yaş söylenirse hesaplanarak doğum yılı olarak yazılacaktır	□□□□ □□□□ □□□□□□ eğer biliniyorsa C4'e git gün ay yıl	C2
Kaç yaşındasınız? Anketör için bilgi: Katılımcı eğer yaşını bilmiyor ise önemli olaylar vasıtasıyla yaşını tahmin etmesine yardımcı olunuz.	Yaş □□□□	C3
Toplam kaç yıl okula gittiniz ya da tam gün öğrenim aldınız? Anketör için bilgi: okul öncesi hariç	Yıl □□□□	C4

<p>Eğitim durumunuz nedir? Anketör için bilgi: En son bitirdiği okul sorulacaktır. Eğer okul bitirmemiş ise okuma yazma durumu sorulacaktır</p>	<table border="1"> <tr> <td>Okuma-yazma bilmiyor</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Okuma-yazma biliyor fakat resmi bir okul bitirmemiş</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>İlkokul mezunu</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>İlköğretim, ortaokul veya mesleki ortaokul mezunu</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Lise veya mesleki lise mezunu</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2 veya 3 yıllık yüksekokul mezunu</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>4 yıllık yüksekokul veya fakülte mezunu</td> <td>7 -&gt; 6</td> </tr> <tr> <td>Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dâhil) mezunu</td> <td>8 -&gt; 7</td> </tr> <tr> <td>Doktora mezunu</td> <td>9 -&gt; 8</td> </tr> </table>	Okuma-yazma bilmiyor	1	Okuma-yazma biliyor fakat resmi bir okul bitirmemiş	2	İlkokul mezunu	3	İlköğretim, ortaokul veya mesleki ortaokul mezunu	4	Lise veya mesleki lise mezunu	5	2 veya 3 yıllık yüksekokul mezunu	6	4 yıllık yüksekokul veya fakülte mezunu	7 -> 6	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dâhil) mezunu	8 -> 7	Doktora mezunu	9 -> 8	<p>Modifiye C5</p>		
Okuma-yazma bilmiyor	1																					
Okuma-yazma biliyor fakat resmi bir okul bitirmemiş	2																					
İlkokul mezunu	3																					
İlköğretim, ortaokul veya mesleki ortaokul mezunu	4																					
Lise veya mesleki lise mezunu	5																					
2 veya 3 yıllık yüksekokul mezunu	6																					
4 yıllık yüksekokul veya fakülte mezunu	7 -> 6																					
Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dâhil) mezunu	8 -> 7																					
Doktora mezunu	9 -> 8																					
<p>Medeni durumunuz nedir? Anketör için bilgi: Uygun olan seçeneği işaretleyiniz</p>	<table border="1"> <tr> <td>Bekar</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Evli</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Boşanmış</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Eşi ölmüş</td> <td>4</td> </tr> </table>	Bekar	1	Evli	2	Boşanmış	3	Eşi ölmüş	4	<p>Modifiye C7</p>												
Bekar	1																					
Evli	2																					
Boşanmış	3																					
Eşi ölmüş	4																					
<p>Anne babanız akraba mı? Anketör için bilgi: Uygun olan seçeneği işaretleyiniz</p>	<table border="1"> <tr> <td>Evet</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Hayır</td> <td>2</td> </tr> </table>	Evet	1	Hayır	2	<p>CC1</p>																
Evet	1																					
Hayır	2																					
<p>Son 12 ay boyunca yaptığınız işiniz nedir?. (KART veya IPAD deki resmi KULLAN) Anketör için bilgi: Uygun olan seçeneği işaretleyiniz</p>	<table border="1"> <tr> <td>Devlet memuru</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>İşçi</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Esnaf</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Ücretsiz çalışan</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Öğrenci</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Ev hanımı</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Emekli</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>İşsiz (çalışabilir durumda)</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Çalışamayacak durumda engelli veya çok hasta</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Reddetti</td> <td>88</td> </tr> </table>	Devlet memuru	1	İşçi	2	Esnaf	3	Ücretsiz çalışan	4	Öğrenci	5	Ev hanımı	6	Emekli	7	İşsiz (çalışabilir durumda)	8	Çalışamayacak durumda engelli veya çok hasta	9	Reddetti	88	<p>C8</p>
Devlet memuru	1																					
İşçi	2																					
Esnaf	3																					
Ücretsiz çalışan	4																					
Öğrenci	5																					
Ev hanımı	6																					
Emekli	7																					
İşsiz (çalışabilir durumda)	8																					
Çalışamayacak durumda engelli veya çok hasta	9																					
Reddetti	88																					
<p>Hanenizde siz de dâhil olmak üzere kaç kişi yaşamaktasınız?</p>	<p>Kişi sayısı <input type="text"/></p>	<p>CC2</p>																				

Hanenizde siz de dahil olmak üzere 15 yaşından büyük kaç kişi yaşıyor? Anketör için bilgi: 15 yaş ve üzerinin tanımı yıl olarak belirtilecektir	Kişi sayısı <input type="text"/>	CC3
Hanenizde siz de dahil olmak üzere 18 yaşından büyük kaç kişi yaşıyor? Anketör için bilgi: 18 yaş ve üzerinin tanımı yıl olarak belirtilecektir	Kişi sayısı <input type="text"/>	C9
Son bir yıllık süreyi göz önüne aldığınızda evinize bir ay içerisinde giren toplam ortalama gelir yaklaşık ne kadardır? TL/AY Anketör için bilgi: Hanahalkının ortalama aylık gelirini yazınız. Eğer cevap vermek istemez ise X7 nolu soruya geçiniz.	her ay <input type="text"/>	Modifiye C10
	Cevap vermeyi reddetti 88	C10d
Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı?	Var, Sosyal Güvenlik Kurumu (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur) Var, Yeşil Kart 2 Var, Özel Sigorta 3 Diğer 4 Yok 5 Bilmiyor 6	CC4
<b>Sağlık Durumu</b>		
<b>Soru</b>	<b>Cevap</b>	<b>Kod</b>
Sizce sağlık durumunuz genel olarak nasıldır? Anketör için bilgi: Seçenekler okunmalıdır	Çok iyi 1 İyi 2 Orta 3 Kötü 4 Çok kötü 5	HS1



## Sağlığı Etkileyen Davranışsal Etmenler

### Tütün kullanımı

Şimdi size tütün ve tütün ürünlerinin (sigara, sarma sigara, puro (sigar), pipo veya nargile) kullanımınız ile ilgili bazı sorular soracağım.

Soru	Cevap	Kod
<p>Şu anda sigara, puro veya nargile gibi herhangi bir tütün ürünü kullanıyor musunuz? (KART veya IPAD deki resmi KULLAN)</p> <p>Anketör için bilgi: Katılımcıya kullanmakta olduğu herhangi bir tütün ürünü sorunuz</p>	<p>Evet 1</p> <p>Hayır 2 eğer Hayır ise T8'e gidin</p>	T1
<p>Her gün tütün ya da tütün ürünü kullanıyor musunuz?</p> <p>Anketör için bilgi: Bu soru halen tütün ve tütün ürünü kullananlar içindir</p>	<p>Evet 1</p> <p>Hayır 2</p>	T2
<p>Tütün ya da tütün ürünü kullanmaya ilk başladığınızda kaç yaşındaydınız?</p> <p>Anketör için bilgi: Bu soru halen tütün ve tütün ürünü kullananlar içindir. Katılımcıya herhangi bir tütün ürünü ne zaman kullanmaya başladığını sorunuz.</p>	<p>Yaş (yıl)</p> <p>Bilmiyor 77 <input type="checkbox"/> Eğer biliniyorsa T5a/T5aw'ya git</p>	T3
<p>Ne kadar süre önce tütün ya da tütün ürünü içmeye başladığınızı hatırlıyor musunuz? (SADECE BİR SEÇENEĞİ İŞARETLEYİN ) Bilmiyor 77</p> <p>Anketör için bilgi: Eğer katılımcı hangi yaşta tütün kullanmaya başladığını hatırlamıyor ise o zaman hafta, ay veya yıl olarak uygun zamanı belirtiniz</p>	<p>Yıl <input type="checkbox"/> Eğer biliniyorsa T5a/T5aw'ya git</p>	T4a
	<p>Ya da ay <input type="checkbox"/> Eğer biliniyorsa T5a/T5aw'ya git</p>	T4b
	<p>Ya da hafta <input type="checkbox"/></p>	T4c

<p>Ortalama olarak, her gün/haftada kaç tane sıralanan ürünleri içiyorsunuz? (EĞER GÜNLÜKTEN AZ İSE HAFTALIK OLARAK KAYDEDİN) HER TÜRÜ KAYDEDİN, (KART veya IPAD deki resmi KULLAN)) Bilmiyor 7777 Anketör için bilgi: Bu soru halen tütün kullananlar içindir. Eğer kullanmıyor ise her seçenekte boş bırakmak yerine 0 yazınız. Her gün sigara kullananlar için günlük kullandığını yazınız. Eğer düzenli tütün kullananlar her gün kullanmıyor ise haftalık kullandığını ayrıca her gün kullanmayanlar için de haftalık kullandığını yazınız</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 30%; text-align: center;">GÜNLÜK↓</th> <th style="width: 30%; text-align: center;">HAFTALIK↓</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sigara</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>Sarma sigara</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>Pipo</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>Puro</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>Nargile</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>Diğer</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">eğer "Diğer" işaretlediyseniz T5diğer'e git, değilse T6'ya git</td> </tr> <tr> <td>Diğer (lütfen belirtin):</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> </tbody> </table>		GÜNLÜK↓	HAFTALIK↓	Sigara	_ _ _ _	_ _ _ _	Sarma sigara	_ _ _ _	_ _ _ _	Pipo	_ _ _ _	_ _ _ _	Puro	_ _ _ _	_ _ _ _	Nargile	_ _ _ _	_ _ _ _	Diğer	_ _ _ _	_ _ _ _	eğer "Diğer" işaretlediyseniz T5diğer'e git, değilse T6'ya git			Diğer (lütfen belirtin):	_ _ _ _ _ _ _		<p>T5a/T5aw T5b/T5bw T5c/T5cw T5d/T5dw T5e/T5ew T5f/T5fw T5diğer/ T5diğerw</p>
	GÜNLÜK↓	HAFTALIK↓																											
Sigara	_ _ _ _	_ _ _ _																											
Sarma sigara	_ _ _ _	_ _ _ _																											
Pipo	_ _ _ _	_ _ _ _																											
Puro	_ _ _ _	_ _ _ _																											
Nargile	_ _ _ _	_ _ _ _																											
Diğer	_ _ _ _	_ _ _ _																											
eğer "Diğer" işaretlediyseniz T5diğer'e git, değilse T6'ya git																													
Diğer (lütfen belirtin):	_ _ _ _ _ _ _																												
<p>Günlük yada haftalık nargile kullanıyorsanız başladığınızda kaç yaşındaydınız?</p>	<p>Yaş  _ _ </p>	<p>TX1</p>																											
<p>Geçtiğimiz 12 ay boyunca, tütün ya da tütün ürününü bırakmayı denediniz mi? Anketör için bilgi: Bu soru halen tütün kullananlar içindir. Katılımcıya geçtiğimiz 12 ay içinde herhangi bir bırakma girişimini sorunuz</p>	<p>Evet 1 Hayır 2</p>	<p>T6</p>																											
<p>Geçtiğimiz 12 ay içinde, bir doktor veya herhangi bir sağlık çalışanına gittiğinizde sigara (tütün) içmeyi bırakmanız tavsiye edildi mi? Anketör için bilgi: Bu soru halen tütün kullananlar içindir. Katılımcıya doktor yada sağlık çalışanına geçtiğimiz 12 ay içinde yaptıkları herhangi bir ziyareti sorunuz eğer yok ise son 12 ay içinde hiç gitmedi seçeneğini işaretleyiniz</p>	<p>Evet 1 Eğer T2=Evet ise T12'ye git; eğer T2=Hayır ise T9'a git Hayır 2 Eğer T2=Evet ise T12'ye git; eğer T2=Hayır ise T9'a git Geçtiğimiz 12 ay boyunca doktora gitmemiş 3 Eğer T2=Evet ise T12'ye git; eğer T2=Hayır ise T9'a git</p>	<p>T7</p>																											
<p>Geçmişte, herhangi bir tütün ürününü hiç kullandınız mı? (KART veya IPAD deki resmi KULLAN) Anketör için bilgi: Katılımcıya tütün veya tütün ürünü kullanmakta olduğu zamanı düşünmesini sorunuz</p>	<p>Evet 1 Hayır 2 Eğer Hayır ise T12'ye git</p>	<p>T8</p>																											

Geçmişte, günlük (her gün) tütün ya da tütün ürünü hiç kullandınız mı? Anketör için bilgi: Katılımcıya tütün veya tütün ürünü kullanmakta olduğu zamanı düşünmesini sorunuz	Evet 1 Hayır 2	Eğer T1=Evet ise T12'ye git, değilse T10'a git Eğer T1=Evet ise T12'ye git, değilse T10'a git	T9
Tütün ya da tütün ürünü kullanmayı bıraktığınızda kaç yaşındaydınız? Anketör için bilgi: Katılımcıya ne zaman tütün kullanmayı bıraktığını sorunuz	Yaş (yıl) Bilmiyor 77	<input type="text"/> Eğer biliniyorsa, T12'ye git	T10
Ne kadar süre önce tütün ya da tütün ürünü kullanmayı bıraktınız? (SADECE 1'ini KAYDET, 3'ünü DEĞİL) Bilmiyor 77 Anketör için bilgi: Eğer katılımcı tütün kullanmayı ne zaman bıraktığını bilmiyor ise hafta, ay veya yıl olarak uygun zamanı belirtiniz.	Yıl önce	<input type="text"/> Eğer biliniyorsa, T12'ye git	T11a
	Ya da Ay önce	<input type="text"/> Eğer biliniyorsa, T12'ye git	T11b
	Ya da Hafta önce	<input type="text"/>	T11c
Sigara (tütün) kullanmayı bırakmanızda en önemli neden hangisi idi?	Sağlığımı korumak için	1	TX2
	Hastalandığım için	2	
	Ailem, arkadaşlarım bırakmamı istediği için	3	
	Kamu spotlarından etkilendiğim için	4	
	Sağlık personeli (doktor, hemşire, eczacı vb.) önerdiği için	5	
	Diğer	6	
Şu anda enfiye, çiğneme tütün, betel gibi herhangi bir dumansız tütün ürünü kullanıyor musunuz? (KART veya IPAD deki resmi KULLAN) Anketör için bilgi: katılımcıya kullanmakta olduğu herhangi bir dumansız tütün ürünü düşünmesini söyleyiniz.	Evet	1	T12
	Hayır	2	
Şu anda dumansız tütün ürünlerini günlük olarak kullanıyor musunuz? Anketör için bilgi: Bu soru halen dumansız tütün ürünü kullananlar içindir.	Evet	1	T13
	Hayır	2	
Halen Elektronik sigara kullanıyor musunuz ?	Evet	1	TX3
	Hayır	2	

Geçtiğimiz 30 gün içerisinde, evinizde birisi tütün ya da tütün ürünü kullandı mı? <b>Anketör için bilgi: Katılımcı kendisini değil diğer insanları dikkate almalıdır. Tütün kullananlar kendilerini bunun dışında tutmalıdır. Bu soru sadece katılımcının evi hakkında soru sormaktadır. Sadece evin içini kapsamaktadır.</b>	Evet 1	T17
	Hayır 2	
Geçtiğimiz 30 gün içerisinde, işyerinizde birisi (çalışma alanında, binada veya belirli bir ofiste) kapalı alanlarda tütün ya da tütün ürünü kullandı mı? <b>Anketör için bilgi: Kapalı alanda çalışmayanlar için "kapalı alanda çalışmıyor" yazınız. Katılımcıya son 30 gün içinde tütün kullanan birini görüp görmediğini yada duman kokusu alıp almadığını sorunuz.</b>	Evet 1	T18
	Hayır 2	
	Kapalı alanda çalışmıyor 3	
Restoran, kafe, kahvehane, bar gibi kapalı mekânlarda ve kamusal alanlarda tütün kullanımını yasaklayan yasa uygulamalarını destekliyor musunuz?	Evet 1	TX4
	Hayır 2	
	Kararsızım/ Bilmiyorum 3	

### Alkol Tüketimi

Bundan sonraki sorular alkol tüketimini ile ilgilidir.

Soru	Cevap	Kod
Bira, şarap, rakı, votka, viski, cin gibi alkollü içecekleri hiç tükettiniz mi? (KART veya IPAD deki resmi KULLAN VEYA ÖRNEKLER VER) <b>Anketör için bilgi: katılımcıya ilaç hariç alkol içeren herhangi bir içeceği düşünmesini söyleyiniz</b>	Evet 1	A1
	Hayır 2	
Son 12 ay içinde bir alkollü içecek tükettiniz mi? <b>Anketör için bilgi: katılımcıya ilaç hariç alkol içeren herhangi bir içeceği düşünmesini söyleyiniz</b> <b>Eğer katılımcı son 12 ay içinde birkaç yudum alkol tüketmiş olsa bile cevap "Evet" olmalıdır.</b>	Evet 1	A2
	Hayır 2	
Son 30 gün içinde alkollü bir içecek tükettiniz mi? <b>Anketör için bilgi: Uygun seçeneği işaretleyiniz</b> <b>Eğer katılımcı son 30 gün içinde birkaç yudum alkol tüketmiş olsa bile cevap "Evet" olmalıdır.</b>	Evet 1	A5
	Hayır 2	
Son 30 gün içinde, tek bir içme durumu sırasında kaç kez altı veya daha fazla standart içki tükettiniz? <b>Anketör için bilgi: katılımcıya son 30 gün içinde 6 veya daha fazla içki içtiği durum sayısını sorunuz</b>	Kaç kez Bilmiyor 77 <input type="text"/>	A9

**Bağımlılık Yapan Uyuşturucu Madde Kullanımı örnek: esrar ve türevleri, uçucular (uhu, bali, tiner), uyarıcılar (ekstazi, enerji içecekleri), eroin, kokain**

Bundan sonraki sorular bağımlılık yapan uyuşturucu madde kullanımı ile ilgilidir ve mevcut sağlık durumunuz hakkında bilgi almak için sorulmaktadır.

Soru	Cevap	Kod
Bağımlılık yapan uyuşturucu madde kullanma ile ilgili durumunuz nedir?	Hiç kullanmadım 1	ADD1
	Denedim 2	
	Kullandım, kendi kendime bıraktım 3	
	Kullandım, tedaviyle bıraktım 4	
	Şu anda kullanıyorum 5	
Son 12 ay içinde başvurduğunuz bir sağlık kuruluşundaki sağlık çalışanı veya doktorlar tarafından uyuşturucu madde kullanıp kullanmadığınız yönünde bir soru soruldu mu?	Evet, Aile Sağlığı Merkezinde 1	ADD2
	Evet, diğer sağlık kuruluşunda 2	
	Hayır 3	
Son 12 ay içinde uyuşturucu madde kullanımının zararlarını anlatan herhangi bir bilgilendirmeye broşür/afiş, uzmanlar tarafından verilen eğitim, bilgilendirme toplantısı, kamu spotu aracılığı ile rastladınız mı? Anketör için bilgi: Alkol ve sigara dışında olduğu belirtilmelidir	Evet 1	ADD3
	Hayır 2	
Alo 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattını duydunuz mu?	Evet 1	ADD4
	Hayır 2	

**Beslenme**

Bundan sonraki sorular meyve ve sebze tüketiminiz ile ilgilidir. Size meyve ve sebzelerin örneklerini gösteren bir beslenme kartı göstereceğim. Her bir resim bir servis boyutunu temsil eder. Bu soruları cevaplarken lütfen geçen yıl içindeki tipik (normal) bir haftanızı düşünün.

Soru	Cevap	Kod
Haftada, kaç gün meyve yersiniz? (KART veya IPAD deki resmi KULLAN) Anketör için bilgi: Katılımcıya kartta gösterilen herhangi bir meyveyi düşünmesini söyleyiniz. Tipik bir hafta beslenmenin kültür, din veya diğer olaylardan etkilenmediği bir haftadır. Katılımcıya ortalama bir zaman için bilgi vermemesini söyleyiniz	Gün sayısı 5 Bilmiyor 77 6 <input type="checkbox"/> Eğer Sıfır gün ise, D3'e git	D1

<p>Meyve yediğiniz bu günlerde kaç porsiyon meyve yersiniz? Anketör için bilgi: Katılımcıya kolay hatırlayabildiği bir günü sorunuz karttaki porsiyonlara atıfta bulununuz.</p> <p>(KART veya IPAD deki resmi KULLAN)</p>	<p>Porsiyon sayısı <input type="text" value="77"/> <input type="text" value="77"/></p> <p>Bilmiyor 77</p>	D2
<p>Haftada, kaç gün sebze yersiniz? (KART veya IPAD deki resmi KULLAN) Anketör için bilgi: Katılımcıya kartta gösterilen herhangi bir meyveyi düşünmesini söyleyiniz. Tipik bir hafta beslenmenin kültür, din veya diğer olaylardan etkilenmediği bir haftadır. Katılımcıya ortalama bir zaman için bilgi vermemesini söyleyiniz</p>	<p>Gün sayısı <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> Eğer Sıfır gün ise, D5'e git</p> <p>Bilmiyor 77</p>	D3
<p>Sebze yediğiniz bu günlerde kaç porsiyon sebze yersiniz? (KART veya IPAD deki resmi KULLAN) Anketör için bilgi: Katılımcıya kolay hatırlayabildiği bir günü sorunuz karttaki porsiyonlara atıfta bulununuz.</p>	<p>Porsiyon sayısı <input type="text" value="77"/> <input type="text" value="77"/></p> <p>Bilmiyor 77</p>	D4
<p>Haftada ne sıklıkla şeker ilave edilmiş (gazlı/ gazsız) meyve suyu, meyve nektarı, meyve konsantresi, meyveli şurup ve şeker ilave edilmiş çay veya kahve vb., içecekler tüketirsiniz</p>	<p>Her zaman 1</p> <p>Sıklıkla 2</p> <p>Bazen 3</p> <p>Nadiren 4</p> <p>Asla 5</p> <p>Bilmiyorum 77</p>	DX1
<p>Ne sıklıkla şeker oranı yüksek işlenmiş gıda tüketirsiniz? Şeker oranı yüksek işlenmiş gıdadan kastım 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 dolgulu, jöleli kek; pasta, kurabiye gibi doğal hali değiştirilmiş gıdalar.</p>	<p>Her zaman 1</p> <p>Sıklıkla 2</p> <p>Bazen 3</p> <p>Nadiren 4</p> <p>Asla 5</p> <p>Bilmiyorum 77</p>	DX2

## 11 Tuz Tüketimi

12 Aşağıdaki sorularla beslenmenizdeki tuz tüketimini anlamayı amaçlıyoruz. Sofra tuzu ve deniz tuzu, iyotlu tuz ve tuzlu et bulyon gibi ham tuzlar ve soya sosu veya balık sosu gibi tuzlu soslar (bkz. tanım kartı) diyetetik tuzlar olarak tanımlanabilir. Sorular kapsamında yemeğinizi tüketmeden önce veya pişirirken üzerine tuz ekleyip eklemediğiniz, tuz oranı yüksek işlenmiş gıdalar tüketip tüketmediğiniz ve tuz tüketiminizin azaltımı sorulmaktadır. Düşük tuz tükettiğinizi düşünüyorsanız bile lütfen aşağıdaki soruları cevaplayın.

**Anketör için bilgi: Bu bilgiyi yüksek sesle okuyunuz. Katılımcıya sorulara cevap vermesine yardımcı olacak kartları göstermeyi unutmayınız**

<p>Yemeklerinize yemeden önce ya da yerken ne sıklıkla tuz ya da soya sosu veya salça gibi tuzlu soslar ekliyorsunuz? <b>(KART veya IPAD deki resmi KULLAN)</b></p> <p><b>Anketör için bilgi: Cevap seçenekleri yüksek sesle okuyunuz. Tuz ve tuzlu sosları gösteren kartları kullanınız.</b></p>	<p>Her zaman 1 Sıklıkla 2 Bazen 3 Nadiren 4 Asla 5 Bilmiyorum 77</p>	D5
<p>Evde yemek pişirirken ne sıklıkla tuz, tuzlu çeşni et tadı veren bulyonlar, baharat ve tuz içeriği yüksek hazır karışımlar vb. veya tuzlu sos ekliyorsunuz?</p> <p><b>Anketör için bilgi: Cevap seçenekleri yüksek sesle okuyunuz. Uygun seçeneği işaretleyiniz</b></p>	<p>Her zaman 1 Sıklıkla 2 Bazen 3 Nadiren 4 Asla 5 Bilmiyorum 77</p>	D6
<p>Ne sıklıkla tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketiyorsunuz? Tuz oranı yüksek işlenmiş gıdadan kastım paketlenmiş tuzlu atıştırmalıklar, turşu ve konserveler, ayaküstü restoranlarda hazırlanan tuzlu gıdalar, peynir, pastırma, sucuk, sosis, şalgam suyu ve işlenmiş et gibi doğal hali değiştirilmiş gıdalar.</p> <p><b>[Örnekler verin](KART veya IPAD deki resmi KULLAN)</b></p> <p><b>Anketör için bilgi: Cevap seçenekleri yüksek sesle okuyunuz. Tuz oranı yüksek işlenmiş gıdaları gösteren kartları kullanınız.</b></p>	<p>Her zaman 1 Sıklıkla 2 Bazen 3 Nadiren 4 Asla 5 Bilmiyorum 77</p>	D7
<p>Ne kadar tuz ya da tuzlu salça tükettiğinizi düşünüyorsunuz?</p> <p><b>Anketör için bilgi: Cevap seçenekleri yüksek sesle okuyunuz. Uygun seçeneği işaretleyiniz</b></p>	<p>Çok fazla 1 Fazla 2 Hemen hemen gerekli miktarda 3 Çok az 4 Çok çok az 5 Bilmiyorum 77</p>	D8
<p>Günlük beslenmenizde tuzun azaltılması sağlık durumunuz açısından sizce önemli midir?</p> <p><b>Anketör için bilgi: Uygun seçeneği işaretleyiniz</b></p>	<p>Çok Önemli 1 Biraz önemli 2 Önemli değil 3 Bilmiyorum 77</p>	DX3

Tuz tüketiminizi kontrol etmek için aşağıdakileri düzenli olarak yapıyor musunuz? (Her birini kaydedin)		
İşlenmiş gıdaların tüketimini sınırlıyor musunuz?	Evet 1 Hayır 2	D11a
Gıdaların üzerindeki içindekiler etiketinden tuz ya da sodyum oranına bakıyor musunuz?	Evet 1 Hayır 2	D11b
Düşük tuz/sodyum alternatifleri satın alıyor musunuz?	Evet 1 Hayır 2	D11c
Yemek pişirirken tuz yerine diğer baharatlar kullanıyor musunuz?	Evet 1 Hayır 2	D11d
Ev dışında hazırlanmış yiyecekleri tüketmekten kaçınıyor musunuz?	Evet 1 Hayır 2	D11e
Özellikle tuz tüketimini kontrol etmek için ilave şeyler yapıyor musunuz?	Evet 1 Cevabınız evet ise, D11 diğer seçeneğine gidin Hayır 2	D11f
Diğer (lütfen açıklayın)		D11diğer
Hanenizde yemek yapılırken en sık ne tür sıvı veya katı yağ kullanılır? (KART veya IPAD deki resmi KULLAN) (SADECE BİRİNİ SEÇ) Anketör için bilgi: Uygun seçeneği işarteleyiniz	zeytin yağı, 1 fındık yağı ayçiçek yağı, soya yağı, 2 mısırözü yağı Kuyruk yağı 3 Tereyağı 4 Margarin 5 Diğer 6 Özellikle "şudur" diyemem 7 Hiç kullanılmıyor 8 Bilmiyor 9	D12
Ortalama, haftada kaç öğün evde hazırlanmamış yiyecek yersiniz? Öğün olarak, kahvaltı, öğle yemeği ve akşam yemeğini kastediyorum.	Sayı <input type="text"/> Bilmiyor 77	D13
Günde kaç bardak su içersiniz?	Sayı <input type="text"/> Bilmiyor 77	DX4



<b>Fiziksel Aktivite</b>			
Size bir haftada farklı fiziksel aktiviteler yaparken harcadığınız zamanla ilgili sorular soracağım. Kendinizi fiziksel olarak aktif biri olarak nitelendirmeseniz bile lütfen bu soruları cevaplayınız. Öncelikle işte harcadığınız zamanı düşünün. İş olarak ücretli veya ücretsiz çalışma, öğrenim/egitim, ev işleri, tarla işleri, balıkçılık veya avcılık ve iş aramayı düşünün. [Gerekirse başka örnekler ekle]. Aşağıdaki sorularda 'ağır/çok yoğun aktiviteler', ağır fiziksel çaba gerektiren ve nefes alış/veriş veya kalp atışında büyük artışlara neden olan aktiviteleri; 'orta/yoğun aktiviteler', orta derecede fiziksel efor gerektiren ve nefes alış/veriş veya kalp atışında küçük artışlara neden olan aktiviteleri ifade eder.			
<b>Soru</b>	<b>Cevap</b>		<b>Kod</b>
<b>İş</b>			
İşiniz, ağır yük taşıma veya kaldırma, kazma veya inşaat işi gibi ağır/çok yoğun aktiviteleri kapsıyor mu [en az 10 dakika devam eden ve nefes alış/verişte veya kalp atışında büyük artışlara neden olan]? [ÖRNEKLER EKLE] (KART veya IPAD deki resmi KULLAN)	Evet	1	P1
	Hayır	2 Eğer Hayır ise, P4'e git	
Normal bir haftada, kaç gün işinizin bir parçası olarak ağır/çok yoğun aktiviteleri yapıyorsunuz?	Gün sayısı	<input type="text"/>	P2
Normal bir gün içinde, işinizde ağır/çok yoğun aktiviteleri yaparken ne kadar zaman harcıyorsunuz?	Saat : dakika	<input type="text"/> : <input type="text"/> sa. dak.	P3 (a-b)
İşiniz, tempolu yürüyüş veya hafif yük taşıma gibi orta/yoğun aktiviteleri kapsıyor mu [en az 10 dakika devam eden ve nefes alış/verişinizde veya kalp atışında küçük artışlara neden olan]? [ÖRNEKLER EKLE] (KART veya IPAD deki resmi KULLAN)	Evet	1	P4
	Hayır	2 Eğer Hayır ise, P7'ye git	
Normal bir haftada, kaç gün işinizin bir parçası olarak orta/yoğun aktiviteleri yapıyorsunuz?	Gün sayısı	<input type="text"/>	P5
Normal bir gün içinde, işinizde orta/yoğun aktiviteleri yaparken ne kadar zaman harcıyorsunuz?	Saat : dakika	<input type="text"/> : <input type="text"/> sa. dak.	P6 (a-b)
<b>Bir yerden bir yere ulaşım</b>			
Sonraki sorular az önce bahsettiğiniz işyerindeki fiziksel aktivitelerin dışındakilerdir. Şimdi size nasıl seyahat ettiğinizle ilgili sorular soracağım. Örneğin işe, alışverişe, markete, camiye gitmek gibi. (gerekirse diğer örnekleri ekleyin)			
Bir yerden bir yere gitmek için aralıksız en az 10 dakika yürür müsünüz?	Evet	1	P7
	Hayır	2 Eğer Hayır ise, P 10'a git	
Normal bir haftada, kaç gün bir yerden bir yere gitmek için aralıksız en az 10 dakika yürürsünüz?	Gün sayısı	<input type="text"/>	P8
Normal bir günde bir yerden bir yere gitmek için yürüyerek ne kadar zaman harcarsınız?	Saat : dakika	<input type="text"/> : <input type="text"/> sa. dak.	P9 (a-b)

Eğlence ve Boş Zaman Etkinlikleri			
Bundan sonraki sorular daha önce cevapladığınız iş ve ulaşım aktiviteleri dışındaki aktiviteleriniz ile ilgilidir. Şimdi size spor, fitness ve eğlence aktiviteleri (boş zaman),ile ilgili sorular sormak istiyorum.			
Aralıksız en az 10 dakika süreyle ağırlık kaldırma, hızlı bisiklet sürme, yüzme, toprağı belleme, tenis oynama, koşma veya futbol gibi nefes alış/verişte veya kalp atışında çok büyük artışa neden olan ağır/çok yoğun sporlar, fitness veya boş zaman aktiviteleri yapar mısınız? [ÖRNEKLER EKLE] (KART veya IPAD deki resmi KULLAN)	Evet 1  Hayır 2	Eğer Hayır ise, P 13'e git	P10
Normal bir haftada, kaç gün ağır/çok yoğun sporlar, fitness veya eğlence (boş zaman) aktiviteleri yaparsınız?	Gün sayısı	<input type="text"/>	P11
Normal bir gün içinde, ağır/çok yoğun sporları, fitness veya eğlence aktivitelerini yaparken ne kadar zaman harcarsınız?	Saat: dakika	<input type="text"/> : <input type="text"/> sa. dak.	P12 (a-b)
Aralıksız en az 10 dakika süreyle tempolu yürüyüş, bisiklete binme, yüzme, voleybol, hafif yük taşıma, hızlı yürüyüş, süt sağma, kuyudan su çekme, badana-boya işi, bahçe işleri gibi solunum ve kalp hızında küçük artışa sebep olan orta/yoğun sporlar, fitness veya eğlence (boş zaman) aktiviteleri yapar mısınız? [ÖRNEKLER EKLE] (KART veya IPAD deki resmi KULLAN)	Evet 1  Hayır 2	Eğer Hayır ise, P16'ya git	P13
Normal bir haftada, kaç gün orta/yoğun sporlar, fitness veya eğlence (boş zaman) aktivitelerini yaparsınız?	Gün sayısı	<input type="text"/>	P14
Normal bir gün içinde orta/yoğun sporlar, fitness veya eğlence (boş zaman) aktivitelerini yaparken ne kadar zaman harcarsınız?	Saat : dakika	<input type="text"/> : <input type="text"/> sa. dak.	P15 (a-b)
Sedanter davranış biçimi			
Aşağıdaki sorular işte, evde, bir yerden bir yere giderken veya arkadaşlarla birarada otururken, arabayla, otobüsle ve trenle seyahatte, okurken, kart oynarken veya televizyon izlerken oturarak veya uzanarak geçen zamanla ilgilidir. Fakat uyurken geçen zaman buna dahil değildir. [ÖRNEKLER EKLE] (KART veya IPAD deki resmi KULLAN)			
Normal bir gün içinde genellikle oturarak veya uzanarak ne kadar zaman harcarsınız?	Saat : dakika	<input type="text"/> : <input type="text"/> sa. dak.	P16 (a-b)
Yüksek Kan Basıncı Hikayesi			
Soru	Cevap		Kod
Hayatınız boyunca Tansiyonunuz doktor veya sağlık çalışanı tarafından ölçüldü mü?	Evet 1  Hayır 2	Eğer Hayır ise, H6'ya git	H1
Yüksek kan basıncınız veya hipertansiyonunuz olduğu bir doktor veya başka bir sağlık çalışanı tarafından hiç söylendi mi?	Evet 1  Hayır 2	Eğer Hayır ise, H6'ya git	H2a

Son 12 ay içinde mi söylendi?	Evet 1 Hayır 2	H2b
Son 2 hafta içinde, yüksek kan basıncı için bir doktor tarafından reçete edilmiş herhangi bir ilaç kullandınız mı?	Evet 1 Hayır 2	H3
Yüksek tansiyon (hipertansiyon) hastalığınızın tedavisi için halihazırda aşağıdakilerden hangisi veya hangilerini yapıyorsunuz? <b>Anketör için bilgi: Birden fazla seçenek işaretlenebilir</b>	Düzenli ilaç kullanıyorum 1 Düzensiz ilaç kullanıyorum 2 Bitkisel ilaç kullanıyorum 3 Fiziksel aktivite yapıyorum 4 Diyet yapıyorum 5 Hiçbir şey yapmıyorum 6 Diğer 7	HX1

<b>Şeker Hastalığı Hikayesi</b>		
<b>Soru</b>	<b>Cevap</b>	<b>Kod</b>
Hayatınız boyunca kan şekeriniz doktor veya sağlık çalışanı tarafından ölçüldü mü?	Evet 1 Hayır 2 Eğer Hayır ise, H12'ye git	H6
Bir doktor veya başka bir sağlık çalışanı tarafından yüksek kan şekeri veya şeker hastalığınızın olduğu hiç söylendi mi?	Evet 1 Hayır 2 Eğer Hayır ise, H12'ye git	H7a
Son 12 ay içinde mi söylendi?	Evet 1 Hayır 2	H7b
Şeker hastalığı (diyabet) tipiniz nedir?	Tip 1 Diyabet 1 Tip 2 Diyabet 2 Diğer (gebelik vb.) 3 Bilmiyorum 4	HX2
Son 2 hafta içinde, diyabet için bir doktor tarafından reçete edilmiş herhangi bir ilaç kullandınız mı?	Evet 1 Hayır 2	H8
Şu anda, diyabet için bir doktor tarafından reçete edilmiş insülin kullanıyor musunuz?	Evet 1 Hayır 2	H9

Şeker hastalığınızın (diyabet) tedavisi için halihazırda aşağıdakilerden hangisi veya hangilerini yapıyorsunuz? Anketör için bilgi: Birden fazla seçenek işaretlenebilir	Düzenli ilaç kullanıyorum 1 Düzensiz ilaç kullanıyorum 2 Bitkisel ilaç kullanıyorum 3 Fiziksel aktivite yapıyorum 4 Diyet yapıyorum 5 Hiçbir şey yapmıyorum 6 Diğer 7	HX3
HbA1C yada son üç aylık açlık ve tokluk kan şekeri ortalamasını gösteren değeriniz kaçtır?	Hiç ölçülmedi 1 % 6'nın altı 2 % 6-7,9 arası 3 % 8-9,9 arası 4 %10 ve üstü 5 Hatırlamıyorum 6	HX4

Yüksek Total Kolesterol Hikayesi		
Soru	Cevap	Kod
Hayatınız boyunca kolesterolünüz (kanınızdaki yağ miktarı) doktor ya da sağlık çalışanı tarafından ölçüldü mü?	Evet 1 Hayır 2 Hayır ise H17'ye gidiniz	H12
Bir doktor ya da bir sağlık çalışanı size yüksek kolesterolünüzün olduğu söyledi mi?	Evet 1 Hayır 2 Hayır ise H17'ye gidiniz	H13a
Son 12 ay içerisinde mi söylendi?	Evet 1 Hayır 2	H13b
Son 2 hafta içerisinde artmış kolesterol seviyesi için bir doktor tarafından reçetelenmiş oral tedavi aldınız mı?	Evet 1 Hayır 2	H14
Yüksek kolesterol (hiperkolesterolemi) hastalığınızın tedavisi için halihazırda aşağıdakilerden hangisi veya hangilerini yapıyorsunuz? Anketör için bilgi: Birden fazla seçenek işaretlenebilir	Düzenli ilaç kullanıyorum 1 Düzensiz ilaç kullanıyorum 2 Bitkisel ilaç kullanıyorum 3 Fiziksel aktivite yapıyorum 4 Diyet yapıyorum 5 Hiçbir şey yapmıyorum 6 Diğer 7	HX5

Kardiyovasküler Hastalık Hikayesi		
Hiç kalp krizi geçirdiniz mi veya kalp hastalığı nedeni ile göğüs ağrınız (anjina) oldu mu veya inme/felç (serebrovasküler hastalık veya olay) geçirdiniz mi?	Evet 1 Hayır 2 Hayır ise H18'ye gidiniz	H17
İlk kez kaç yaşında kalp krizi veya kalp hastalığı nedeni ile göğüs ağrısı (anjina) veya inme/felç (serebrovasküler hastalık veya olay) geçirdiniz?	Yaş <input type="text"/>	HX6
Şu anda kalp hastalığı tedavisi için veya kalp hastalığını önlemek için düzenli olarak aspirin (corapsin, ecopirin) alıyor musunuz?	Evet 1 Hayır 2	H18
Şu anda kalp hastalığı tedavisi için veya kalp hastalığını önlemek için düzenli olarak statin (Lovastatin/Simvastatin/Atorvastatin veya başka bir statin) alıyor musunuz?	Evet 1 Hayır 2	H19

Kronik Hastalık Aile Hikayesi		
Sizin Anne-Baba, kardeşlerinizde bilinen/tanı konmuş ilaç kullanımını gerektiren süreğen/kronik bir hastalık var mı?	Evet 1 Hayır 2 Hayır ise bir sonraki bölüme gidiniz	FH1
Sizin Anne-Baba ve kardeşlerinizde bilinen/tanı konmuş ilaç kullanımını gerektiren süreğen/kronik hastalık var mı? <b>Anketör için Bilgi: Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz</b>	Tip 2 Diyabet (şeker hastalığı) 1 Hipertansiyon (yüksek tansiyon) 2 Hiperkolesterolemi (kan yağ yüksekliği) 3 kalp krizi 4 göğüs ağrınız (anjina) 5 inme/felç (serebrovasküler hastalık veya olay) 6 Kanser 7 Diğer 8	FH2
Anne-Baba veya kardeşlerinizden birisi erken yaşta kalp krizi veya kalp hastalığı nedeni ile göğüs ağrısı (anjina) geçirdi mi ? <b>Anketör için Bilgi: erken yaş erkek ise 55, kadın ise 65 yaşından önce olarak belirtilmelidir.</b>	Evet 1 Hayır 2	FH3

<b>Astım, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Kanser Hikayesi</b>		
Hekim tarafından tanısı konulmuş Astım (alerjik astım dahil) hastalığınız var mı?	Evet 1 Hayır 2	CD1
Hekim tarafından tanısı konulmuş Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığınız (KOAH/amfizem/kronik bronşit) var mı?	Evet 1 Hayır 2	CD2
Son 12 ayda herhangi bir kanser tanısı aldınız mı?	Evet 1 Hayır 2 Hayır ise bir sonraki bölüme gidiniz	CD3
Hangi kanser tanısını aldığınızı belirtiniz	Tanı alınan kanserin adı:	CD4
<b>Hayat Tarzı Önerileri</b>		
Kilonuzu/Ağırlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?	Zayıf (düşük ağırlıklı) 1 Normal kilolu 2 Toplu, hafif şişman, fazla kilolu 3 Şişman (obez) 4 Çok şişman (morbidobez) 5	BW1
Son 12 ay içerisinde, doktor veya bir sağlık çalışanı size sağlık durumunuza özel olarak aşağıdakilerden birini yapmanızı önerdi mi? (HER BİRİNİ KAYDEDİN) <b>Anketör için not: Uygun seçeneği işaretleyiniz. Katılımcıya sadece doctor veya sağlık çalışanından aldığı öneriyi dikkate alması gerektiğini hatırlatınız.</b>		
Sigarayı bırakın ya da başlamayın	Evet 1 Hayır 2	H20a
Diyetinizdeki tuzu azaltın	Evet 1 Hayır 2	H20b
Günde en az 5 porsiyon meyve ve/veya sebze yiyin	Evet 1 Hayır 2	H20c
Yemeklerinizdeki yağı azaltın	Evet 1 Hayır 2	H20d
Fiziksel aktivite yapmaya başlayın ya da fiziksel aktiviteyi artırın	Evet 1 Hayır 2	H20e
Kilo verin ya da kilonuzu koruyun	Evet 1 Hayır 2	H20f

## Risk Faktörlerinin Olumsuz Sağlık Etkileri

Anketör için bilgi: Aşağıdaki sorulara cevap Evet ise seçenekler okunarak birden fazla seçenek işaretlenebilir

Soru	Cevap	Kod
Bildiğinize ya da inandığınıza dayanarak, tütün içmek şimdi size okuyacağım sağlık sorunlarından hangisi/hangilerine sebep olur?	Akciğer hastalığı 1 Kanser 2 Kalp krizi 3 İnme (felç) 4 Yüksek tansiyon (hipertansiyon) 5 Hiçbiri 6 Bilmiyorum/Fikrim yok 77	RF1
Bildiğinize ya da inandığınıza dayanarak, diyetinizde çok fazla tuz ya da tuzlu sos/ salça kullanımı şimdi size okuyacağım sağlık sorunlarından hangisi/hangilerine sebep olur ?	Yüksek tansiyon (hipertansiyon) 1 Kalp krizi 2 Böbrek hastalığı 3 İnme (felç) 4 Mide kanseri 5 Hiçbiri 6 Bilmiyorum/Fikrim yok 77	RF2
Bildiğinize ya da inandığınıza dayanarak, daha az meyve sebze tüketimi şimdi size okuyacağım sağlık sorunlarından hangisi/hangilerine sebep olur ?	Kalp krizi 1 İnme (felç) 2 Kanser 3 Şeker Hastalığı (Diyabet) 4 Hiçbiri 5 Bilmiyorum/Fikrim yok 77	RF3
Bildiğinize ya da inandığınıza dayanarak, fiziksel yönden aktif/hareketli olmamak şimdi size okuyacağım sağlık sorunlarından hangisi/hangilerine sebep olur ?	Kalp krizi 1 İnme (felç) 2 Kanser 3 Şeker Hastalığı (Diyabet) 4 Hiçbiri 5 Bilmiyorum/Fikrim yok 77	RF4
Bildiğinize ya da inandığınıza dayanarak, aşırı yağlı yemek şimdi size okuyacağım sağlık sorunlarından hangisi/hangilerine sebep olur ?	Kalp krizi 1 İnme (felç) 2 Kanser 3 Şeker Hastalığı (Diyabet) 4 Hiçbiri 5 Bilmiyorum/Fikrim yok 77	RF5
Bildiğinize ya da inandığınıza dayanarak, alkol kullanmak şimdi size okuyacağım sağlık sorunlarından hangisi/hangilerine sebep olur ?	Kalp krizi 1 İnme (felç) 2 Kanser 3 Karaciğer sirozu 4 Psikolojik zarar ve bağımlılık 5 Hiçbiri 6 Bilmiyorum/Fikrim yok 77	RF6

Bildiðinize ya da inandığınıza dayanarak, bağımlılık yapan uyuşturucu madde kullanmak şimdi size okuyacağım sağlık sorunlarından hangisi/hangilerine sebep olur ?	Karaciğer yetmezliği	1	RF7
	Beyin hasarı	2	
	Psikiyatrik hastalıklar (depresyon, şizofreni vb.)	3	
	Cinsel iktidarsızlık	4	
	Hiçbiri	5	
Bilmiyorum/Fikrim yok	77		

Kanser Tarama Testleri		
Soru	Cevap	Kod
Kanser taramalarının Aile Sağlığı Merkezleri ve Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) ücretsiz olarak yapıldığını duydunuz mu?	Evet 1 Hayır 2	CA1
Gaitada gizli kan testini en son ne zaman yaptırınız? <b>Anketör için bilgi: bu soru 50-70 yaş arası katılımcılar içindir.</b>	Son 12 ay içerisinde 1 1 yıldan çok, 2 yıldan az süre önce 2 2 yıldan çok, 5 yıldan az süre önce 3 5 yıldan fazla süre önce 4 Hiç yaptırmadım 5	CA2
Son 10 yılda kolonoskopi yaptırınız mı?	Evet 1 Hayır 2	CA3
En son ne zaman mamografi (meme filmi) çektirdiniz? <b>Anketör için bilgi: bu soru 40-69 yaş arası kadınlar içindir.</b>	Son 12 ay içerisinde 1 1 yıldan çok, 2 yıldan az süre önce 2 2 yıldan çok, 5 yıldan az süre önce 3 5 yıldan fazla süre önce 4 Hiç yaptırmadım 5	CA4
En son ne zaman servikal smear (rahim ağzı sürüntüsü) testi yaptırınız? <b>Anketör için bilgi: bu soru 30-65 yaş arası kadınlar içindir.</b>	Son 12 ay içerisinde 1 1 yıldan çok, 3 yıldan az süre önce 2 3 yıldan çok, 5 yıldan az süre önce 3 5 yıldan fazla süre önce 4 Hiç yaptırmadım 5	CA5

Kazalar ve Yaralanmalar		
Soru	Cevap	Kod
Son 12 ay içerisinde, yaralanma ile sonuçlanan herhangi bir kaza geçirdiniz mi?	Evet 1 Hayır 2 (Eğer cevap Hayır ise TRT 1 sorusuna geçiniz) Bilmiyor 77 (Eğer cevap Bilmiyor ise TRT 1 sorusuna geçiniz) Cevap vermeyi reddetti 88 (Eğer Cevap vermeyi reddetti ise TRT 1 sorusuna geçiniz)	AC1



Yaralanma ile sonuçlanan kazanın nedenini belirtiniz Anketör için bilgi: Zehirlenme ve hayvan ya da böcek ısırması sonucu kaynaklanan yaralanmaları dâhil ediniz. Diğer insanların kasıtlı hareketlerinden meydana gelen yaralanmaları hariç tutunuz.	Trafik kazası 1 Ev kazası 2 İş kazası 3 Diğer (lütfen belirtiniz) 4	AC2
Herhangi bir kaza geçirdi iseniz tıbbi tedaviye ihtiyaç duyduunuz mu? Anketör için bilgi: *düşünülen tipte birden çok kaza varsa, soru en ciddi olan kaza içindir (ciddi kaza ciddi tedavi gerektiren yaralanmadır).	Evet, Ayaktan tedavi aldım 1 Evet, Hastanede yatarak tedavi aldım 2 Hayır, tedaviye ihtiyacım olmadı 3	AC3

### Yatarak ya da Ayaktan Tedavi

Anketör için bilgi: Günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler sağlık kurumlarında yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan aşağıda belirtilen işlemlerdir. Bu işlemler kemoterapi tedavisi; radyoterapi tedavisi; genel anestezi, bölgesel/lokal anestezi, intravenöz veya inhalasyon ile sedasyon gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi tüm işlemler; kapsül endoskopi; diyaliz tedavileri; kan, kan bileşeni, kan ürünü veya ilaçların intravenöz infüzyonu vb.dir (Sağlık Bakanlığı, Sağlık Uygulama Tebliği)  
BU SORU SADECE H2a, H7a, H13a, H17, CD1, CD2, CD3 SORULARINA EVET CEVABI VEREN KATILIMCILARA SORULACAKTIR

Soru	Cevap	Kod
Son 12 ay içerisinde hastaneye hipertansiyon, kalp damar hastalığı, İnme/felç, diyabet (şeker hastalığı), kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), amfizem, kronik bronşit) veya astım hastalığınızın tedavisi amacıyla başvurduğunuz mu ?	Evet 1 Hayır 2 (Cevap Hayır ise bir sonraki bölüme geçiniz)	TRT1
Nasıl bir tedavi aldınız? Anketör için bilgi: birden fazla seçenek işaretlenebilir	Ayaktan tedavi 1 24 saatten daha kısa süreli günübirlik tedavi 2 24 saatten daha uzun süreli tedavi 3	TRT2

Ayaktan Tanı-Tedavi ve Evde Sağlık Hizmeti		
Bu sorular size Hipertansiyon, Kalp Damar Hastalığı, İnme/felç, Diyabet (Şeker Hastalığı), Kanser, Kronik Solunum Yolu Hastalığı (KOAHA/Amfizem/Kronik Bronşit) veya Astım Hastalığı için sorulmaktadır.		
Anketör için bilgi: Evde sağlık hizmeti: Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleridir (Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge)		
Soru	Cevap	Kod
En son ne zaman diş hekimine gittiniz (çocuk ya da akrabaya eşlik etme hariç)?	Son bir ay içinde 1 6 aydan daha az süre önce 2 6 aydan fazla 12 aydan az süre önce 3 12 ay veya daha fazla süre önce 4 Hiç 5	AHC1
En son ne zaman pratisyen hekimine ya da aile hekimine başvurduunuz?	Son bir ay içinde 1 6 aydan daha az süre önce 2 AHC4'e gidiniz 6 aydan fazla 12 aydan az süre önce 3 AHC4'e gidiniz 12 ay veya daha fazla süre önce 4 AHC4'e gidiniz Hiç 5 AHC4'e gidiniz	AHC2
Son 1 ay içerisinde, pratisyen hekime ya da aile hekimine kendiniz için kaç kez başvurduunuz?	_____ kere	AHC3
Kendiniz için uzman hekime en son ne zaman başvurduunuz?	Son bir ay içinde 1 6 aydan daha az süre önce 2 AHC6'e gidiniz 6 aydan fazla 12 aydan az süre önce 3 AHC6'e gidiniz 12 ay ve daha fazla süre önce 4 AHC6'e gidiniz Hiç 5 AHC6'e gidiniz	AHC4
Son 1 ay içinde, kendiniz için bir uzman hekime kaç kere başvurduunuz?	_____ kere	AHC5
Son 1 ay içinde, kendiniz için hekim dışı sağlık personellerinden herhangi birine başvurduunuz mu?	Evet 1 Hayır 2 AHC8'e gidiniz	AHC6
Son 1 ay içinde, kendiniz için şimdi size okuyacağım hangi hekim dışı sağlık personeline başvurduunuz?	Fizyoterapist 1 Psikolog 2 Diyetisyen 3 Diğer sağlık personeli 4 AHC7 diğere gidiniz	AHC7
	Diğer (lütfen açıklayınız) _____	AHC7 diğer
Son 12 ay içerisinde kendiniz için evde sağlık hizmeti aldınız mı?	Evet 1 Hayır 2	AHC8

## Fiziksel Ölçümler

### Kan Basıncı

Soru	Cevap	Kod
Anketör No:	_____	M1
Kan Basıncı için cihaz no:	_____	M2
Kullanılan manşon büyüklüğü	Küçük 1 Orta 2 Geniş 3	M3
1. Ölçüm Anketör için bilgi: Katılımcı 15 dakika dinlendikten sonra ilk ölçümü yapınız. Katılımcıya ikinci ölçümden önce 3 dakika daha dinlenmesini söyleyiniz.	Sistolik (mmHg) _____	M4a
	Diyastolik (mmHg) _____	M4b
2. Ölçüm Anketör için bilgi: İkinci ölçümü kaydediniz. Katılımcıya üçüncü ölçümden önce 3 dakika daha dinlenmesini söyleyiniz.	Sistolik ( mmHg) _____	M5a
	Diyastolik (mmHg) _____	M5b
3. Ölçüm Anketör için bilgi: Üçüncü ölçümü kaydediniz.	Sistolik ( mmHg) _____	M6a
	Diyastolik (mmHg) _____	M6b
Son iki haftadır yüksek kan basıncı için doktor tarafından reçetelenmiş bir ilaç alıyormusunuz?	Evet 1 Hayır 2	M7

### Boy ve Kilo

Kadınlar için: Gebe misiniz? Anketör için bilgi. Katılımcı hamile ise boy, kilo, bel ve kalça çevresi ölçümlerini atlayınız.	Evet 1 Eğer Evet ise, M16'ya git Hayır 2	M8
Anketör No:	_____	M9
Boy ve kilo için cihaz no:	Boy _____	M10a
	Kilo _____	M10b
Boy	Santimetre (cm) _____ . ____	M11
Kilo Tartım yapılamayacak kadar ağır ise 666.6	Kilogram (kg) _____ . ____	M12

### Bel

Bel için cihaz adı/kodu	_____	M13
Bel çevresi	Santimetre (cm) _____ . ____	M14

### Kalça Çevresi ve Kalp Hızı

Kalça çevresi	Santimetre (cm) _____ . ____	M15
Kalp hızı		M16a
1. Ölçüm	vuru/dakika _____	
2. Ölçüm	vuru/dakika _____	
3. Ölçüm	vuru/dakika _____	M16c

## Biyokimyasal Ölçümler

Kan Şekeri		
Soru	Cevap	Kod
Son 12 saat içinde sudan başka herhangi bir şey yediniz ya da içtiniz mi?	Evet 1 Hayır 2	B1
Ölçümü yapan sağlık teknisyeni no	_____	B2
Cihaz No	_____	B3
Kan örneğinin alındığı zaman (24 saat dilimi)	Saat : dakika _____ : _____ sa dak	B4
Açlık kan şekeri	mg/dl _____ . _____	B5
Bugün yüksek kan şekeri için doktor tarafından reçete edilmiş insulin veya diğer ilaçları aldınız mı?	Evet 1 Hayır 2	B6
Kan Lipidleri		
Cihaz No	_____	B7
Total kolesterol	mg/dl _____ . _____	B8
Son iki haftadır yüksek kolesterol için doktor tarafından reçetelenmiş bir ilaç alıyormusunuz?	Evet 1 Hayır 2	B9
Trigliserid ve HDL Kolesterol		
Trigliserid	mg/dl _____ . _____	B16
HDL Kolesterol	mg/dl _____ . _____	B17
HbA1C	mmol/mol _____ . _____	B18
İdrarda Sodyum ve Kreatinin		
İdrar numunesi vermenizden önceki süre içerisinde aç kaldınız mı? <i>Anketör için bilgi: Katılımcının idrar numunesini vermeden önce aç olmaması (tok olması) gerekmektedir.</i>	Evet 1 Hayır 2	B 10
İdrar numunesinin alındığı zaman (24 saat dilimi)	Saat:dakika _____ : _____ sa dk	B13
İdrarda sodyum	mmol/l _____ . _____	B14
İdrarda kreatinin	mmol/l _____ . _____	B15

















## DSÖ Avrupa Bölge Ofisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşmiş Milletler tarafından 1948 yılında kurulmuş, birincil sorumluluğu uluslararası sağlık konuları ve halk sağlığı olan bir uzman kuruluştur. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, Dünya Sağlık Örgütü'nün dünya genelindeki altı bölge ofisinden biridir. Bölge Ofisleri, hizmet verdikleri ülkelerin sağlık durumlarına özel kendi programlarını geliştirirler.

### Üye Devletler

Arnavutluk  
Andora  
Ermenistan  
Avusturya  
Azerbaycan  
Belarus  
Belçika  
Bosna-Hersek  
Bulgaristan  
Hırvatistan  
Kıbrıs  
Çekya  
Danimarka  
Estonya  
Finlandiya  
Fransa  
Gürcistan  
Almanya  
Yunanistan  
Macaristan  
İzlanda  
İrlanda  
İsrail  
İtalya  
Kazakistan  
Kırgızistan  
Letonya  
Litvanya  
Lüksemburg  
Malta  
Monako  
Karadağ  
Hollanda  
Norveç  
Polonya  
Portekiz  
Moldova Cumhuriyeti  
Romanya  
Rusya Federasyonu  
San Marino  
Sırbistan  
Slovakya  
Slovenya  
İspanya  
İsveç  
İsviçre  
Tacikistan  
Eski Yugoslav Makedonya Cumhuriyeti  
Türkiye  
Türkmenistan  
Ukrayna  
Birleşik Krallık  
Özbekistan

ISBN 978-605-68577-0-6



9 786056 857706

### Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Tel.: +45 45 33 70 00 Faks: +45 45 33 70 01  
E-posta: euwhocontact@who.int  
web sitesi: www.euro.who.int