



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE HANEHALKI SAĞLIK ARAŞTIRMASI

"BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN
RİSK FAKTÖRLERİ PREVALANSI"

2023

2017-2023 ÇALIŞMALARININ
KARŞILAŞTIRILMASI



ANKARA, 2025



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

TÜRKİYE HANEHALKI SAĞLIK ARAŞTIRMASI

**"BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN
RİSK FAKTÖRLERİ PREVALANSI"**

2023

**2017–2023 ÇALIŞMALARININ
KARŞILAŞTIRILMASI**



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR

Europe

ANKARA, 2025



Basım Yeri ve Yılı: Ankara, 2025

Bu eser, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanlığı) tarafından hazırlanmıştır. Her türlü yayın hakkı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne aittir. Kaynak gösterilmeden kısmen dâhi olsa alıntı yapılamaz, çoğaltılamaz ve yayımlanamaz.

**Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı
2017-2023 Çalışmalarının Karşılaştırılması**

Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1306

Her türlü yayın hakkı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Kısmen dahi olsa alınamaz, çoğaltılamaz, yayımlanamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi "Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı" Sağlık Bakanlığı Yayın No, Ankara ve Yayın Tarihi" şeklinde olmalıdır.

Ücretsizdir. Para ile satılamaz.

ISBN: 978-975-590-928-8

Önerilen kaynak gösterimi: Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2025 (STEPS). Editörler: Mehmet Enes Gökler, Hamit Harun Bağcı, Kanuni Keklik, Toket Erguder, İlayda Üçüncü Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2025.

YAYIN KOMİSYONU

Uzm. Dr. Hamit Harun BAĞCI	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Doç. Dr. M. Kemal BAŞARALI	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Dr. Kanuni KEKLİK	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Doç. Dr. Tuğba Güler SÖNMEZ	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Uzm. Dr. Hüsnüye ŞİMŞEK	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Uzm. Dr. Fehminaz TEMEL	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Doç. Dr. Can HEKİMOĞLU	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Dr. Zübeyde ÖZKAN ALTUNAY	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Uzm. Dr. Özge US	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Meryem SAYGI	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü



ÖNSÖZ

Dünya nüfusunun artması ve yaşam süresinin uzamasına paralel olarak yaşlı nüfus ve bu nüfusun toplam nüfusa oranı artmaktadır. Bu durum, bulaşıcı olmayan hastalık (BOH) sıklığında ve bu hastalıklara bağlı ölümlerde artışa yol açmaktadır.

Özellikle yaşlı nüfusun sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahip olan kronik hastalıklar, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Ayrıca bu durum, ülke ekonomileri üzerine ilave yükler getirdiğinden sağlık politikalarının gündeminde önemli bir yer tutmaktadır.

Ülkemizdeki yaşlı nüfus artışında ve kronik hastalık görülme sıklığında dünyadakine benzer bir seyir gözlenmektedir. 2024 yılı itibarıyla toplam nüfusumuzun %10,6'sı yaşlı bireylerden oluşmakta ve vatandaşlarımızın üçte birinde en az bir kronik hastalık bulunmaktadır.

Bakanlığımız, Sağlıklı Türkiye Yüzyılı programı kapsamında koruyucu hekimliği öne çıkartmakta; önleme ve kontrol programları çerçevesinde, disiplinler arası bir bakış açısıyla güncel, güvenilir ve kapsayıcı çalışmalar ışığında kapsamlı faaliyetler yürütmektedir.

Bu amaçla ilk olarak 2017 yılında, ülkemizde bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörlerinin mevcut durumunu değerlendirmek için "Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı" çalışmasının birinci fazı gerçekleştirilmiştir.

Bahse konu araştırmanın ikinci fazı olarak nitelendirilebilecek elinizdeki bu çalışma ise 2023 verilerinin 2017 yılı verileri ile karşılaştırılması, gelişmelerin izlenmesi ve değerlendirilmesi, yeni geliştirilecek politikalara yol göstermesi bakımından oldukça kıymetlidir.

Ülkemizde kronik hastalıkların tespit ve izlemi noktasında önemli katkılar sağlayacağın değerlendirdiğimiz bu çalışmanın hazırlanmasından yayınlanmasına kadar emeği geçen arkadaşlarımıza teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU

T.C. Sağlık Bakanı

ÖNSÖZ

Günümüzde sağlık, bireylerin ve toplumların yaşam kalitesini belirleyen en önemli unsurlardan biridir. Ancak, giderek artan bir şekilde karşı karşıya kaldığımız bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH), sağlık sistemimizi ve toplumumuzu derinden etkilemektedir. Bu nedenle, bu önemli sağlık sorunlarını anlamak ve ele almak için etkili bir izleme ve değerlendirme mekanizması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin ve politikalarının geliştirilmesinde önemli bir rol oynayan veri toplama ve analiz yöntemleri, kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü açısından da hayati öneme sahiptir. Bu noktada, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Kronik Hastalıklarla İlgili Risk Faktörü İzleme Yaklaşımı (STEPS) çalışması, ülkelerde başlıca kronik hastalıklar ve risk faktörleri hakkında veri toplama, analiz etme ve yayınlama konusunda basit, standartlaştırılmış bir yöntem sunmaktadır.

STEPS çalışması, sigara kullanımı, alkol tüketimi, fiziksel aktivite eksikliği, sağlıksız beslenme gibi ana davranışsal risk faktörlerinin yanı sıra, aşırı kilo ve obezite, yüksek kan basıncı, yüksek kan şekeri ve anormal kan lipid değerleri gibi temel biyolojik risk faktörlerini kapsayan bir anket aracı sunmaktadır. Ayrıca, genişletilmiş modüller aracılığıyla, anket aracı bu risk faktörlerinin dışında, diş sağlığı, cinsel sağlık ve yol güvenliği gibi çeşitli konuları ele almak üzere genişletilebilmektedir.

Ülkeler; bu süreyans araştırmalarından elde edilen verileri, spesifik risk faktörleri ile ilgili küresel hedeflerin karşılanmasında kaydedilen gelişmenin izlenmesi konusunda destek için kullanabilir. Türkiye'de Eylül-Kasım 2023 tarihleri arasında üç aşamalı bir STEPS araştırması gerçekleştirilmiştir:

1. Sosyodemografik ve davranışsal bilgilerin elde edilmesi;
2. Boy, kilo ve tansiyon gibi fiziksel ölçümlerin yapılması;
3. Kan şekeri, hemoglobin A1c, toplam kolesterol düzeyleri ve ortalama günlük tuz tüketimini değerlendirmek için biyokimyasal ölçümlerin yapılması.

15 yaş ve üzerindeki bireylerin dahil edildiği nüfus (hanehalkı) temelli bu araştırmada Türkiye'de yaş aralıklarını temsil eden veriler elde etmek amacıyla çok aşamalı bir örneklem kümesi tasarımı kullanılmıştır. Ankete toplam 6017 yetişkin kişi katılmıştır. Toplam cevaplılık oranı %80,9'dur. İlki 2017 yılında gerçekleştirilen bu çalışma, DSÖ tarafından kronik hastalıklar için risk faktörlerinin süreyansına yönelik olarak geliştirilen STEPS metodolojisi kullanılarak Türkiye'de gerçekleştirilen ikinci çalışmadır.

Kullanılan yöntem, araştırmanın teknik ve bilimsel kalitesini güvence altına alan DSÖ STEPwise yaklaşımının belirlenmiş standartlarına tamamen uygundur. Çalışma ile Türkiye'de çok çeşitli BOH risk faktörleri (tütün kullanımı, zararlı alkol kullanımı, diyetle meyve ve sebzelerin düşük ve tuzun yüksek miktarda tüketimi, fiziksel hareketsizlik, fazla kiloluk ve obezite) hakkında değerli bilgiler elde edilmiştir. Araştırma sonuçları farklı yaş, cinsiyet ve bölgelerdeki BOH risk faktörleri hakkında değerli bilgiler vermekte, politika yapıcılar için de önemli bir veri kaynağı oluşturmaktadır. Çalışmada elde edilen sonuçlar, Türk toplumunda BOH risk faktörleri hakkında mevcut durumu ortaya koymaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörlerine yönelik tekrarlayan izlem çalışmaları, karar vericilerin mevcut politikaları izlemesi ve değerlendirmesine katkı sağlayarak, gelecek çalışmaların planlanmasında önemli rol oynayabilecektir.



BOH'lar küresel ölçekte, yaygın bir halk sağlığı sorunudur ve birçok ülke ulusal politikalarında, BOH'ları önlemeye öncelik vermiştir. BOH'ları önleyici politikalar, sağlık, eğitim, ulaşım gibi farklı sektörlerin katılımını ve işbirliğini gerektirmektedir. Bu sayede, erken yaştan itibaren sağlıklı yaşam tarzının geliştirilmesi ile risk faktörlerinin kontrolünü ve önlenmesini içeren topluma yönelik müdahaleler mümkün olabilir. BOH'larla mücadelede temel yaklaşımlardan birisi de, toplumu temsil eden ölçümlere dayanarak BOH risk faktörlerinin sürekli izlenmesidir.

Bu nedenle, Dünya Sağlık Örgütü; Türkiye Cumhuriyeti Hükûmeti'ne, Dünya Sağlık Örgütü ortaklarına, özellikle bu araştırmanın yürütülmesi için mali destek sağlayan Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası(Dünya Bankası)'na, bunun yanı sıra araştırmanın gerçekleştirilmesine teknik destek sağlayan uluslararası ve ulusal düzeydeki diğer tüm ortaklara teşekkürlerini sunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi, özellikle Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na işbirliği için teşekkürlerini sunmaktadır ve Türkiye'nin başarılarını diğer ülkelere yaymak amacıyla gerçekleştirilen ortak çalışmaların devam etmesinden onur duyacaktır. Umarım bu çalışma, kronik hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadelede ulusal ve küresel düzeyde daha etkili stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlar.

Prof. Dr. Toker ERGÜDER

Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Program Yöneticisi,
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Özel Girişimi ve İnovasyon (SNI)

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	III
ÖNSÖZ	V
İÇİNDEKİLER	VII
TABLolar DİZİNİ	XI
GRAFİKLER DİZİNİ	XV
KISALTMALAR	XVII
YÖNETİCİ ÖZETİ	XIX
1. ARAŞTIRMANIN ARKA PLANI	1
1.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar	1
1.2. Risk Faktörleri	2
1.3. Türkiye'deki Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri	4
1.4. STEPwise Yaklaşımı	5
2. ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE HEDEFLERİ	6
2.1. Amaçlar	6
2.2. Hedefler	6
2.3. Araştırmanın Gerekçesi	6
3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	8
3.1. Anket Tasarımı	8
3.1.1. Dâhil Edilme Kriterleri	8
3.1.2. Hariç Edilme Kriterleri	8
3.2. Örneklem Büyüklüğü	9
3.3. Etkin Örneklem	9
3.4. Örneklem Çerçevesi	9
3.5. Örneklem Yöntemi	10
3.6. Kişilerin Seçilmesi	12
3.7. Araştırma Tasarımı	12
3.8. Çalışmanın Ağırlıklandırılması	13
3.9. Verilerin Toplanması	16
3.10. Saha Araştırması Ekibinin Eğitimi	17
3.11. Saha Çalışması	18
3.12. Verilerin Yönetimi ve Birleştirilmesi	18
3.13. Risk Faktörlerinin Ölçülmesi ve Tanımlanması	18
3.13.1. ADIM 1	19
3.13.1.1. Tütün Kullanımı	19
3.13.1.2. Alkol Tüketimi	19
3.13.1.3. Meyve ve Sebze Tüketimi	19
3.13.1.4. Fiziksel Aktivite	19
3.13.2. ADIM 2	20
3.13.2.1. Kan Basıncı	20
3.13.2.2. Beden Kütle İndeksi	20
3.13.2.3. Bel Çevresi ve Kalça Çevresi	21
3.13.3. ADIM 3	21
3.13.3.1. Glisemi	21
3.13.3.2. Hemogloblin A1c (HbA1c)	21



3.13.3.3. Total Kolesterol	22
3.13.3.4. Yüksek Dansiteli Lipoproteinler (HDL)	22
3.13.3.5. İdrarda Sodyum ve Kreatinin.....	22
4. ARAŞTIRMA BULGULARI	23
4.1. Örneklem ve Katılım Oranları	23
4.2. Demografik Bilgiler	23
4.2.1. Yaş ve Cinsiyet Özellikleri	23
4.2.2. Medeni Durum.....	24
4.2.3. Öğrenim Durumu	26
4.2.4. Çalışma Durumu	28
4.2.5. Hanehalkı Geliri	30
4.3. Tütün ve Tütün Mamulleri Kullanımı	31
4.3.1. Sonuçlar.....	36
4.4. Alkol Tüketimi.....	36
4.4.1. Sonuçlar.....	39
4.5. Bağımlılık Yapıcı Uyuşturucu Madde Kullanımı	40
4.5.1. Sonuçlar.....	41
4.6. Beslenme: Meyve ve Sebze Tüketimi.....	41
4.6.1. Sonuçlar.....	44
4.7. Tuz Tüketimi	44
4.7.1. Sonuçlar.....	46
4.8. Fiziksel Aktivite	47
4.8.1. Sonuçlar.....	50
4.9. Yüksek Kan Basıncı Hikâyesi	50
4.9.1. Sonuçlar.....	52
4.10. Diyabet Hikâyesi	52
4.10.1. Sonuçlar	53
4.11. Hiperlipidemi Hikâyesi	53
4.11.1. Sonuçlar	55
4.12. Kalp Damar Hastalığı Hikâyesi	55
4.12.1. Sonuçlar	56
4.13. Kronik Hastalık Aile Hikâyesi	57
4.13.1. Sonuçlar	57
4.14. Astım, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Kanseri Hikâyesi.....	57
4.14.1. Sonuçlar	59
4.15. Hayat Tarzı Önerileri	59
4.15.1. Sonuçlar	60
4.16. Seçilmiş Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Risk Faktörlerinin Olumsuz Sağlık Etkilerinin Farkındalığı.....	61
4.16.1. Sonuçlar	63
4.17. Kanseri Tarama Testleri.....	63
4.17.1. Sonuçlar	64
4.18. Kazalar ve Yaralanmalar.....	64
4.18.1. Sonuçlar	65
4.19. Ayakta ya da Yatarak Tedavi	66
4.19.1. Sonuçlar	67
4.20. Ayakta Tanı, Tedavi ve Evde Bakım.....	68
4.20.1. Sonuçlar	69
4.21. Fiziksel Ölçümler	69
4.21.1. Sonuçlar	74
4.22. Biyokimyasal Ölçümler.....	74



4.22.1. Sonuçlar	79
4.23. Kalp Damar Hastalığı Riski	79
4.23.1. Sonuçlar	81
4.24. Birleşik Risk Faktörlerinin Özeti	81
4.24.1. Sonuçlar	83
4.25. Sağlık Algısı.....	83
4.25.1. Sonuçlar	84
5. THSA 2017 ve THSA 2023 ÇALIŞMALARININ ANA SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	85
6. SONUÇ	96
KAYNAKÇA	101
EK: VERİ TOPLAMA ARACI.....	105
KATKI SAĞLAYAN KURUM VE KURULUŞLAR	127

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1: İBBS Bölgeleri İsimleri ve Bölgelerdeki İller.....	10
Tablo 2: İBBS-1 Bölgelerine Göre Örneklem Kümeleri ve Haneler.....	12
Tablo 3: İBBS-1 Bölgelerine Göre Cevapsız Hanelerin Sayı ve Kümelerinin Dağılımı	14
Tablo 4: Cinsiyet ve Yaş için İki Yönlü Tabakalama Sonrası Verisi.....	15
Tablo 5: Cinsiyet ve Öğrenim için İki Yönlü Yeniden Tabakalama Verisi	15
Tablo 6: İBBS-1 Bölgesi Yeniden Tabakalama Verisi.....	16
Tablo 7: Saha Uygulaması için Temin Edilen Cihaz ve Araç-Gereç Listesi.....	17
Tablo 8: DSÖ'nün Bel ve Kalça Çevresi Kesim Noktaları ile Metabolik Komplikasyon Riskleri	21
Tablo 9: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Çalışmada Yer Alanların Dağılımı	24
Tablo 10: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Medeni Durum	25
Tablo 11: İBBS-1 Bölgelerine Göre Medeni Durum	25
Tablo 12: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Öğrenim Durumu Yüzdesi.....	26
Tablo 13: İBBS-1 Bölgelerine Göre Öğrenim Durumu Yüzdesi.....	27
Tablo 14: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Ortalama Öğrenim Yılı.....	27
Tablo 15: İBBS-1 Bölgelerine Göre Ortalama Öğrenim Yılı	28
Tablo 16: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Çalışma Durumu	29
Tablo 17: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Ücretli Çalışmayanların Dağılım Yüzdesi.....	30
Tablo 18: İBBS-1 Bölgelerine Göre Ortalama Kişi Başı Yıllık Hane Geliri	31
Tablo 19: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Tütün ve Tütün Mamulleri Kullanma Yüzdesi	31
Tablo 20: İBBS-1 Bölgelerine Göre Hâlen Tütün ve Tütün Mamulleri Kullanma Yüzdesi	32
Tablo 21: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Tütün ve Tütün Mamulleri Kullanma Durumu	33
Tablo 22: İBBS-1 Bölgelerine Göre Tütün ve Tütün Mamulleri Kullanma Durumu	33
Tablo 23: Hâlen Her Gün Tütün ve Tütün Mamullerini Kullananların Ortalama İlk Kullanıma Başlama Yaşları	34
Tablo 24: Her Gün Tütün ve Tütün Mamulleri İçenler Arasında Mamul Sigara Kullananların Yüzdesi	34
Tablo 25: Yaş Grubuna Göre Her Gün Tütün ve Tütün Mamulleri Kullananlar Arasında Tütün Çeşitlerine Göre Ortalama Kullanılan Tütün Miktarı	35
Tablo 26: Hâlen Dumansız Tütün Ürünü Kullananların Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	35
Tablo 27: Hâlen Sigara İçenlerden Son 12 Ay içinde Sigarayı Bırakmayı Deneyenlerin Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Yüzdeleri.....	35
Tablo 28: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Hâlen Tütün ve Tütün Mamullerini İçenlerden Son 12 Ay içerisinde Hekim Tarafından Tütün ve Tütün Mamullerini İçmeyi Bırakması Tavsiye Edilenlerin Yüzdesi.....	36
Tablo 29: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Alkol Tüketimi Durumu	38
Tablo 30: İBBS-1 Bölgelerine Göre Alkol Tüketimi Durumu.....	38
Tablo 31: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Hâlen Alkol Tüketenlerin Tek Seferde Altı ya da Daha Fazla İçki İçme Durumlarının Son 30 Gün içinde Gerçekleşme Sayısı	39
Tablo 32: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Son 30 Günde, En Az Bir Kere Tek Bir Seferde Altı ya da Daha Fazla Standart İçki Tüketenlerin Yüzdesi	39
Tablo 33: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Tütün ve Alkol Dışında Bağımlılık Yapıcı Uyuşturucu Madde Kullanmamış Bireylerin Yüzdesi.....	40
Tablo 34: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Hâlen Bağımlılık Yapıcı Uyuşturucu Madde Kullananların Yüzdesi.....	41
Tablo 35: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Bağımlılık Yapıcı Uyuşturucu Madde Denemiş Olanların Yüzdesi.....	41
Tablo 36: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Normal Bir Haftada Meyve Tüketilen Gün Sayısı	42



Tablo 37: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Normal Bir Haftada Sebze Tüketilen Gün Sayısı	42
Tablo 38: İBBS-1 Bölgelerine Göre Normal Bir Haftada Meyve ve Sebze Tüketilen Gün Sayısı	43
Tablo 39: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Normal Bir Günde Tüketilen Ortalama Meyve Porsiyonu Sayısı	43
Tablo 40: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Normal Bir Günde Tüketilen Ortalama Sebze Porsiyonu Sayısı	44
Tablo 41: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Günde Ortalama Beş Porsiyondan Daha Az Meyve ve/veya Sebze Tüketenlerin Yüzdesi	44
Tablo 42: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Bazı Tuz Kullanım Alışkanlıkları Yüzdesi	46
Tablo 43: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Beslenmede Tuzu Azaltmanın Çok Önemli Olduğunu Düşünenlerin Yüzdesi	46
Tablo 44: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Toplam Fiziksel Aktivite Durumu	47
Tablo 45: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Günlük İşle İlişkili Ortalama Fiziksel Aktivite Süresi (Dakika)	48
Tablo 46: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Günlük Ulaşım İlişkili Ortalama Fiziksel Aktivite Süresi (Dakika)	48
Tablo 47: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Günlük Eğlenceyle (Boş Zaman) İlişkili Ortalama Fiziksel Aktivite Süresi (Dakika)	49
Tablo 48: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre DSÖ'nün Sağlık İçin Fiziksel Aktivite Tavsiyelerini Karşılamayanların Yüzdesi	49
Tablo 49: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Etkili Fiziksel Aktivitede Bulunmayanların Yüzdesi	49
Tablo 50: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Kan Basıncı Ölçümü ve/veya Hipertansiyon Tanısı Alma Yüzdesi	51
Tablo 51: Cinsiyete Göre Hipertansiyon Kontrolüne Yönelik Aktivitelerin Dağılımı	51
Tablo 52: Cinsiyete Göre Kan Glukozu Ölçümü ve/veya Tanı Alma Yüzdesi	52
Tablo 53: Yüksek Kan Glukozu Olan ve Hâlen Yüksek Kan Glukozuna Yönelik İlaç ya da İnsülin Kullananların Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Yüzdesi	53
Tablo 54: Cinsiyete Göre Diyabet Kontrolüne Yönelik Aktivite Türlerinin Dağılımı	53
Tablo 55: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Total Kolesterol Ölçümü ve/veya Tanı Alma Yüzdesi	54
Tablo 56: Cinsiyete Göre Total Kolesterol Kontrolüne Yönelik Davranış Türlerinin Dağılımı	55
Tablo 57: Kalp Hastalığından Korunma ya da Tedavi Amaçlı Olarak Hâlen Düzenli Asetil Salisilik Asit (ASA) ya da Statin Kullanma Yüzdesi	56
Tablo 58: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Hekim Tarafından Astım (Alerjik Astım Dâhil) Tanısı Konma Yüzdesi	58
Tablo 59: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Hekim Tarafından Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Amfizem, Kronik Bronşit) Tanısı Konma Yüzdesi	59
Tablo 60: Cinsiyete Göre Vücut Ağırlığı Algıları Dağılımı	60
Tablo 61: Seçilmiş BOH Risk Faktörleri İçin İki ya da Daha Fazla Olumsuz Sağlık Etkisi Bilen Erişkinlerin Yüzdesi	62
Tablo 62: Yaş Gruplarına Göre Seçilmiş BOH Risk Faktörlerinin İki ya da Daha Fazla Olumsuz Sağlık Etkisini Bilen Erişkinlerin Yüzdesi	63
Tablo 63: Son 12 Ay İçerisinde Bir Kaza Sonucu Yaralananların Nedenlerine ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımlarının Yüzdesi	65
Tablo 64: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre, Son 12 Ayda Hipertansiyon, KDH, İnme, Diyabet, Kanser, Kronik Obstrüktif Solunum Yolu Hastalığı veya Astım Tedavisi Sebebiyle Hastaneye Başvurma Yüzdesi	66
Tablo 65: Son 12 Ay İçinde Hipertansiyon, KDH, Felç, Diyabet, Kanser, Kronik Obstrüktif Solunum Yolu Hastalığı veya Astım Tedavisi İçin Hastaneye Başvuru ve Alınan Hizmet Dağılımı	67
Tablo 66: Yaş Grubuna Göre Son Bir Ayda Bir Sağlık Profesyoneline Başvuru Yüzdesi	68
Tablo 67: Yaş Grubuna Göre Son Bir Ayda Ortalama Hekime Başvuru Sayısı	69
Tablo 68: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Ortalama Sistolik Kan Basıncı Değerleri (mmHg)	70
Tablo 69: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Ortalama Diyastolik Kan Basıncı Değerleri (mmHg)	70



Tablo 70: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Yüksek Kan Basıncına Sahip Olan (SKB ≥ 140 mmHg ve/veya DKB ≥ 90 mmHg) veya Hâlihazırda Yüksek Kan Basıncı İçin İlaç Kullananların Yüzdeleri	71
Tablo 71: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Yüksek Kan Basıncına Sahip Olan (SKB ≥ 160 mmHg ve/veya DKB ≥ 100 mmHg) veya Hâlihazırda Yüksek Kan Basıncı İçin İlaç Kullananların Yüzdeleri	71
Tablo 72: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Yüksek Kan Basıncına Sahip Olanların (hâlihazırda yüksek kan basıncı için ilaç kullananlar hariç) Yüzdeleri	72
Tablo 73: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Ortalama BKİ (kg/m ²).....	73
Tablo 74: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Ortalama Açlık Kan Glukozu Değeri (mg/dl) (Yüksek kan glukozu için hâlen ilaç kullananlar dâhil)	74
Tablo 75: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Yüksek Açlık Kan Glukozu* Yüzdesi (Yüksek kan glukozu için hâlen ilaç kullananlar dâhil).....	75
Tablo 76: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Ortalama HbA1c (%) Değerleri	76
Tablo 77: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre HbA1c Değeri Yüksek ($\geq 6,5$) Olanların Yüzdesi	76
Tablo 78: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Total Kolesterol Ortalaması (mg/dl) (Hâlen yüksek kolesterol için ilaç kullananlar dâhil).....	77
Tablo 79: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre HDL Kolesterol Ortalaması (mg/dl).....	78
Tablo 80: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Düşük HDL Kolesterolü Olan Nüfus Yüzdeleri (Kadınlar için < 50 mg/dl ve Erkekler için < 40 mg/dl)	78
Tablo 81: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Ortalama Günlük Tuz Alımı (g/gün).....	79
Tablo 82: Kalp Hastalığı ve İnmeden Korunmak İçin İlaç Tedavisi ve Danışmanlık Alan Kişilerin* Yüzdesi	80
Tablo 83: Cinsiyet ve Farklı Üç Yaş Grubuna Göre Birleşik Risk Faktörlerinin Özeti	83
Tablo 84: "Tütün ve Tütün Mamulleri Kullanımı" Bölümü İçin THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması	86
Tablo 85: "Alkol Tüketimi" Bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması	87
Tablo 86: "Beslenme: Meyve ve Sebze Tüketimi" Bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması	88
Tablo 87: "Fiziksel Aktivite" Bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması	89
Tablo 88: "Kanser Tarama Testleri" Bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması	89
Tablo 89: "Fiziksel Ölçümler" Bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	90
Tablo 90: "Biyokimyasal Ölçümler" Bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması	92
Tablo 91: "Kalp Damar Hastalığı Riski" Bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	93
Tablo 92: Birleşik Risk Faktörleri Bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	93
Tablo 93: "Seçilmiş BOH Risk Faktörleri İçin Hayat Tarzı Önerileri" Bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması	94
Tablo 94: "Seçilmiş BOH Risk Faktörlerinin Olumsuz Sağlık Etkilerinin Farkındalığı" Bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması	95

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: İBBS-1 Bölgeleri Sınırları.....	12
Grafik 2: Kapsam Dışı Adresler Çıkarıldıktan Sonra Net Örnek Sayısına Göre 1. Adımın Yüzdesi (%).....	13
Grafik 3: Kapsam Dışı Adresler Çıkarıldıktan Sonra Net Örnek Sayısına Göre 2. Adımın Yüzdesi (%).....	14
Grafik 4: Çalışma Grubunun Ebeveyn veya Kardeşlerinde Tedavi Gerektiren Kronik Hastalıkların Dağılımı (%) ...	57
Grafik 5: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre ASM ya da KETEM'lerde Ücretsiz Kansere Taraması Yapıldığından Haberdar Olma Yüzdesi	64
Grafik 6: Yaş Gruplarına Göre Son 12 Ayda Kaza Sonucu Yaralananların Ayakta veya Yatarak Tedavi Alma Durumlarının Dağılımı (%)	65
Grafik 7: Cinsiyete Göre Katılımcıların Sağlık Profesyoneline Başvuru Yüzdesi.....	68
Grafik 8: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre BKİ Kategorileri (%)	73
Grafik 9: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Bozulmuş Açlık Kan Glukozu* Yüzdesi	75
Grafik 10: Cinsiyete Göre Total Kolesterol Düzeylerinin Yüzdesi (Total kolesterol yüksekliği için ilaç kullananlar dâhil).....	77
Grafik 11: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre 10 Yıllık KDH Riski $\geq$ 30 Olanlar veya Hâlen KDH Olanların Yüzdesi.....	80
Grafik 12: 18-69 Yaş Grubunda Olanların Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Birleşik Risk Faktörlerinin Özeti (%).....	82
Grafik 13: Yaş Gruplarına Göre Sağlık Durumu Algıları Dağılımı (%).....	84
Grafik 14: Cinsiyete Göre Sağlık Durumu Algıları Dağılımı (%)	84

KISALTMALAR

ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BKO	Bel Kalça Oranı
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalık
BÖB	Birincil Örneklem Birimi
DALY	Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability-Adjusted Life Year)
DKB	Diastolik Kan Basıncı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FAO	Gıda ve Tarım Örgütü (Food and Agriculture Organization)
GA	Güven Aralığı
HbA1c	Hemoglobin A1c veya Glikolize Hemoglobin
HDL	Yüksek Dansiteli Lipoproteinler (High Density Lipoprotein)
İBBS	İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırması
İÖB	İkincil Örneklem Birimi
KDH	Kalp Damar Hastalıkları
KETEM	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KKH	Koroner Kalp Hastalığı
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MET	Metabolik Eşdeğerlilik (ME Metabolik Equalant Task)
MS	Mamul Sigara
SKB	Sistolik Kan Basıncı
STEPS	Dünya Sağlık Örgütü'nün Saha Araştırması STEPwise Yaklaşımı
THSA	Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UAVT	Ulusal Adres Veri Tabanı

YÖNETİCİ ÖZETİ

"Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı (THSA)" çalışması, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından "Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi ve Desteklenmesi Projesi" kapsamında organize edilmiştir. Kredi Anlaşması Türkiye Cumhuriyeti Hükûmeti ile Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası (Dünya Bankası) arasında imzalanmıştır.

THSA 2023 çalışmasının saha uygulaması Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Türkiye Ülke Ofisi ile anlaşma imzalayan PGlobal Küresel Danışmanlık ve Eğitim Hizmetleri A.Ş. tarafından yürütülmüştür. Saha araştırma ekiplerinin eğitimi 22-26 Haziran 2023 tarihlerinde Ankara'da yapılmış, gerekli tıbbi donanım Türkiye'de 77 ile hizmet veren 10 lojistik servis noktasına ulaştırılmış ve saha araştırması 4 Eylül-13 Kasım 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın temel amaçları; DSÖ STEPwise araştırma yöntemini kullanarak bulaşıcı olmayan hastalık (BOH) temel risk faktörleri prevalansını tanımlamak, BOH'lardan korunmak ve bu hastalıkları engellemek için faaliyetlerin daha etkili olarak planlanmasını sağlamaktır.

Araştırmanın ana hedefleri:

- 15 yaş ve üzeri her iki cinsiyeti temsil eden nüfusta BOH'lara yönelik en yaygın davranışsal risk faktörlerinin prevalansını belirlemek.
- İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması (İBBS)-1 seviyesinde 12 bölgede BOH'lara yönelik en yaygın davranışsal risk faktörlerinin prevalansını belirlemek.
- 15 yaş ve üzeri nüfusta BOH'lara yönelik hipertansiyon, hiperlipidemi ve diyabet gibi biyolojik risk faktörlerinin prevalansını belirlemek.
- Cinsiyet, İBBS-1 ve beş farklı yaş grubunda risk faktörlerinin prevalans farklarını belirlemek.
- 2017 yılında aynı yöntemle gerçekleştirilen Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması "Bulaşıcı Olmayan Hastalık Risk Faktörlerinin Prevalansı" çalışmasının sonuçlarıyla karşılaştırmalar yapmak.

Çalışmada katılımcıların yaş ve cinsiyete göre eşit dağılımını sağlamak için çok aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmış, %20 cevapsızlık hızı göz önüne alınarak 8.650 hane örnek olarak belirlenmiş ve her haneden "rastgele" (random) bir kişi seçilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) kriterlerine göre belirlenen 7.437 uygun haneden 15 yaş ve üzeri toplam 6.017 kişinin katıldığı çalışmada yanıt oranı %80,9 olarak gerçekleşmiştir.

Türkiye'de 15 yaş ve üzeri nüfusun %34,8'i tütün ürünü kullanmakta olup her gün tütün ürünü kullananların oranı %31,3'tür. Erkeklerin sigara içme oranı (%46,1) kadınlara (%23,6) göre daha yüksek bulunmuştur. Günlük tütün ve tütün ürünü kullananların %94,1'i sigara içmekte olup bu grupta günlük ortalama içilen sigara sayısı 15,6 olarak tespit edilmiştir.

Türkiye'de 15 yaş ve üzeri nüfusta her beş kişiden dördü (%81,0) ömür boyu alkol tüketmemişken, nüfusun %10,2'si son 30 günde alkol kullanmıştır ve %5,9'u son 30 günde en az bir kez tek seferde altı ya da daha fazla standart içki tüketmiştir. Son 30 günde bir seferde altı ya da daha fazla alkol tüketimi erkeklerde (%8,6) kadınlardan (%3,1) yaklaşık 3 kat daha fazladır.



Genel olarak meyve ve sebze tüketimi düşük bulunan bu çalışmada; Türkiye'de 15 yaş ve üzeri nüfusun %87,9'u günde beş porsiyondan daha az meyve ve sebze tükettiklerinden dolayı BOH'lar açısından yüksek risk altındadır. Erkek (%88,2) ve kadınlardaki (%87,6) meyve ve sebze tüketimi düzeyi benzerdir.

Nüfusun %32,1'i DSÖ'nün sağlık için fiziksel aktivite tavsiyelerini (haftada 150 dakikadan az, orta yoğunlukta fiziksel aktivite ya da eşdeğeri) karşılamamaktadır. Türkiye'de günlük ortalama fiziksel aktivite zamanı 47,1 dakika olarak hesaplanmıştır ve erkeklerde fiziksel aktivite için harcanan toplam zaman (64,3 dakika) kadınlardan (34,3 dakika) daha fazladır.

Çalışmada nüfusun %16,7'sinin kan basıncı düzeyinin ve yaklaşık üçte birinin kan glukozu düzeyinin hiç ölçülmediği belirlenmiştir.

50-70 yaş arası her beş kişiden üçü hiç gaitada gizli kan testi yaptırmamıştır. Buna karşın, 30-65 yaş arası kadınların yarıdan fazlası (%54,2) servikal kanser taraması, 40-69 yaş arası kadınların beşte üçü mamografi yaptırmıştır.

Fiziksel ölçümlerin sonucunda Türkiye'de 15 yaş ve üzeri nüfusun ortalama beden kütle indeksi (BKİ) erkeklerde 26,5 kg/m², kadınlarda 27,5 kg/m² olarak hesaplanmıştır. Nüfusun %35,5'i fazla kilolu (BKİ≥25 kg/m²), %25,4'ü obezdir (BKİ≥30 kg/m²) ve obezite, kadınlarda (%30,8) erkeklerden (%20,2) 1,5 kat daha fazla bulunmuştur.

Türkiye'de 15 yaş ve üzeri nüfusta hipertansiyon nedeniyle ilaç kullananlar da dâhil olmak üzere sistolik kan basıncı (SKB) ve diyastolik kan basıncı (DKB) sırasıyla 120,3 mmHg ve 77,9 mmHg olup kadınlar ve erkekler arasında önemli bir fark tespit edilmemiştir. Yaklaşık her beş kişiden birinin hipertansiyonu vardır ve cinsiyetler arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Ortalama açlık kan glukozu değeri 88,0 mg/dl'dir ve yaşla birlikte artmaktadır. Ortalama total kolesterol düzeyi 163,5 mg/dl olarak bulunmuştur ve kadınlarda (171,1 mg/dl) erkeklerden (155,7 mg/dl) daha yüksektir. Erkeklerin %43,4'ünde ve kadınların %56,1'inde HDL kolesterolü optimal düzeyin altındadır. Günlük ortalama tuz tüketimi 9,9 gramdır (erkeklerde 11,3 g/gün ve kadınlarda 8,5 g/gün). 40-69 yaş arası nüfusun %12,7'sinde on yıllık KDH riski %30'un üzerindedir veya hâlihazırda KDH vardır. Söz konusu risk, erkeklerde (%15,6) kadınlardan (%9,7) daha yüksektir. Birleşik risk faktörleriyle ilgili olarak, nüfusun %3'ten azında belirtilen risk faktörlerinin hiçbiri bulunmazken, %44,8'inde 3-5 risk faktörü vardır.

2017 çalışması ile 2023 çalışması karşılaştırıldığında bazı alanlarda olumlu bazı alanlarda ise olumsuz değişiklikler saptanmıştır. Toplumda her gün mamul sigara içenler 2017'de %97,3 iken 2023'te %94,1'e düşmüştür. Ancak alkol tüketimi kadınlarda artmaktadır.

Toplumda fiziksel aktivite konusunda önemli gelişmeler olduğu görülmesine karşın normal bir haftada meyve tüketilen ortalama gün sayısı her iki cinsiyette azalmıştır.

BKİ ile ilgili göstergelerin tümünde olumlu değişiklikler gözlenmektedir. Obez bireylerin yüzdesi %28,8'den (2017) %25,4'e (2023) düşmüştür. Obez bireyler yüzdesindeki bu azalma eğilimine en önemli katkı kadınlardan gelmektedir (2017: %35,9; 2023: %30,8).

Yüksek kan basıncı (SKB ≥140 mmHg ve/veya DKB ≥90 mmHg) olan ve antihipertansif tedavi almayan kişilerin yüzdesi 2017'de %57,1 iken 2023'te %44,2'ye düşmüştür.

Her iki çalışmanın karşılaştırılmasında, Yüksek Dansiteli Lipoprotein (HDL) düzeyi optimal düzeyin altında olanların yüzdesindeki düşüş olumlu olarak değerlendirilmektedir.

1. ARAŞTIRMANIN ARKA PLANI

1.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

BOH'lar, bulaşıcı bir süreçten kaynaklanmayan, bulaşıcı olmayan, uzun süreli seyreden, hâlihazırda çözülememiş ve büyük çoğunluğunun sağaltımı mümkün olmayan kronik durumlardır. Ancak, BOH'ların yeniden adlandırılmasına yönelik çabalara rağmen, genel kabul görmüş alternatif bir terim henüz bulunmamaktadır (1).

BOH'lar genellikle karmaşık bir etiyolojiye sahiptir ve birçok risk faktörü ile ilişkilendirilmişlerdir (2). DSÖ'ye göre BOH'lar genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin bir kombinasyonunun sonucudur ve genellikle uzun bir latent döneme sahiptir. Özellikle tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, alkolün zararlı kullanımı, sağlıksız beslenme ve hava kirliliği BOH'lardan ölme riskini artırmaktadır (2,3). Hastalığın uzun süreli seyrini genellikle fonksiyonel bozulma veya sakatlık takip eder. BOH'lar, dünya çapında morbidite ve mortalitenin önde gelen nedeni olduklarından, hâlâ en önemli sağlık sorunlarından biridir (2). BOH'ların küresel eğilimi, bulaşıcı hastalık pandemilerine çok benzemektedir (1). BOH'ların sonuçları, hem insanları hem de sosyoekonomik parametreleri etkiledikleri için dramatiktir. Etkilerinin düşük ve orta gelirli ülkelerde daha belirgin olması, BOH'ların etkisinin artmaya devam edeceğinin kanıtıdır (4).

Dünya genelinde 2000-2019 yılları arasında BOH'ların neden olduğu ölümlerin sayısı üçte birden fazla olarak 31 milyondan 41 milyona çıkmıştır. Bu durum, dünya çapında her dört ölümden neredeyse üçünü temsil etmektedir. Benzer şekilde, BOH'lar 2000 yılında küresel engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yıllarının %47'sini (1,3 milyar yıl), 2019 yılında ise %63'ünü (1,6 milyar yıl) oluşturmuştur (5). Küresel olarak, BOH'larda son 20 yılda kronik solunum yolu hastalıklarında %37, kalp damar hastalıklarında (KDH) %27 ve kanserlerde %16 azalma ile bir miktar ilerleme kaydedilmiştir. Buna karşılık, diyabete bağlı ölümlerde %3'lük bir artış olmuştur. BOH'lara bağlı ölümlerin mutlak sayısındaki ve engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yıllarındaki (DALY) artışın temel nedeni nüfusun yaşlanması ve büyümesidir. Bununla birlikte, bireysel düzeyde, BOH'lardan ölme riski 2000-2019 yılları arasında hafif bir azalma göstermiştir (6).

2010-2016 yılları arasında, 30-70 yaş arası kişilerde KDH'ler, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabetten ölenlerin sayısı dünya genelinde 11,2 milyondan 12,6 milyona yükselmiş, ancak bu yaş aralığında ölme olasılığı çoğu ülkede azalmıştır. İskemik ve hemorajik inme, iskemik kalp hastalığı, kronik solunum yolu hastalıkları ve mide kanserinden ölme riskinin diğer nedenlere göre daha hızlı azaldığı görülmeye karşın diyabet, kolorektal kanser, karaciğer kanseri, meme kanseri, prostat kanseri ve diğer kanserlerden oluşan grupta ölme riski diğer nedenlere göre daha yavaş azalmıştır. BOH'lardan ölüm olasılığı azalmış olsa da, nüfus büyüklüğü ve yaş yapılarındaki değişiklikler nedeniyle BOH'lardan ölümlerin sayısının artmaya devam etmesi muhtemeldir (5). 2019 yılında, dünya genelinde 30-69 yaş arası bireyler arasında dört BOH'tan ölme ihtimali %17,8'dir (6). BOH'lardan kaynaklı erken ölümler, çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde olmak üzere 20'den fazla ülkede artmıştır (7). Dünya genelinde BOH'lar için gerekli önlemler alınmazsa, bu hastalıklar 21. yüzyılın en önemli halk sağlığı sorunu olmaya devam edecektir.

Gerçekleşen 56 milyon ölümün %74'ü (41 milyon) BOH'lardan kaynaklanmıştır (8). BOH'lar şemsiyesi altında KDH'ler (17,9 milyon), kanserler (9,3 milyon), kronik solunum yolu hastalıkları (4,1 milyon) ve diyabet (diyabetin neden olduğu böbrek hastalığı ölümleri dâhil 2,0 milyon) yer almaktadır. Bu hastalıklar

dünyanın en büyük ölüm sebepleri arasında sayılmaktadır. Erken ölümler, BOH'ların bir toplumdaki öneminin değerlendirilmesinde en öne çıkan konulardan biridir. Her yıl gerçekleşen BOH'lardan kaynaklanan ölümlerin yaklaşık 17 milyonu erken ölümdür (30-70 yaş arası) (3). BOH'lardan erken ölümler, çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde (%86) olmak üzere 20'den fazla ülkede artmıştır (3,7). BOH'lara bağlı ölümlerin 2030 yılında 52 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir (9). DSÖ bölgeleri arasında BOH'lar açısından bölgeler arası farklılıklar devam etmekte ve sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşma çabaları hâlen istenilen düzeyin gerisinde kalmaktadır (6).

Küresel olarak 2019 yılında ilk on ölüm nedeninden yedisi BOH'lardır. Bu yedi neden, tüm ölümlerin %44'ünü oluşturmaktadır (ilk on nedenin %80'i) (10). Risk faktörlerine maruz kalma yaşamın erken dönemlerinde başlasa da, BOH'lara bağlı ölüm ve morbidite genellikle yetişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Araştırmalar, uygun adımların atılmasının BOH'ların yükünü önemli ölçüde azaltabileceğini göstermektedir (11). Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nde BOH'lar "2030 yılına kadar, bulaşıcı olmayan dört ana hastalıktan kaynaklanan erken ölümlerin önleme ve tedavi yoluyla üçte bir oranında (2015 seviyelerine göre) azaltılması" maddesinde yer almaktadır (Hedef 3.4) (5). BOH'lardan kaynaklanan ölüm oranlarını azaltmak için çeşitli müdahalelerin birleştirilmesinin bu hedefe ulaşmayı daha etkili hale getirebileceği de düşünülmektedir. DSÖ bölgelerinde en etkili müdahale paketlerinin uygulanmasının 2023-2030 yılları arasında yılda ortalama 18 milyar ABD doları daha gerektireceği öngörülmektedir. Bu yatırımın 39 milyon ölüme önleyebileceği ve ortalama 2,7 trilyon ABD Doları (kişi başına 390 ABD Doları) net ekonomik fayda sağlayabileceği iddia edilmektedir (12). Bu bağlamda DSÖ, BOH'larla küresel mücadelenin koordine edilmesi ve desteklenmesinde ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine (Hedef 3.4) ulaşılmasında kilit bir liderlik rolü oynamaktadır (3).

KDH'lere bağlı ölümlerin 2012 yılında 17,5 milyon iken 2030 yılında 22,2 milyona yükseleceği, kansere bağlı ölümlerin de aynı dönemde 8,2 milyondan 12,6 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir. Dört ana BOH, tüm BOH'lara bağlı ölümlerin %82'sinden sorumludur (13). Sonuç olarak, BOH'ların 15 yıl içinde toplam yedi trilyon ABD doları tutarında ekonomik kayba neden olduğu iddia edilmektedir. Tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite ve alkolün zararlı kullanımı gibi risk faktörleri hedef alınarak BOH'lara bağlı ölümlerin birçoğu önlenabilir. BOH'ların yükünü azaltmaya yönelik etkili müdahalelerin yaklaşık yıllık maliyetinin 11,2 milyar ABD doları olduğu tahmin edilmektedir (9). Düşük gelirli ülkelerde bulaşıcı hastalıklar, anne ve çocuk sağlığı ve diğer geleneksel sağlık sorunlarının yüksek yükü nedeniyle BOH'lara yönelik bütçeleme arka planda kalmaktadır (14).

1.2. Risk Faktörleri

Her yıl 1,3 milyonu pasif içici olmak üzere 8,7 milyon kişinin tütün kullanımı nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Dünya genelinde, yetişkinler arasında mevcut tütün ürünü kullanım yaygınlığı 2020 yılında yaklaşık %22,3'tür. Erkeklerin (%36,7) sigara içme sıklığı kadınlardan (%7,8) daha yüksektir. Tütün ürünü kullanımının yaygınlığı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Tütün ve tütün mamulleri kullanımı, yüksek tıbbi maliyetler ve üretkenlik kaybı nedeniyle önemli bir ekonomik yükür. Tütün kullanımının tanımı, şu anda kullanılan tütünün hem içilebilir hem de dumansız formlarını içermektedir (15).

DSÖ, her yıl tahminen 1,8 milyon ölümün aşırı miktarda sodyum tüketiminden kaynaklandığını belirtmektedir (3). Diyetle aşırı sodyum tüketimi hipertansiyon ve KDH gelişme riskini arttırabilir (16). Tuzun kaynağı ülkeden ülkeye değişmektedir. Bazı ülkelerde hazır veya işlenmiş gıdalarla ilgiliyken, diğerlerinde gıda hazırlama sırasında veya sofrada eklenen tuz daha önemli olabilir. Yüksek tuz alımı (5 g/gün'den fazla) KDH'lara neden olabilir (17, 18).



Küresel olarak, yetişkinlerin %23'ü ve ergenlerin (11-17 yaş) %81'i DSÖ'nün sağlık için fiziksel aktivite önerilerini karşılamamaktadır. DSÖ, fiziksel hareketsizlik prevalansında ülkeler arasında ve içinde önemli farklılıklar olduğunu ve bazı yetişkin alt popülasyonlarında bu oranın %80'e kadar çıktığını bildirmektedir (19).

Yetersiz fiziksel aktivite, mortalite için önde gelen dördüncü risk faktörüdür. Her yıl yaklaşık 3,2 milyon ölüm ve 32,1 milyon engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yılı (küresel engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yıllarının yaklaşık %2,1'i) yetersiz fiziksel aktiviteden kaynaklanmaktadır (20). Düzenli fiziksel aktivite iskemik kalp hastalığı, felç, meme kanseri, kolon kanseri ve hatta diyabet riskini azaltır. Ayrıca kilo kontrolüne ve obezitenin önlenmesine yardımcı olur (21).

DSÖ, alkol kullanımına atfedilebilecek yıllık 3 milyon ölümün yarısından fazlasının BOH'lardan kaynaklandığını belirtmektedir (3). Dünya genelinde toplam alkol tüketimi 2015 yılından bu yana azalmıştır ve 2016 yılında 15 yaş ve üzeri küresel nüfusun %57'si (3,1 milyar kişi) son 12 ay içinde alkol tüketmemiştir (8, 22). 2019 yılında, 15 yaş ve üzeri kişi başına düşen saf alkol miktarı 5,5 litre olup erkekler (8,7 litre) kadınlara (2,2 litre) kıyasla yaklaşık dört kat daha fazla saf alkol tüketmiştir (6). Alkol kullanım bozuklukları yüksek gelirli ülkelerde daha yaygındır. 2016 yılında, alkolün zararlı kullanımına bağlı hastalık yükü, üst-orta gelirli ve yüksek gelirli ülkelere kıyasla düşük gelirli ve alt-orta gelirli ülkelerde daha yüksekti (22). Ağız, orofarenks, nazofarenks, larenks, özofagus, kolon, rektum, karaciğer ve meme kanserlerinin yanı sıra karaciğer sirozu ve pankreatit riskinde artış ile ilişkilendirilen alkolün hipertansif hastalık, atriyal fibrilasyon ve hemorajik inme ile de bağlantısı vardır (12-14).

Obezite, 30 kg/m²'ye eşit veya daha yüksek bir BKİ'ne sahip olmak olarak tanımlanırken, 25 kg/m² veya daha fazla BKİ'ne sahip kişiler aşırı kilolu olarak tanımlanmaktadır. Her iki durum da birçok hastalık riskinin artmasına yol açabilirken (23), küresel hastalık yüküne göre 2017 yılında 4 milyondan fazla ölümüne neden olmuştur (24). Obezitenin daha kötü sağlık sonuçları ve daha yüksek mortalite ile ilişkili olduğu iyi bilinmektedir. Obezitenin küresel prevalansı 1970'lerden beri artmaktadır (5). 2016 yılında dünya genelinde yetişkinlerin %13,1'i obez iken, bu oran erkeklerde %11, kadınlarda ise %15'tir. Kadınlar obeziteye erkeklerden daha yatkındır, ancak yıllar içinde gelişen eğilimler cinsiyet farkının azaldığını ve erkeklerde obezitenin kadınlara göre daha hızlı bir artış içinde olduğunu göstermektedir. (6). Dünyada toplam 650 milyondan fazla yetişkin obezdir. Ayrıca, 2016 yılında erkeklerin %39'u ve kadınların %40'ı aşırı kilolu olarak rapor edilmiştir. Aşırı kilolu veya obez olmak, 5 yaşın altındaki çocuklar için de önemli bir sorundur ve bu grupta yaklaşık 38,2 milyon çocuk bulunmaktadır (25). 2022 yılı itibarıyla dünya genelinde aşırı kilolu insan sayısı 37 milyona ulaşmıştır (6). Hem aşırı kilo hem de obezite, gelirle bağlantılıdır ve her iki cinsiyet için de üst-orta ve yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde prevalansları daha yüksektir. Hollanda ve İsviçre'de, çocuklarda obezite prevalansının sabit olduğu görülmektedir (26, 27).

Dünya genelinde, 2019 yılında 30-79 yaş arası yetişkinlerin %33,1'i yüksek kan basıncından etkilenmiştir (6). Tüm KDH ölümlerinin yarısından fazlasının yüksek sistolik kan basıncı ile ilişkili olduğu da belirtilmektedir (8). Yüksek sistolik kan basıncına bağlı ölümlerin %38'i 70 yaşın altındaki yetişkinlerde meydana gelmektedir. Hipertansiyonun sağlık sistemi üzerinde büyük bir etkisi vardır ve böbrek yetmezliği, buna ma, felç, miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği ve körlüğe yol açabilir (28, 29). Sosyoekonomik belirleyiciler, yüksek yağ ve tuz tüketimi, psikolojik stres, fiziksel hareketsizlik, aşırı kilo ve obezite, düşük meyve veya sebze tüketimi, alkol ve sağlık hizmetlerine yetersiz erişim de dâhil olmak üzere birçok değiştirilebilir faktör hipertansiyonla ilişkilendirilmiştir (30). Ettehad ve arkadaşları, sistolik kan basıncında 10 mmHg'lik bir düşüş ile KDH riskinde %20'lik bir azalma olduğunu bildirmiştir (31). Benzer şekilde, Di Cesare bunun

kardiyo-metabolik mortalitede %41-46 azalma ile sonuçlandığını göstermiştir (32). Hipertansiyon ayrıca KDH'lar, inme, diyabet, bazı kanser türleri, obstrüktif uyku apnesi, osteoartrit ve obezite ile de ilişkilidir.

Diyabet, 2019 yılında 2 milyon ölüm ve 89 milyon engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yılı ile erken ölümlerin önemli bir nedeni olmuştur (9). 2000-2019 yılları arasında diyabet kaynaklı yaşa göre standardize edilmiş ölüm oranlarında %3'lük bir artış olmuştur. Düşük-orta gelirli ülkelerde diyabete bağlı ölümlerde de %13'lük bir artış olmuştur (33). KDH'lar, böbrek yetmezliği, körlük ve diz altı amputasyonlar diyabetle ilişkilidir (34). Bozulmuş glukoz toleransı ve açlık glisemisinin diyabet ve KDH riski taşıdığı bilinmektedir. Obeziteye benzer şekilde, diyabetin küresel prevalansı son yıllarda özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde artmıştır. Sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, obezite/aşırı kilo, yüksek kan basıncı ve yüksek kolesterol; diyabet için temel ve değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer almaktadır. BOH'lar için bir risk faktörü olan diyabet, ortalama kan glukozu ölçümleri ile değerlendirilmektedir. Hem diyabet hem de obezite, gıda sektörü ve fiziksel aktivitenin teşvik edilmesiyle bağlantılı çok sayıda müdahale yoluyla, kişisel ve toplumsal ölçekte önlenabilir. Benzer şekilde, diyabet riski de kilo verme ve rutin fiziksel aktivite yoluyla azaltılabilir.

1.3. Türkiye'deki Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri

BOH'lar, Türkiye için çok önemlidir ve Türkiye'deki toplam ölümlerin %90'ından sorumludur (7). 2019 yılında, yaşa göre standardize edilmiş orana göre (100.000 nüfus başına) Türkiye'de hastalığa bağlı ölümlerin önde gelen ilk dört nedeni iskemik kalp hastalığı (95,9), inme (49,1), trakea bronş akciğer kanseri (39,7) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır (KOA) (28,0). Diyabet (20,1) ve hipertansif kalp hastalığı (16,3) Türkiye'de en sık görülen beşinci ve sekizinci ölüm nedenleridir (35, 36). DSÖ'ye göre, Türkiye'de BOH'lara bağlı ölümlerin oranı %90 olarak tahmin edilmektedir. 2022 yılında Türkiye'deki ölümlerin 389.100'ü BOH'lardan kaynaklanmaktadır ve BOH'lardan önlenabilir erken ölüm olasılığı %16'dır (7).

Tütün ve tütün mamulleri kullanımı yaygınlığı, 15 yaş ve üzeri bireylerde 2020 yılında 30,7'dir (6). 2022 yılında, her gün tütün kullanan 15 yaş ve üzeri bireylerin oranı %28,3'tür. Erkeklerin %41,3'ü ve kadınların %13,0'ı hâlen sigara içmektedir (37). Alkole bağlı yıllık 3,3 milyon ölümün yarısından fazlası BOH'lardan kaynaklanmaktadır. Türkiye'de son 30 gün içinde alkol tüketenlerin oranı %8'dir (38). Türkiye'nin kişi başı saf alkol tüketimi 2019 yılında 1,8 litredir (6). 2022 yılında alkol kullanan 15 yaş ve üzeri bireylerin oranı %12,1 olup son 12 ay içinde alkol kullanan kadınların oranı %5,9, erkeklerin oranı ise %18,4'tür. 2022 yılında 15 ve daha yukarı yaştaki obez bireylerin oranı %20,2'dir. Kadınların %23,6'sının, erkeklerin ise %16,8'inin obez olduğu bildirilmektedir (37).

Dört ana BOH'a atfedilen erken ölüm oranı 2022 yılında 246/100.000 olup, BOH'lara bağlı erken ölümler küresel kalkınmanın önündeki en önemli engellerden biri olmaya devam etmektedir (39).

Türkiye, ulusal BOH hedeflerinin ve ölüm verilerinin tanımlanmasında başarılı olmuştur ve risk faktörü çalışmaları kısmen tamamlanmıştır. Bununla birlikte, ulusal düzeyde entegre BOH politikaları/stratijileri/eylem planları hâlâ geliştirilebilir. Öte yandan Türkiye, vergi artışları, sağlık uyarı kampanyaları, medyada reklam, promosyon ve sponsorluk yasakları ve dumsız alan politikaları yoluyla tütüne olan talebi azaltmada oldukça başarılı olmuştur. Türkiye, genişletilmiş reklam yasakları veya kapsamlı kısıtlamalar ve arttırılmış vergiler yoluyla alkolün zararlı kullanımına karşı başarılı olmuş görülmektedir. Sağlıksız beslenmenin azaltılmasına yönelik çabalar arasında tuz/sodyum politikaları, doymuş yağ asidi ve trans yağ politikaları ile çocuklara yönelik pazarlama kısıtlamaları yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı yakın zamanda fiziksel aktivite konusunda halk eğitimi ve farkındalık kampanyası düzenlemiştir (40).



1.4. STEPwise Yaklaşımı

BOH'lar küresel sağlık sorununu önlemek için 2013 yılında; 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 dört ana BOH sebebiyle gerçekleşen erken ölümleri 2025 yılına kadar %25 azaltmayı, temel davranışsal ve metabolik BOH risk faktörleri ile sağlık sistemi hedeflerini de içermektedir. Ayrıca benzer şekilde, 2015 yılında yayımlanan 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları, BOH sorunlarını hedef almanın önemini ve 2030 yılına kadar BOH'lara bağlı erken ölümleri üçte bir oranında azaltmak gibi iddialı bir hedefi de kabul etmiştir (43).

DSÖ, BOH temel risk faktörleri ile ilgili verilerin küresel bir ihtiyaç olduğunu kabul etmiş ve süveyans için STEPwise yaklaşımını (STEPS) 2002 yılında başlatmıştır (44). STEPS'in ana hedefleri;

- Bir çerçeve ve yaklaşım sağlayarak ülkelerin risk faktörleri süveyans 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,
- Farklı toplumların ve aynı toplumlarda farklı zamanlarda karşılaştırılmayı mümkün kılmak,
- BOH süveyansı 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 kalp damar risk faktörüne sahip küçük bir topluluğun olası tedavi tahmini için referans alınmasına imkân verdiği için tek risk faktörü süveyansına göre üstündür.

BOH süveyansı, 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 süveyansı 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 engelleme, BOH'ların kontrolü için tedbir alma ve kontrol stratejileri oluşturma imkânı vermektedir. Çalışmada, Türkiye'yi ve İBBS-1 seviyesindeki 12 bölgesini temsil eden örneklemde, BOH risk faktörleri ile ilgili bilgi toplamak için STEPwise yaklaşımı kullanılmıştır.

2. ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE HEDEFLERİ

2.1. Amaçlar

THSA ile DSÖ tarafından geliştirilmiş STEPwise yöntemi (43) kullanılarak BOH'larla ilgili mevcut durumun değerlendirilmesi, kontrolü ve önlenmesine yönelik aktivitelerin daha etkili bir şekilde planlanmasına katkı sağlamak amaçlanmıştır.

STEPwise yöntemi, sık görülen kronik hastalıkların risk faktörleri hakkında bilgi toplanması, analiz edilmesi ve paylaşılmasını sağlayan basit ve standardize bir süveyans yaklaşım stratejisidir. Yöntemin uygulanması, risk faktörlerinin süveyans 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.

DSÖ, geçerli ölçüm yöntemleri bulunan ve kontrol altına alınması durumunda, kronik hastalıkların önlenmesinde (erken ölümlerin ve engelliliğin) toplum üzerinde büyük etkisi olacak süveyans stratejilerine dâhil 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) ve kontrol edilebilen biyolojik faktörleri (hipertansiyon, fazla kiloluluk ve obezite, yüksek kan glukozu ile artmış total kolesterolü) olarak gruplanmıştır.

2.2. Hedefler

Çalışmanın hedefleri şunlardır:

- 15 yaş ve üzeri her iki cinsiyeti temsil eden nüfusta BOH'lara yönelik en yaygın davranışsal risk faktörlerinin prevalansını belirlemek,
- İBBS-1 seviyesinde 12 bölgede temsil eden BOH'lara yönelik en yaygın davranışsal risk faktörlerinin prevalansını belirlemek,
- 15 yaş ve üzeri nüfusta BOH'lara yönelik hipertansiyon, hiperlipidemi ve diyabet gibi biyolojik risk faktörlerinin prevalansını belirlemek,
- Cinsiyet, İBBS-1 ve beş farklı yaş grubu için risk faktörlerinin prevalansını belirlemek,
- 2017 yılında aynı yöntemle gerçekleştirilen çalışmanın sonuçlarıyla karşılaştırmalar yapmak.

2.3. Araştırmanın Gerekçesi

Pek çok BOH, tütün kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, alkolün kötüye kullanımı ve sağlıksız beslenmeyi içeren dört risk faktörüne yönelik kontrol önlemleri ile azaltılabilmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, ulusal göstergeleri temel alarak 2025'e yönelik ulusal hedefler belirlemiş ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Yönelik Ulusal Çok Sektörlü Eylem Planını (2017-2025) faaliyete geçirmiştir (44).

Ancak, BOH'ın risk faktörlerinin prevalansı ile ilgili Türkiye'de yapılmış mevcut çalışmalardan elde edilen veriler kısıtlı ve dağınık haldedir. Mevcut halk sağlığı politikalarının 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 ve Dünya Bankası tarafından desteklenen THSA çalışması yürütülmektedir. Çalışmanın iki aşamada gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Birinci aşama 2017 yılında yürütülen durum saptama aşaması (45), ikinci aşama ise 2023 yılında gerçekleştirilen birinci aşamanın takip çalışmasıdır. Bu rapor, araştırmanın ikinci aşaması ile THSA 2017 ve 2023 çalışmalarının bazı sonuçlarının karşılaştırılmasını içermektedir.



3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Anket Tasarımı

STEPwise yöntemi, 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 derinleşmeye olanak sağlamaktadır. Uygulama sürecinde Sağlık Bakanlığı STEPS araçlarını özel ulusal ölçümler için daha da genişletmiştir.

- **Adım 1**, tütün kullanımı, alkolün zararlı şekilde tüketimi, düşük meyve ve sebze tüketimi ve fiziksel inaktivite gibi davranışsal risk faktörlerine maruz kalma durumunu inceleyen değişkenlerin değerlendirilmesinden oluşmaktadır.
- **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**'te, yüksek glisemi düzeylerinin, hiperlipideminin ve sodyum alımının tespit edilmesi için kan ve idrar örneklerinin alınması ve biyokimyasal ölçümler yer almaktadır.

Veri toplama aşaması 2023 yılının Eylül ayından Kasım ayına kadar süren araştırma, anket formu kullanılarak yürütülmüştür.

THSA, 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 STEPS protokolü uyarınca rastgele seçilmiş hanelerde yaşayan 15 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktadır.

Biyolojik ölçümler, tam kan ve idrar örneklerinde yapılmıştır. Açlık kan glukozu, total kolesterol, HDL kolesterol, HbA1c, spot ve 24 saatlik idrarda kreatinin ve sodyum çalışmanın üçüncü aşamasına katılmayı kabul eden katılımcılarda ölçülmüştür.

3.1.1. Dâhil Edilme Kriterleri

Örnekleme seçilen hanedeki bireylerden aşağıdaki kriterleri sağlayan bir kişi rastgele olmak üzere çalışmaya dâhil edilmiştir:

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

3.1.2. Hariç Edilme Kriterleri

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

- 0-14 yaş arasındaki bireyler,

- Kurumsal ikameti (örn. otel, motel, hastane, öğrenci yurdu, cezaevi vb.) olan kişiler,
- Türkiye'de kalıcı olarak ikamet etmeyenler,
- Saha çalışması sırasında gidilen evde misafir olarak bulunanlar,
- Araştırma sorularını anlamada ve açık, doğru bir şekilde cevaplamada güçlük yaratacak derecede zihinsel engeli olanlar.

3.2. Örneklem Büyüklüğü

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, TÜİK'in 2014 yılı sağlık araştırmasında belirtilen, fazla kilolu ve obezite prevalansı ($p=53,6$) dikkate alınmış ancak farklı değişkenlerin prevalansları da göz önünde bulundurularak görülme sıklığı $p=0,50$ olarak alınmıştır. 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 farklı yaş grubu ya da toplamda on grup) sağlanmıştır. Çalışmada ayrıca Türkiye'deki 12 İBBS-1 bölgesi ile ilgili bölgesel tahminlerin de elde edilmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle, örneklem büyüklüğü içindeki farklı grupların maksimum sayısı 12'dir. Yapılan hesaplamalar sonucunda örneklem büyüklüğü 6.915 olarak belirlenmiştir ve daha sonra %20 kayıp (kapsam dışılık ve cevapsızlık) faktörü ($i=0,20$) de hesaba katılarak hepsi arttırılmıştır. Toplamda 15 yaş ve üzeri olan ve sayılan nitelikleri taşıyan 8.644 ferdin çalışmaya katılması öngörülmüştür.

Coğrafi Kapsam: Adıyaman, Hatay ve Kahramanmaraş illeri haricindeki tüm yerleşim yerleri kapsama dâhildir.

Kapsanan Kitle: Türkiye Cumhuriyeti sınırları dâhilinde yaşayan kurumsal olmayan 15+ yaştaki nüfus kapsam dâhilindedir. Kurumsal nüfus olarak tanımlanan yurt, huzurevi, çocuk yuvası ve hapishanede bulunanlar, kışla ve ordu evlerinde ikamet edenler ile hastanede (Sanatoryum ve akıl hastanelerinde vb. uzun süreli kalan hastalar) ve otelde uzun süreli kalanlar kapsama dâhil edilmemiştir.

3.3. Etkin Örneklem

Ziyaret edilen 8.650¹ hanehalkının 15 yaş ve üzerinde olan ve araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve gönüllü olan 6.017 kişi çalışmaya katılmıştır. İlk iki aşamaya katılmayı kabul eden 2.128 kişi 3. aşamaya da katılmıştır.

Birinci aşamada ziyaret edilen hanehalkı içinde genel olarak yanıt oranı (evde olmayanlar ve kapıyı açmayı kabul etmeyenler dâhil) %80,9 ve üçüncü aşamada ise %33,4'tür.

3.4. Örneklem Çerçevesi

BOH'lar risk faktörleri çalışması, ülke genelinde gerçekleştirilmiş ve örneklem çerçevesi Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarını kapsamaktadır (2022 nüfusu: 85.279.553). İBBS göre 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 922 ilçe bulunmaktadır (2023).

Kullanılan Adres Çerçevesi: 2007 yılında tamamlanan "Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS)"ne altlık oluşturan "Ulusal Adres Veri Tabanı (UAVT)"dir (Şubat 2023 tarihli güncel çerçeve). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminde yapılan güncelleme aynı zamanda Ulusal Adres Veri Tabanında güncellemeyi de sağladığından adres listeleme işlemlerine gerek duyulmadan örnek adresler doğrudan UAVT'den seçilmiştir. Adres çerçevesinde yer alan adreslerde hane halkı kompozisyonunu oluşturmuş ve en az bir ferdin daimi ikametgahı belirttiği bilinmektedir.

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

3.5. Örneklem Yöntemi

DSÖ'nün STEPwise araştırma önerileri doğrultusunda Araştırmacının örneklem yöntemi çok aşamalı küme örneklemesidir.

Birincil Örneklem Birimi (Küme): Belediye teşkilatı olan yerleşim yerleri için mahalle sınırları, diğer yerler için de yerleşim yerinin tamamı dikkate alınarak ortalama blok büyüklüğü 100 adres olacak şekilde kümeleme yapılmıştır.

Birinci aşama örneklem birimini bloklar (kümeler) oluşturmuştur. Toplamda 865 küme (blok) seçilmiştir. Kümeler büyüklüğüne orantılı olasılıklı seçim yöntemi (PPS) kullanılarak seçilmiştir. Her bir kümede yer alan adres sayısı küme büyüklüğünü oluşturmuştur.

İkincil Örneklem Birimi (Adres-Hanehalkı): İkinci aşamada, her bir seçilmiş küme içinden 10'ar adres sistematik olarak seçilmiştir.

Üçüncül Örneklem Birimi (15+ yaştaki fertler): Son örneklem birimi fert olup alanda yapılacak listeleme çalışmasından sonra DSÖ'nün kronik hastalıklar surveyansında STEPwise yaklaşımı kılavuzunda (43) belirtildiği şekilde, rastgele seçim yöntemi kullanılarak belirlenen hanedeki tüm uygun katılımcılar arasında bilgisayar programı ile bir fert tesadüfi olarak seçilmiştir.

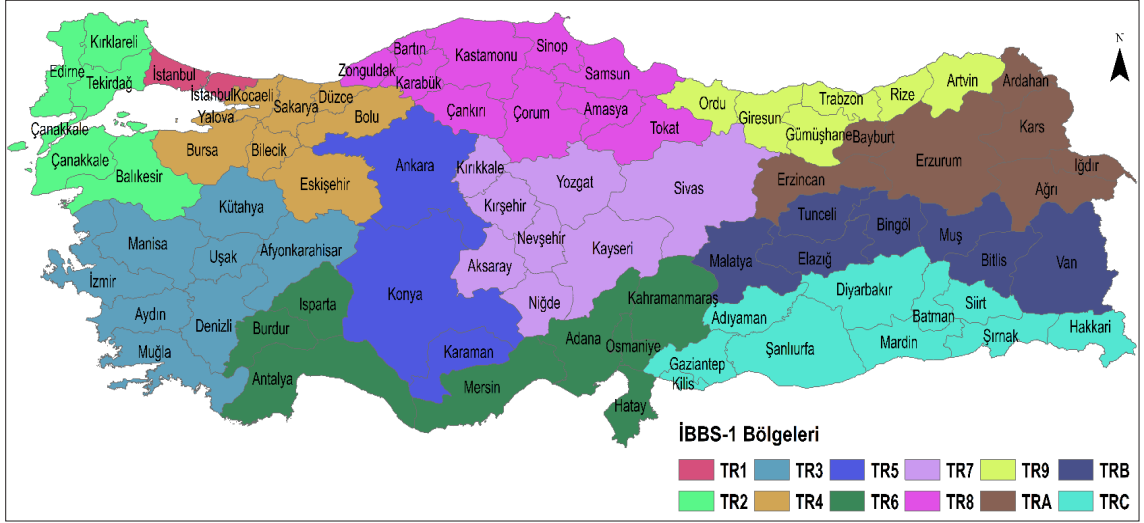
Olasılıklı örneklem prensipleri doğrultusunda yapılan seçimlerde bazı İBBS-3 bölgelerinde hiçbir yerleşim yerlerinin örneklem çıkmamış olması normaldir. Örneğe çıkan adreslerde alan uygulaması yapılmış ve ikame adres kullanılmamıştır.

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

Tablo 1: İBBS Bölgeleri İsimleri ve Bölgelerdeki İller

İBBS-1 (Bölgeler)	İBBS-2 (Alt Bölgeler)	İBBS-3 (İller)
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)

İBBS-1 (Bölgeler)	İBBS-2 (Alt Bölgeler)	İBBS-3 (İller)
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)	Kırıkkale Alt Bölgesi (TR71)	Kırıkkale İli (TR711)
		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)	Zonguldak İli (TR811)
		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)
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)	Malatya İli (TRB11)
		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)



Grafik 1: İBBS-1 Bölgeleri Sınırları

Kaynak: Türkiye Cumhuriyeti Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ve TÜİK

Grafik 1, İBBS-1 bölgelerinin ve kapsadığı 81 ilin coğrafi sınırlarını, Tablo 2 ise her bir İBBS-1 bölge-
deki küme sayılarını ve hanehalkı sayılarını göstermektedir.

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

İBBS-1 Bölgeleri	Küme Sayıları	Örneklemdeki Hanehalkı Sayıları
TR1	166	1660
TR2	46	460
TR3	129	1290
TR4	92	920
TR5	92	920
TR6	88	880
TR7	44	440
TR8	54	540
TR9	32	320
TRA	19	190
TRB	35	350
TRC	68	680
TOPLAM	865	8650

3.6. Kişilerin Seçilmesi

Her hane en az üç kere ziyaret edilmiştir. Eğer hanehalkının onayı alındıysa, hanehalkından nitelikleri uyan bir kişi çalışmaya katılmak üzere bilgisayar programı ile basit sistematik şekilde rastgele seçilmiştir (Kish yöntemi). Seçilen ancak ilk ziyaret sırasında müsait olmayan ve sonraki 10 gün içinde müsait olabilecek hanehalkı bireylerinden görüşme için randevu alınmıştır.

3.7. 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.

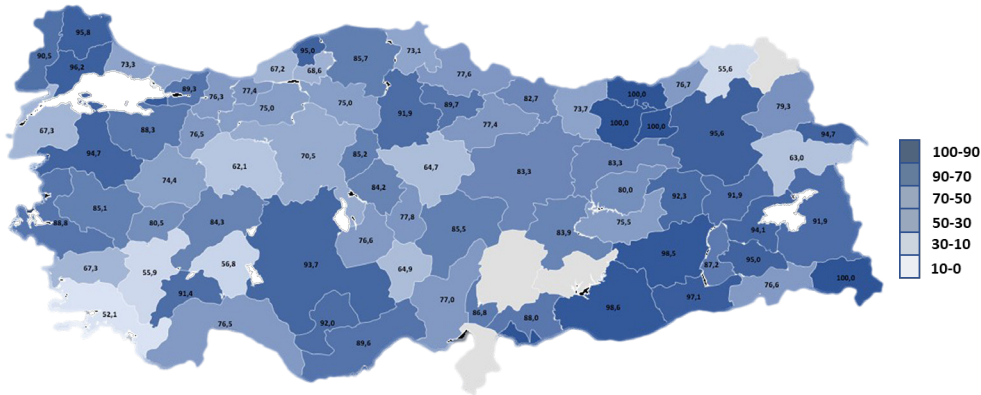
Adım 1'de kullanılan veri toplama aracı, DSÖ Kronik Hastalıkların Sürveyansı (STEPwise) yaklaşımı soru formu, Avrupa Sağlık İnceleme Anketi (European Health Examination Survey) ve Sağlık Bakanlığı tarafından seçilen Dünya Bankası Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi ve Desteklenmesi Projesi gelişim göstergeleri ile Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından önerilen ek sorulardan oluşmaktadır. Araştırmada 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 Halk Sağlığı 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 glukozu, total kolesterol, HDL kolesterol, HbA1c ve idrarda sodyum ve kreatini içermektedir. İdrar örnekleri katılımcılar tarafından tok karnına bir kap içerisinde toplanmış, 24-48 saat içerisinde SYNLAB Laboratuvarına (Ankara, Türkiye) özel üretilen çantalarla gönderilmiş ve burada analiz edilmiştir.

3.8. Çalışmanın Ağırlıklandırılması

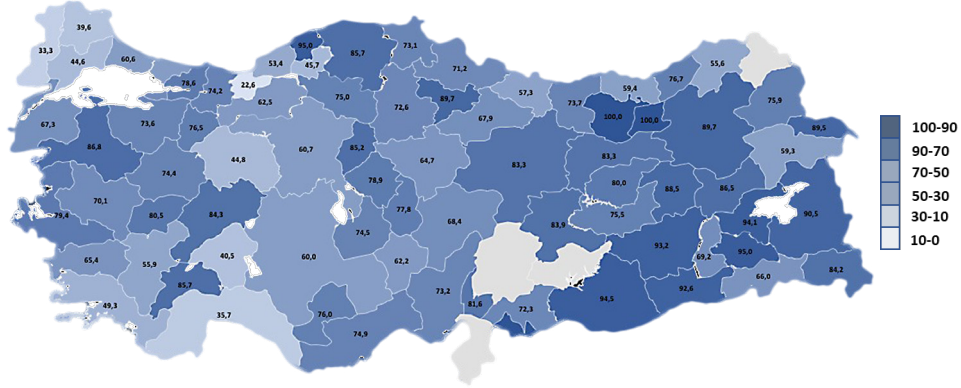
Veriler hedef nüfusun içinden seçilmiş bir örneği içerdiğinden, verilerin ağırlıklandırılması gerekmektedir. Bu nedenle örneklem ile hedef nüfus arasındaki yaş, cinsiyet, yaşanılan bölge (İBBS-1 bölgesi), öğrenim düzeyi gibi farklılıkların düzeltilmesi için örneklem ağırlıklandırılması yapılmıştır. Örneklem ağırlıklandırılması araştırmaya dâhil edilen her bir birey için örneklem belirleme sürecinde ve örneklem çerçevesini temsil edecek şekilde yapılmıştır. 1. ve 2. Aşama örneklem birimlerinin seçim olasılıkları TÜİK tarafından sağlanmıştır. Seçim olasılıklarının tersi alınarak temel ağırlıklara ulaşılmıştır. Örneklem ağırlıklandırmasının üçüncü bileşeni, hanehalkı bilgi kayıtlarından elde edilen bireylerin dâhil edilme olasılıklarıdır. BÖB'ler, İÖB'ler ve hanehalkları için üç dâhil edilme kriteri olasılıkları, temel ağırlıklandırmaların elde edilebilmesi için ters çevrilmiştir.



Grafik 2: Kapsam Dışı Adresler Çıkarıldıktan Sonra Net Örnek Sayısına Göre 1. Adımın Yüzdesi (%)

İkinci ağırlıklandırma, görüşme izlem formlarından elde edilen cevapsızlık düzeltilmesi yapılmıştır. İlk olarak dâhil 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.



Grafik 3: Kapsam Dışı Adresler Çıkarıldıktan Sonra Net Örnek Sayısına Göre 2. Adımın Yüzdesi (%)

Grafik 2 ve 3'te görüldüğü gibi illere göre 1. Adım gerçekleştirme oranı %52,1 ile %100,0 arasında, 2. Adım gerçekleştirme oranı ise %22,5 ile %100,0 arasında değişmektedir.

Tablo 3, her İBBS-1 bölgesi için cevapsız hanehalkının sayısına göre hesaplanan kümelerin sayısını göstermektedir. Toplamda 865 kümede cevap alınamayan kişi sayısı 1.420 olmuştur. Ayrıca örneklem² içerisindeki 8.650 adresin 1.215'ine ulaşılamamıştır. Ulaşılamama ve cevapsızlık uyarlamaları küme düzeyinde mevcuttur, böylece cevapsızlık düzeltilmesi yapılabilmiş ve bunlar küme düzeyinde ulaşılamayanlar için uyarlanabilmıştır. Cevapsızlık düzeltilmesi yapılmış ve örneklem ağırlıkları oluşturulmuştur. Bu sayede cinsiyet-yaş, cinsiyet-öğrenim ve İBBS-1 oran farkları için yeniden tabakalama yapılabilmıştır. 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 Sayı ve Kümelerinin Dağılımı

İBBS-1 Bölgeleri	Her Kümede Cevapsız Hanehalkı Sayısı										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TR1	52	20	26	21	21	9	5	7	2	1	2
TR2	25	13	3	3	2	0	0	0	0	0	0
TR3	48	21	22	14	11	9	3	0	1	0	0
TR4	41	13	15	13	5	3	1	1	0	0	0
TR5	38	19	7	7	2	8	4	1	4	1	1
TR6	25	19	24	8	7	2	3	0	0	0	0
TR7	15	11	7	5	1	0	4	1	0	0	0
TR8	18	14	5	6	3	7	1	0	0	0	0
TR9	18	3	3	6	1	0	0	1	0	0	0
TRA	9	5	1	1	2	0	0	1	0	0	0
TRB	15	12	4	2	1	1	0	0	0	0	0
TRC	49	3	9	6	0	0	1	0	0	0	0
TOPLAM	353	153	126	92	56	39	22	12	7	2	3
Toplam Cevapsız	0	153	252	276	224	195	132	84	56	18	30

² TÜİK, planlanan 8.644 hanehalkı yerine 8.650 hanehalkı bildirmiştir. Çünkü her bir kümedeki hanehalkı sayılarını uyarlamak imkanı bulunmamaktadır.

Üçüncü ağırlıklandırma (nüfus ağırlıklandırması, diğer adıyla yeniden tabakalama), nüfus ve örneklem arasında olabilecek her türlü tutarsızlığın giderilmesinde kullanılmıştır. Bu ağırlıkların uyarlanmasıyla, araştırma örnekleminin nüfusu gerçek anlamda temsil etmesi sağlanmıştır. Yeniden tabakalama ağırlıklarının elde edilebilmesi için, Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2023 yılında yayınlanan 2022 yılı adrese dayalı nüfus sayımı tahminlerine dayanan cinsiyet-yaş, cinsiyet-öğrenim 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 orantıları göstermektedir. Tablo da, 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 Örnekleme (%)	ADIM 3 Örnekleme (%)	TÜİK (%)	ADIM 1 & 2 Örnekleme (%)	ADIM 3 Örnekleme (%)	TÜİK (%)
15-29	7,6	4,3	15,0	9,1	7,4	14,3
30-44	9,4	7,4	14,6	15,9	16,4	14,4
45-59	11,2	9,7	11,6	16,7	18,3	11,6
60-69	7,5	8,4	5,1	8,9	11,9	5,4
≥70	6,7	8,1	3,3	7,0	8,2	4,6

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

Tablo 5: Cinsiyet ve Öğrenim için İki Yönlü Yeniden Tabakalama Verisi

Öğrenim	Erkek			Kadın		
	ADIM 1 & 2 Örnekleme (%)	ADIM 3 Örnekleme (%)	TÜİK (%)	ADIM 1 & 2 Örnekleme (%)	ADIM 3 Örnekleme (%)	TÜİK (%)
Okuryazar ya da Okuryazar değil ancak resmi olarak okula gitmemiş	2,8	3,5	1,2	13,1	17,4	5,0
İlkokul mezunu	13,9	15,6	11,7	19,3	22,6	14,6
Ortaokul, meslek ortaokulu ya da lise mezunu	17,1	13,0	25,6	17,1	15,1	20,2
Yüksekokul, fakülte, yüksek lisans ya da doktora derecesine sahip	8,7	5,8	11,3	8,1	7,0	10,3

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 olan mükerrer orantısal uygunluk (örneklem dengelemesi) kullanılmıştır (46).

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

İBBS-1 Bölgesi	ADIM 1 & 2 Örneklemi (%)	ADIM 3 Örneklemi (%)	TÜİK (%)
TR1	17,7	17,8	18,7
TR2	6,4	4,4	4,4
TR3	14,3	13,3	12,7
TR4	11	8,7	9,9
TR5	9,9	9,2	9,8
TR6	9,9	7,2	12,9
TR7	4,8	7,3	4,9
TR8	6	9	5,5
TR9	3,2	0,6	3,2
TRA	2,6	3,6	2,6
TRB	4,2	7,2	4,7
TRC	10	11,8	10,9

3.9. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, her birinde iki kişi bulunan 30 ekip ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında e-STEP tablet yazılımı kullanılmıştır ve veriler merkezi sunucuda depolanmıştır. Tabletler ayrıca ziyaret edilen hanehalkının coğrafi konumlarını da kaydetmiştir. Her bir araştırma ekibinde içinde fiziksel değerlendirmeleri ve biyokimyasal ölçümleri uygulayan birer sağlık çalışanı bulunmaktadır. Evde kimsenin bulunmadığı durumlarda, aynı hane en az üç kere ziyaret edilmiştir. Çalışmanın her üç aşamasında da seçilen katılımcıların onayı alınmıştır. Ekiplerde fiziksel ve biyokimyasal ölçümleri yapmalarını sağlayan taşınabilir cihazlar bulunmaktadır. Veri toplama aşaması 4 Eylül-16 Kasım 2023 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın saha uygulamasında Tablo 7'de belirtilen cihazlar ve gereçler kullanılmıştır.

Tablo 7: Saha Uygulaması İçin Temin Edilen Cihaz ve Araç-Gereç Listesi

Malzeme	Kullanım alanı	Adet
Siemens DCA Vantage cihazı	HbA1c	33
CardioChek PA Analiz cihazı	Kan glukozu, kolesterol	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
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 glukozu)	10.000
Kardiyo ikili panel kiti	Kan örneği (Kolesterol, HDL kolesterol 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 SYNLAB Laboratuvarına soğuk zincir kurallarına uygun şekilde özel kuryeler aracılığıyla taşınması için özel tasarlanmış çantalar üretilmiştir.

3.10. Saha Araştırması Ekibinin Eğitimi

Saha ekibi, teorik ve uygulama eğitimleri almıştır. Sahadaki görevlerini yerine getirirken STEPS uygulama kılavuzuna ve kan glukozu, kolesterol ölçümünde kullanılan araçların kullanım kılavuzlarında belirtilen bilgiler doğrultusunda hareket etmişlerdir (43).

Ekipler, iletişim becerileri, ekipman yönetimi, fiziksel ve biyokimyasal ölçümlerin geliştirilmesine yönelik teknik bilgilerini geliştirmek amacıyla Ankara'da beş günlük bir eğitime (22.08.2023-26.08.2023) katılmışlardır. Katılımcılar arasında saha araştırmalarını yürütecek veri toplama uzmanları, sağlık çalışanları ile bölge amirleri ve koordinatörler de yer almışlardır.



Eğitimler, saha ekibi koordinatörünün gözetiminde DSÖ ve Sağlık Bakanlığı temsilcilerinin katılımıyla, program lideri, proje ekibi üyeleri ve kan glukozu, kolesterol ve HbA1c ölçümünde kullanılan cihazların üreticilerinin temsilcileri tarafından gerçekleştirilmiştir.

Eğitim programının ilk iki gününde iki ana gruba odaklanılmıştır. Birinci grup olan veri toplama uzmanları, 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 spot ve 24 saatlik idrar örnekleri alma gibi) konularında eğitilmişlerdir. Sonrasında gruplar, hanehalkı ziyareti öncesinde ve ziyaret sırasında izlenecek prosedürler konusunda beraber eğitime alınmıştır.

Eğitimin sonraki iki günü, Ankara'nın Bala ilçesinde 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.

Eğitimin son gününde (5. gün) yukarıdakilere ek olarak "24 Saatlik İdrar Toplama" konusunda DSÖ-Avrupa Bölgesi Uzmanları ve Çağrı Merkezi Ekibinin katılımlarıyla özel bir oturum düzenlenmiştir.

3.11. Saha Çalışması

Eğitimlerin tamamlanmasından sonra araştırmanın saha yapılması, Türkiye'deki 10 lojistik merkezden koordine, kontrol ve izlenecek şekilde, kentsel ve kırsal bölgeleri kapsayacak biçimde 77 ilde tamamlanmıştır. Gerekli bütün yasal süreçler ve formaliteler, bir veri toplama uzmanı, bir sağlık çalışanı ve 10 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 4 Eylül 2023 tarihinde başlatılmıştır.

Saha çalışmalarının izlenmesi ve denetlenmesi, denetçiler ve saha koordinatörlerinin uhdesinde gerçekleştirilmiştir. İzleme ve denetlemeler STEPS kılavuzunda belirtilen usullerle sürdürülmüştür (43).

Anketlerin uygulanmasının denetlenmesi, verilerin güvenilirliğinin sağlanması açısından saha koordinatörlerince yapılmıştır.

3.12. 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 bilgisayarlarla yüklenmiştir. Görüşmeciler, katılımcılardan elde edilen tüm verileri tablet bilgisayarlarla 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.

3.13. Risk Faktörlerinin Ölçülmesi ve Tanımlanması

Risk faktörlerinin ölçülmesi, STEPwise yönteminde belirtilen tüm yönlendirmelere uyularak sağlanmıştır (43).



3.13.1. 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.

3.13.1.1. Tütün Kullanımı

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

3.13.1.2. 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 arasında her bir seferde ≥ 60 g saf alkol tüketmek ve kadınlar arasında her bir seferde ≥ 40 g saf alkol tüketmek),
- Orta düzeyde alkol tüketenler (erkekler arasında her bir seferde 40–59,9 g saf alkol tüketmek ve kadınlar arasında her bir seferde 20–39,9 g saf alkol tüketmek),
- Düşük düzeyde alkol tüketenler (erkekler arasında her bir seferde < 40 g saf alkol tüketmek ve kadınlar arasında her bir seferde < 20 g saf alkol tüketmek) olarak sınıflandırılmıştır (44).

3.13.1.3. Meyve ve Sebze Tüketimi

Meyve ve sebze tüketimi açısından katılımcılara normal bir haftada (tütilen 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 (43).

3.13.1.4. Fiziksel Aktivite

STEPS fiziksel aktivite soruları DSÖ Küresel Fiziksel Aktivite Anketi, sürüm 2 temel alınarak hazırlanmıştır. Küresel Fiziksel Aktivite Anketi fiziksel aktivite davranışını üç alanda değerlendirmektedir:

- İş ile ilişkili (ücretli ya da ücretsiz çalışmayı, ev içinde ya da dışında çalışmayı içerir)
- Ulaşım ile ilişkili (bir yerlere gidip gelmek)
- 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. Araştırılan nüfusun fiziksel aktivitesi sürekli belirleyiciler (MET dakika/hafta ve dakika/hafta) ve aşağıdaki kesim noktalarını kullanan kategorik belirleyiciler kullanılarak tanımlanmıştır (43).

Yüksek: Aşağıdaki kriterlerden herhangi birisini karşılayan katılımcılar:

- Etkili bir yoğunlukta 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

Orta: Yüksek düzey kriterlerini karşılamayan ancak aşağıdaki kriterlerden herhangi birini karşılayan katılımcılar:

- Etkili 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

Düşük: Yüksek ya da orta seviye gruplarının kriterlerini karşılamayacak düzeydeki fiziksel aktivite

3.13.2. 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.

3.13.2.1. Kan Basıncı

Kan basıncı ölçümleri, on beş dakikalık istirahatın 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'ye eşit ya da daha yüksek olması ya da diyastolik kan basıncının (DKB) 90 mmHg'ye eşit ya da daha yüksek olması.

Çok yüksek: Sistolik kan basıncının 160 mmHg'ye eşit ya da daha yüksek olması ya da diyastolik kan basıncının 100 mmHg'ye eşit ya da daha yüksek olması.

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

Hipertansiyonun toplam prevalansının belirlenmesinde, yüksek kan basıncı (SKB $\geq$ 140 mmHg DKB $\geq$ 90 mmHg) ile hâlen arteriyel hipertansiyon kontrolüne yönelik ilaç kullanımı 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.

3.13.2.2. Beden Kütle 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 tartının üzerinde 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 (43):

- Zayıf $<18,5$
- Normal kilolu 18,5–24,9
- Fazla kilolu 25–29,9
- Obez ≥ 30

3.13.2.3. Bel Çevresi 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. Bu ölçümler üç kez tekrarlanmış ve her katılımcı için ortalama değerler hesaplanmıştır.

Bel çevresinin cinsiyete göre obezite prevalansının belirlenmesinde ve kalp damar 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		Metabolik komplikasyon riski
	Erkek	Kadın	
Bel çevresi (cm)	>94	>80	Artmış
Kalça çevresi (cm)	>102	>88	Önemli derecede artmış
Bel-kalça oranı	≥0,90	≥0,85	Önemli derecede artmış

3.13.3. ADIM 3

STEPS araştırmasının üçüncü adımı idrar ve kan testlerini içermektedir. Kan glukozu 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 glukozu, HbA1c, kolesterol seviyeleri ile hiperglisemi ve hiperlipidemi varlığını belirlemek amacıyla alınmıştır. Bu biyokimyasal ölçümler, Tablo 7'de sunulan cihazlar kullanılarak, DSÖ önerileri doğrultusunda kuru yöntemle gerçekleştirilmiştir (43).

3.13.3.1. Glisemi

Yüksek kan glukozu prevalansının belirlenmesinde, açlık kan glukozu düzeyleri veya bir sağlık çalışanı tarafından diyabet tanısı almış olma durumunu beyan eden katılımcılara bu konuda bir soru sorularak diyabet kontrolü için hâlen ilaç ya da insülin kullanma durumu göz önüne alınmıştır. Buna ek olarak, tedavi alanlarda ya da almayanlarda yüksek kan glukozu prevalansı ve tedavi altındakilerde kan glukoz düzeyi normal sınırlarda olanlar belirlenmiştir. Gliseminin tanımlanmasında aşağıdaki kesim noktaları kullanılmıştır (43):

- Bozulmuş açlık kan glukozu: Venöz plazma değeri 110–125 mg/dl arasında olmak
- Yüksek açlık kan glukozu: Venöz plazma değeri 126 mg/dl ve üstünde ya da yüksek kan glukozu nedeniyle hâlen tedavi alıyor olmak

3.13.3.2. Hemoglobin A1c (HbA1c)

Adım 3, HbA1c ölçümlerini de içermektedir. Glisemi tanısında aşağıdaki kesim noktaları kullanılmıştır:

- Yüksek açlık kan glukozu: HbA1c ≥%6,5

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



- Yüksek açlık kan glukozu: Venöz plazma değeri ≥ 126 mg/dl ya da HbA1c $\geq 6,5$ veya yüksek kan glukozu nedeniyle hâlen tedavi alıyor olmak

3.13.3.3. Total Kolesterol

Hiperlipidemi prevalansının belirlenmesinde; açlık total kolesterol değeri veya bir hekim tarafından hiperlipidemi tanısı almış olmayla ilgili sorulan soruya dayanılarak, hiperlipidemi nedeniyle hâlen 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: ≥ 190 mg/dl veya yüksek kolesterol nedeniyle hâlen tedavi alıyor olmak

3.13.3.4. Yüksek Dansiteli Lipoproteinler (HDL)

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

3.13.3.5. İdrarda Sodyum ve Kreatinin

İdrar sodyum ve kreatinin düzeyleri, toplumda hipertansiyon ve KDH için asıl risk faktörleri olan yüksek tuz tüketimi durumunun değerlendirilmesi için ölçülmüştür. İdrar örnekleri soğuk zincir dâhilinde Ankara'daki SYNLAB Laboratuvarına gönderilmiştir. İdrar örnekleri, merkez laboratuvarında analiz edilmiştir. Bu analizlerin sonuçları her katılımcının verilerinin tamamlanmış olabilmesi için bir tablet bilgisayara kaydedilmiş ve sunucudaki veritabanına yüklenmiştir.

Spot idrar örneklerindeki sodyum ve kreatinin düzeyleri 24 saatlik tuz tüketimini belirlemek için kullanılmıştır. 24 saatlik tuz tüketimi DSÖ Avrupa Ofisi tarafından sağlanan ve aşağıda yer alan formüller ile hesaplanmıştır:

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

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

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

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

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.

Nüfusun tuz alımını değerlendirmede "altın standart" yaklaşım, nüfusu temsil eden bir numuneden 24 saat boyunca (günlük değişimleri önlemek için) toplanan idrar örneklerinin elde edilmesidir. Çalışmada, 24 saatlik idrar örneklerinde popülasyon düzeyinde sodyum alımı ölçümlerinin nasıl elde edileceğine ilişkin DSÖ protokolü kullanılmıştır (46). TUIK tarafından verilen örneklemin içerisinde DSÖ tarafından belirlenen 275 kümedeki 2750 haneden katılımcılara 24 saatlik idrar numunesi toplanması için davet yapılmış ancak sadece 404 hane çalışmanın bu kısmına katılmıştır. Ulaşılan düşük yüzde nedeni ile raporda 24 saatlik idrar analizleri ve sonuçlarına yer verilmemiştir.

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, cevaplayanların ana demografik özellikleri ile ilgili bilgi de toplanmıştır. BOH'lar ve risk faktörlerinin prevalansı, bazı demografik özelliklerle ilişkilidir. İlk bölümde çalışma grubunun bazı demografik özellikleri ağırlıklandırılmamış örneklem bilgisine dayanarak sunulmuştur. Sonraki bölümlerde bulgular ağırlıklandırılmış veriye dayanarak verilmiştir.³

4.1. Örneklem ve Katılım Oranları

Bölüm 3.3'te belirtildiği gibi her kümede 10 katılımcının olduğu 865 kümede 8.644 (8.650'ye yuvarlanmış) hane seçilmiştir (Örneklem Büyüklüğü). TÜİK'in örneklemde sunduğu 8.650 hane adresi arasından 1.213 adresin, TÜİK kriterlerine göre "hanehalkı değil", "ikamet edilmiyor", "Türk vatandaşı değil" gibi örneklem dışı adresler olduğu tespit edilmiştir. Buna bağlı olarak, dikkate alınan toplam uygun hane sayısı 7.437 olarak belirlenmiştir.

4.2. Demografik Bilgiler

Çalışmada yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, etnik köken, meslek, hane geliri ve medeni durum gibi demografik göstergeler ile ilgili bilgi toplanmıştır. Araştırma, İBBS-1 seviyesinde 12 bölgede yer alan 77 ilde ikamet eden 15 yaş ve üzeri 6.017 kişiden toplanan verileri içermektedir.

Bazı demografik göstergeler yaş ve cinsiyete göre sunulmuştur. Örneklem özelliklerinin anlamlı farklılık gösterdiği durumlarda demografik göstergeler İBBS-1 seviyesinde de verilmiştir.

4.2.1. Yaş ve Cinsiyet Özellikleri

Çalışmada yer alan 6.017 kişinin, yaş grubu ve cinsiyete göre ağırlıklandırılmış ve ağırlıklandırılmamış dağılımları Tablo 9'da verilmiştir. Örneklem grubunun %57,5'i kadınlardan oluşmaktadır⁴. Bu yüzdeleri yorumlarken ve değerlendirirken çalışmada yer alanların 15 yaş ve üzeri ile sınırlandırıldığını göz ardı etmemek gerekir. Bu yüzden örneklemin yaş-cinsiyet dağılımı Türkiye nüfusunun tümünü temsil etmemektedir. Tablo 9'daki ağırlıklandırılmış yaş-cinsiyet dağılımı aynı zamanda TÜİK'in nüfus tahminlerine göre mevcut nüfus dağılımını temsil etmektedir.

Tablo 9'da verilen sonuçlara göre kadınlar örnekleme daha fazla, erkekler ise daha düşük yüzdede yer almaktadırlar. Çalışmada yer alanların beş farklı yaş grubu için dağılımı sırasıyla %16,6, %25,4, %27,9, %16,4 ve %13,7'dir. Buna göre, katılımcıların %42,0'ı 15-44 yaş grubunda, %44,3'ü 45-69 yaş grubunda ve %13,7'si ≥70 yaş grubundadır (Tablo 9).

³ Bulgularda tablosu sunulmayan analizlere çalışmanın veri kitabından ulaşılabilir.

⁴ Burada yalnızca "ağırlıklandırılmamış örneklem" yaş ve cinsiyet karakteristikleri irdelenmektedir. Çünkü Tablo 10 ve Tablo 11'de verilen ağırlıklandırılmış rakamlar iki yönlü cinsiyet-yaş ve İBBS-1 nüfus oranına göre yeniden tabakalama nedeniyle TÜİK 2022 nüfus sayımı sonuçları ile aynıdır ve çalışma örnekleminde elde edilen ana kitle ile ilgili tahminler değildir.

**Tablo 9:** Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Çalışmada Yer Alanların Dağılımı

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ağr(+) ¹	Ağr(-) ²	N	Ağr(+)	Ağr(-)	N	Ağr(+)	Ağr(-)
15-29	458	51,1	45,8	543	48,9	54,2	1001	29,3	16,6
30-44	564	50,5	37,0	962	49,5	63,0	1526	29,0	25,4
45-59	675	50,1	40,3	1002	49,9	59,7	1677	23,2	27,9
60-69	452	48,5	45,8	535	51,5	54,2	987	10,6	16,4
≥70	406	42,3	49,2	420	57,7	50,8	826	7,9	13,7
TOPLAM	2555	49,7	42,5	3462	50,3	57,5	6017	100,0	100,0

*TÜİK nüfus tahminlerine göre iki yönlü cinsiyet-yaş ve İBBS-1 nüfus oranına göre yeniden tabakalama yapılması nedeniyle tabloda verilen ağırlıklandırılmış rakamlar TÜİK 2022 nüfus tahminleri ile aynıdır.

¹Ağırlıklandırılmış %

²Ağırlıklandırılmamış %

Bu bölümde yalnızca ağırlıklandırılmamış örneklemin yaş ve cinsiyet özellikleri ele alınmaktadır; çünkü Tablo 9'da rapor edilen ağırlıklı sonuçlar, iki yönlü cinsiyet-yaş ve İBBS-1 nüfus dağılımına göre yapılan sonradan sınıflandırma nedeniyle TÜİK nüfus tahminleriyle tam olarak eşleşmektedir.

4.2.2. Medeni Durum

Araştırmada yer alanların üçte ikisi (%64,8) hâlen evli, %27,2'si bekâr, %2,7'si boşanmış ve geriye kalan %5,2'si ise duldur. Medeni durum yaş gruplarına göre değişkenlik göstermektedir. 30 yaşından itibaren evliler en büyük grubu oluştururken, 15-29 grubunun önemli bir kısmını bekârlar oluşturmaktadır (Tablo 10).

Tablo 10: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Medeni Durum

Cinsiyet	Yaş Grubu (yıl)	N	Medeni Durumu			
			Bekâr (%)	Hâlen evli (%)	Boşanmış (%)	Dul (%)
Erkek	15-29	458	85,0	14,7	0,3	0,0
	30-44	564	16,3	81,1	2,6	0,0
	45-59	675	3,9	90,7	4,4	0,9
	60-69	452	1,8	90,5	4,1	3,6
	≥70	406	0,8	83,4	2,3	13,5
	TOPLAM	2555	31,5	64,5	2,5	1,5
Kadın	15-29	543	66,0	33,0	1,0	0,0
	30-44	962	9,0	87,1	3,3	0,6
	45-59	1002	5,4	85,9	4,3	4,5
	60-69	535	1,6	70,8	5,3	22,4
	≥70	420	2,0	38,4	1,5	58,1
	TOPLAM	3462	23,0	65,2	2,9	8,9
Her iki cinsiyet	15-29	1001	75,7	23,6	0,6	0,0
	30-44	1526	12,7	84,1	2,9	0,3
	45-59	1677	4,6	88,3	4,4	2,7
	60-69	987	1,7	80,3	4,7	13,3
	≥70	826	1,5	57,4	1,8	39,2
	TOPLAM	6017	27,2	64,8	2,7	5,2

İBBS-1 bölgeleri arasında, medeni durum açısından anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir (Tablo 11). Hiç evlenmemişlerin en düşük olduğu bölge TR4 (%20,4), en yüksek olduğu bölge TRB (%39,7) bölgeleridir. Hâlen evli olanların en yüksek olduğu bölge TR8 (%71,8), en düşük olduğu bölge TRB (%56,9) olarak saptanmıştır. Boşanmışlar, en yüksek TR9 bölgesinde (%4,2) ve en düşük TR8 (%0,9) bölgesinde gözlenmiştir. Dullar ise, en yüksek TR2 (%7,6), en düşük ise TRB (%2,4) bölgelerinde tespit edilmiştir.

Tablo 11: İBBS-1 Bölgelerine Göre Medeni Durum

İBBS-1 Bölgesi	N	Medeni durum (Her iki cinsiyet)			
		Bekâr (%)	Hâlen evli (%)	Boşanmış (%)	Dul (%)
TR1	1063	28,8	61,6	3,1	6,6
TR2	388	26,3	63,4	2,7	7,6
TR3	862	21,7	66,9	4,0	7,5
TR4	664	20,4	69,9	3,1	6,6
TR5	596	31,2	62,9	2,8	3,2
TR6	593	34,3	60,4	2,2	3,1
TR7	287	26,6	66,6	3,3	3,6
TR8	364	20,9	71,8	0,9	6,4
TR9	190	22,2	70,6	4,2	2,9
TRA	157	34,5	61,3	1,4	2,8
TRB	253	39,7	56,9	1,1	2,4
TRC	600	23,8	69,4	1,9	4,9
TOPLAM	6017	27,2	64,8	2,7	5,2

4.2.3. Öğrenim Durumu

Tablo 12'de cinsiyete göre çalışmada yer alanların öğrenim durumları verilmiştir.⁵ Araştırma grubunda yer alanların %15,9'u herhangi bir okul bitirmemiş, %33,2'si ilköğretim mezunu, %34,2'si ortaokul ya da lise mezunu ve %16,7'si yükseköğretim bitirmiş ya da daha fazla süre eğitim almışlardır (Tablo 12).

Tablo 13, İBBS-1 bölgelerine göre öğrenim durumunu göstermektedir. İBBS-1 bölgeleri, son bitirilen okul açısından farklılıklar göstermektedir. TRB bölgesi en yüksek "okuyamaz değil veya okuyamaz ancak bir okul bitirmemiş" yüzdesine (%34,4) sahiptir. TRB bölgesini TRC (%32,7) ve TRA (%29,9) bölgeleri takip etmektedir. En düşük "okuyamaz değil veya okuyamaz ancak bir okul bitirmemiş" yüzdesi TR6'te (%7,64) bulunmuştur ve TR5 (%9,4) ve TR4 (%9,9) bölgeleri TR6 bölgesini izlemektedirler. En yüksek "ortaokul, mesleki ortaokul veya lise mezunu" yüzdesi TR5'de (%44,0) bulunmuştur, onu TR9 (%40,0) ve TR4 (%37,5) bölgeleri takip etmektedir. Diğer yandan, en düşük "ortaokul, mesleki ortaokul veya lise mezunu" yüzdesi TR8'de (%26,9) tespit edilmiş ve TRB (%28,5) ve TRA (%28,7) bölgeleri TR8 bölgesini izlemektedirler.

Tablo 12: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Öğrenim Durumu Yüzdesi

Cinsiyet	Yaş grubu (yıl)	N	Okuyamaz değil veya okuyamaz ancak bir okul bitirmemiş (%)		İlköğretim mezunu (%)		Ortaokul, mesleki ortaokul veya lise mezunu (%)		Yükseköğretim, fakülte, yüksek lisans veya doktora mezunu (%)	
			Ağr(+) ¹	Ağr(-) ²	Ağr(+)	Ağr(-)	Ağr(+)	Ağr(-)	Ağr(+)	Ağr(-)
Erkek	15-29	458	0,1	0,2	1,8	1,7	66,6	63,5	31,5	34,5
	30-44	564	0,8	1,6	14,4	14,0	57,3	52,5	27,5	31,9
	45-59	675	2,2	4,0	39,1	40,7	44,4	40,0	14,4	15,3
	60-69	452	4,6	6,9	55,1	56,2	29,6	25,9	10,7	11,1
	≥70	406	15,6	24,9	59,1	53,7	16,3	14,0	9,0	7,4
	TOPLAM	2555	2,3	6,6	23,6	32,6	51,4	40,4	22,7	20,4
Kadın	15-29	543	0,9	2,9	3,7	5,3	62,5	59,7	32,9	32,0
	30-44	962	5,5	12,8	25,0	26,3	43,1	39,1	26,3	21,8
	45-59	1002	10,0	19,9	48,6	49,4	29,8	23,2	11,6	7,6
	60-69	535	19,5	35,0	57,9	50,5	18,4	11,8	4,2	2,8
	≥70	420	42,1	62,4	38,0	27,9	14,2	7,1	5,8	2,6
	TOPLAM	3462	10,1	22,7	29,1	33,6	40,3	29,6	20,6	14,0
Her iki cinsiyet	15-29	1001	0,5	1,7	2,7	3,7	64,6	61,4	32,2	33,2
	30-44	1526	3,2	8,7	19,7	21,8	50,3	44,0	26,9	25,6
	45-59	1677	6,1	13,5	43,8	45,9	37,1	29,9	13,0	10,7
	60-69	987	12,3	22,1	56,5	53,1	23,8	18,2	7,4	6,6
	≥70	826	30,9	43,9	46,9	40,6	15,1	10,5	7,1	5,0
	TOPLAM	6017	6,2	15,9	26,4	33,2	45,8	34,2	21,6	16,7

* TÜİK nüfus tahminlerine göre iki yönlü cinsiyet-eğitim ve iki yönlü cinsiyet-yaş ve İBBS-1 nüfus oranlarına göre yeniden tabakalama yapılması nedeniyle tabloda verilen ağırlıklandırılmış rakamlar TÜİK 2022 nüfus tahminleri ile aynıdır.

¹Ağırlıklandırılmış

²Ağırlıklandırılmamış

⁵ Burada yalnızca "ağırlıklandırılmamış örneklem" eğitim karakteristikleri irdelenmektedir çünkü Tablo 14 ve Tablo 15'te verilen ağırlıklandırılmış rakamlar iki yönlü cinsiyet-eğitim, iki yönlü cinsiyet-yaş ve İBBS-1 nüfus oranlarına göre yeniden tabakalama nedeniyle TÜİK 2022 nüfus sayımı sonuçları ile aynıdır ve çalışma örnekleminde elde edilen ana kitle ile ilgili tahminler değildir.

Tablo 13: İBBS-1 Bölgelerine Göre Öğrenim Durumu Yüzdesi

İBBS-1 Bölgesi	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(+) ¹	Ağr(-) ²	Ağr(+)	Ağr(-)	Ağr(+)	Ağr(-)	Ağr(+)	Ağr(-)
TR1	1063	6,8	16,6	23,5	29,9	43,2	33,2	26,6	20,3
TR2	388	3,6	10,8	31,3	41,2	51,2	36,3	13,9	11,6
TR3	862	5,6	13,8	34,3	39,8	40,0	30,0	20,1	16,4
TR4	664	4,0	9,9	25,9	31,8	44,9	37,5	25,2	20,8
TR5	596	3,0	9,4	19,8	28,7	55,4	44,0	21,8	18,0
TR6	593	2,3	7,4	23,1	33,7	48,6	36,9	26,1	21,9
TR7	287	4,5	14,3	28,4	36,6	53,4	35,5	13,7	13,6
TR8	364	5,9	16,2	35,6	43,1	38,8	26,9	19,7	13,7
TR9	190	4,1	12,1	30,7	33,2	49,5	40,0	15,7	14,7
TRA	157	10,2	29,9	26,4	31,8	43,5	28,7	19,9	9,6
TRB	253	12,5	34,4	17,7	22,5	47,2	28,5	22,6	14,6
TRC	600	14,4	32,7	27,0	27,2	43,3	30,0	15,3	10,2
TOPLAM	6017	6,2	15,9	26,4	33,2	45,8	34,2	21,6	16,7

*TÜİK nüfus tahminlerine göre iki yönlü cinsiyet-egitim ve iki yönlü cinsiyet-yaş ve İBBS-1 nüfus oranlarına göre yeniden tabakalama yapılması nedeniyle tabloda verilen ağırlıklandırılmış rakamlar TÜİK nüfus tahminleri ile aynıdır.

¹Ağırlıklandırılmış

²Ağırlıklandırılmamış

Tablo 14 ve Tablo 15'te, çalışmaya katılanların cinsiyet, yaş grubu ve İBBS-1 bölgelerine göre ortalama eğitim süreleri gösterilmektedir. Araştırmaya katılanların ortalama eğitim yılı düşüktür (9,6 yıl). Ortalama eğitim süresi en yüksek 15-29 yaş grubundadır ve belirtildiği gibi yaşla orantılı olarak azalmaktadır. 15-29 yaş grubundakilerin ortalama öğrenim yılı 12,3 yıl iken 30-44 (10,5 yıl), 45-59 (8,1 yıl), 60-69 (6,4 yıl) ve ≥70 (5,0 yıl) yaş grubunda giderek düşmektedir. Cinsiyete göre yaş gruplarında da örüntü benzerdir. Ortalama öğrenim yılı değeri erkekler için 10,3 yıl, kadınlar için ise 8,9 yıldır ve erkekler 1,4 yıl daha fazla öğrenim görmektedir (Tablo 14).

Tablo 14: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Ortalama Öğrenim Yılı

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15-29	458	12,6	12,2-12,9	543	12,1	11,8-12,4	1001	12,3	12,1-12,6
30-44	564	11,2	10,8-11,6	962	9,8	9,4-10,2	1526	10,5	10,2-10,8
45-59	675	8,8	8,5-9,2	1002	7,4	7,1-7,8	1677	8,1	7,9-8,4
60-69	452	7,5	7,1-7,9	535	5,4	5,0-5,8	987	6,4	6,1-6,7
≥70	406	5,9	5,5-6,4	420	4,3	3,6-5,0	826	5,0	4,6-5,4
TOPLAM	2555	10,3	10,1-10,6	3462	8,9	8,7-9,2	6017	9,6	9,4-9,8

Ortalama eğitim yılı en yüksek TR5 ve TR6 bölgelerinde (10,4 yıl), en düşük ise TRC bölgesinde (8,4 yıl) görülmektedir (Tablo 15).



Tablo 15: İBBS-1 Bölgelerine Göre Ortalama Öğrenim Yılı

İBBS-1 Bölgeleri	N	Ortalama	%95 GA
TR1	1063	10,2	9,8-10,6
TR2	388	9,4	8,7-10,0
TR3	862	9,0	8,6-9,5
TR4	664	10,1	9,5-10,6
TR5	596	10,4	9,8-10,9
TR6	593	10,4	9,9-11,0
TR7	287	9,4	8,6-10,2
TR8	364	8,9	8,1-9,8
TR9	190	9,1	8,2-10,1
TRA	157	8,8	7,8-9,7
TRB	253	9,4	8,2-10,5
TRC	600	8,4	7,7-9,0
TOPLAM	6017	9,6	9,4-9,8

4.2.4. Çalışma Durumu

Araştırmada yer alanların ücretli çalışma durumlarına göre dağılımları Tablo 16'da, ücretsiz çalışan ve işsizlerin dağılımını Tablo 17'de sunulmuştur. Tablolarda bulgular, yaş ve cinsiyet kısıtlımlarına göre listelenmiştir. Tablo 18'de raporlanan yüzdeler toplam ücretli çalışanlara göre hesaplanmıştır ve ücretsiz çalışma statüsünde olanları içermemektedir. Tablo 19, ücret almadan çalışanların kendi içerisindeki yüzdelerini verdiğinden, ücretli çalışanları içermemektedir.

Çalışanlar arasında ise en büyük grubu özel sektörde çalışanların (%21,6) oluşturduğu görülmektedir. Özel sektör çalışanlarını, kendi hesabına çalışanlar (%9,4) ve kamuda çalışanlar (%7,2) izlemektedir. Tablo 16'da, katılımcıların %61,8'inin gelir getirici bir işte çalışmadığı görülmektedir. Çalışma durumunda, cinsiyet, yaş ve ikamet alanına göre anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

Gelir getirici bir işte çalışan erkekler arasında özel sektörde çalışanları, kendi hesabına çalışanlar ve kamuda çalışanlar takip etmektedir (sırasıyla %16,8 ve %9,6). Bu durum, erkeklerde 60-69 ve ≥ 70 yaş grupları dışında gözlenmiştir (Tablo 16).

Tablo 16: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Çalışma Durumu

Cinsiyet	Yaş Grubu (yıl)	N	İş Durumu (%)			
			Kamu Çalışanı	Özel Sektör Çalışanı	Kendi hesabına çalışanlar	Ödeme yapılmayan emekli dâhil
Erkek	15-29	458	5,4	30,9	12,1	51,7
	30-44	562	17,1	52,2	21,1	9,7
	45-59	672	11,4	25,9	24,4	38,2
	60-69	450	2,8	2,2	9,0	86,0
	≥70	402	0,6	0,0	4,6	94,8
	TOPLAM	2544	9,6	30,9	16,8	42,6
Kadın	15-29	541	5,0	19,2	0,8	75,0
	30-44	961	8,2	16,1	3,3	72,4
	45-59	1000	4,1	8,8	3,5	83,6
	60-69	535	0,2	2,1	1,2	96,5
	≥70	419	0,0	0,2	0,6	99,2
	TOPLAM	3456	4,7	12,3	2,2	80,8
Her iki cinsiyet	15-29	999	5,2	25,2	6,6	63,1
	30-44	1523	12,7	34,3	12,3	40,8
	45-59	1672	7,8	17,4	14,0	60,9
	60-69	985	1,4	2,2	4,9	91,4
	≥70	821	0,3	0,1	2,3	97,3
	TOPLAM	6000	7,2	21,6	9,4	61,8

İşsizlik göz önüne alındığında, işsiz ve çalışabilen kişilerin oranı daha genç yaş gruplarında daha yüksektir: 15-29 yaş grubu için %20,8 30-44 yaş grubu için %7,3, 45-59 yaş grubu için %3,0 ve 60-69 yaş grubu için %1,6. Kadınların büyük bir kısmı ev hanımıdır (Tablo 17).

Tablo 17: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Ücretli Çalışmayanların Dağılım Yüzdesi

Cinsiyet	Yaş Grubu (yıl)	N	Ücretsiz çalışan durumu (%)				İşsiz (%)	
			Ücretsiz çalışan	Öğrenci	Ev işleri ile meşgul olan	Emekli	Çalışabilir	Çalışamaz
Erkek	15-29	207	0,0	67,2	1,1	0,1	31,2	0,3
	30-44	48	2,9	2,4	20,4	16,2	54,5	3,6
	45-59	277	0,0	0,0	6,0	84,0	8,3	1,7
	60-69	394	0,0	0,0	3,5	91,2	3,5	1,8
	≥70	382	0,0	0,0	1,4	96,0	1,2	1,5
	TOPLAM	1308	0,2	24,8	4,0	52,1	17,7	1,3
Kadın	15-29	396	0,3	45,5	40,9	0,0	13,3	0,0
	30-44	720	0,1	0,6	97,9	0,5	0,9	0,0
	45-59	857	0,0	0,4	87,3	11,1	0,6	0,5
	60-69	523	0,0	0,0	79,4	20,3	0,0	0,3
	≥70	417	0,0	0,1	72,4	26,3	0,0	1,2
	TOPLAM	2913	0,1	12,3	75,1	8,4	3,9	0,3
Her iki Cinsiyet	15-29	603	0,2	54,6	24,2	0,1	20,8	0,1
	30-44	768	0,5	0,8	88,6	2,4	7,3	0,4
	45-59	1134	0,0	0,3	61,8	34,1	3,0	0,9
	60-69	917	0,0	0,0	44,8	52,6	1,6	1,0
	≥70	799	0,0	0,1	43,2	54,9	0,5	1,3
	TOPLAM	4221	0,1	16,6	50,7	23,3	8,6	0,6

4.2.5. Hanehalkı Geliri

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 (4.068, %67,6), hanelerinin yaklaşık yıllık gelirlerini bildirmişlerdir.

Toplam yıllık hane geliri, 18 yaşından büyük hane üyesi sayısına bölünmüştür. Erişkin başına düşen gelir olduğu, tüm aile üyeleri başına hesaplanmadığı dikkate alınmalıdır. Bildirilen ortalama kişi başına yıllık gelir 98.396,50 TL olarak hesaplanmıştır. Ortalama kişi başı yıllık gelire bakıldığında, İBBS-1 bölgeleri arasında anlamlı farklar vardır. En yüksek ortalama kişi başı yıllık gelir bölgesi (TR1), en düşük ortalama kişi başı yıllık gelir bölgesinin (TRC) 1,6 kat yüksek gelire sahiptir. En yüksek gelire sahip bölgeler sırasıyla TR1, TR4, TR3 ve TR5'tir. Çalışmada yer alanlar tarafından bildirilen en düşük ortalama kişi başı yıllık gelir, TRC bölgesidir. TRC'den önceki en düşük bölgeler, TRB, TR9 ve TRA'dır (Tablo 18).

Tablo 18: İBBS-1 Bölgelerine Göre Ortalama Kişi Başı Yıllık Hane Geliri

İBBS-1 Bölgeleri	Her iki cinsiyet	
	N	Ortalama* (TL)
TR1	495	116.683,3
TR2	354	103.043,4
TR3	500	107.703,4
TR4	519	114.985,0
TR5	448	105.778,8
TR6	497	92.096,2
TR7	219	90.204,7
TR8	309	92.334,6
TR9	147	77.089,4
TRA	87	82.036,9
TRB	140	76.999,8
TRC	353	72.125,8
TOPLAM	4068	98.396,5

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

4.3. Tütün ve Tütün Mamulleri Kullanımı

Tütün, sigara, puro, pipo ve nargile, bidi (bir çeşit Hint sigarası) gibi çeşitli şekillerde kullanılmaktadır (7). Her yıl 8,7 milyon kişinin tütün kullanımı nedeniyle öldüğü, ölen kişilerin 1,2 milyonunun pasif içici olduğu tahmin edilmektedir (47). Küresel olarak 15 yaş ve üzeri yaş grubunda tütün kullanımı prevalansı 2020 yılında %21,7'dir ve erkeklerde (%35,5) kadınlardan (%7,9) 4,5 kat daha fazladır (48). Türkiye'de 15 yaş ve üzeri yaş grubunda tütün kullanımı prevalansı 2019 yılında %31,4 (erkeklerde %44,8; kadınlarda %18,1) olarak saptamıştır (49).

Çalışma sonuçlarına göre Türkiye nüfusunun %34,8'inin tütün ve tütün mamulleri kullandıkları tahmin edilmektedir. Tütün ürünü içimi erkeklerde (%46,1), kadınlara (%23,6) göre iki kat daha yüksektir (p <0,01).

Tütün ve tütün mamullerinin tüketimi yaş grupları arasında önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Prevalans erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir; kadınlarda 45-59 yaş grubunda %29,5 ve erkeklerde 30-44 yaş grubunda %53,7 ile en yüksek değere ulaşmaktadır. Tütün ve tütün mamulleri kullanımı 30-44 yaş grubundan sonra düşmekte ve "≥70 yaş ve üzeri" grupta en düşük değere ulaşmaktadır (Tablo 19).

Tablo 19: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Tütün ve Tütün Mamulleri Kullanma Yüzdesi

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Hâlen içen (%)	%95 GA	N	Hâlen içen (%)	%95 GA	N	Hâlen içen (%)	%95 GA
15-29	458	44,9	39,4-50,3	543	20,6	16,7-24,6	1001	33,0	29,6-36,4
30-44	564	53,7	48,9-58,4	962	29,0	25,6-32,4	1526	41,4	38,4-44,5
45-59	675	50,2	45,8-54,5	1002	29,5	26,1-32,9	1677	39,8	37,0-42,7
60-69	452	37,1	31,9-42,4	535	16,5	12,3-20,7	987	26,5	23,0-30,0
≥70	406	17,7	13,3-22,0	420	9,1	4,1-14,1	826	12,7	9,3-16,1
TOPLAM	2555	46,1	43,5-48,6	3462	23,6	21,7-25,4	6017	34,8	33,1-36,4



Tablo 20'de İBBS-1 bölgelerinde göre hâlen tütün ve tütün mamulleri kullanma durumu incelenmiştir. Bölgeler arasında tütün ve tütün mamulleri kullanma durumu değişiklikler göstermesine karşın istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Tütün ve tütün mamulleri tüketimi TR2, TR3, TR7, TR8, TRA ve TRB bölgelerinde Türkiye ortalamasının altındadır.

Tablo 20: İBBS-1 Bölgelerine Göre Hâlen Tütün ve Tütün Mamulleri Kullanma Yüzdesi

İBBS-1 Bölgesi	N	Hâlen içen (%)	%95 GA
TR1	1063	35,4	31,1-39,6
TR2	388	33,2	27,5-39,0
TR3	862	32,1	28,5-35,8
TR4	664	37,0	32,5-41,6
TR5	596	36,3	31,5-41,1
TR6	593	38,4	32,7-44,1
TR7	287	33,0	25,6-40,4
TR8	364	30,9	24,8-37,0
TR9	190	35,8	24,7-46,8
TRA	157	28,8	19,6-37,9
TRB	253	28,1	21,3-34,8
TRC	600	36,3	31,0-41,5
TOPLAM	6017	34,8	33,1-36,4

Günlük tütün ve tütün mamulleri kullananların prevalansı %31,3'tür ve hâlen kullanmaya benzer şekilde, erkeklerde (%41,6) ile kadınların (%21,1) yaklaşık iki katıdır ($p<0,01$). Günlük tütün ve tütün mamulleri kullanımı 30-44 yaş grubunda %38,0'lık bir zirve yaptıktan sonra artan yaş ile azalmakta ve 45-59 yaş grubunda %36,1'e, 60-69 yaş grubunda %24,5'e ve 70 yaş ve üzeri kişilerde %11,8'e düşmektedir ($p<0,01$); 30-44 yaş ve 70 yaş üzeri gruplar arasındaki prevalans farkı özellikle kadınlarda daha fazladır (yaklaşık 3,2 kat) (Tablo 21).

Hâlen tütün ve tütün mamulleri içmeyenler ve daha önce tütün ve tütün mamulleri kullanma sıklığı da Tablo 21'de verilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, eskiden tütün ve tütün mamulleri tüketenler nüfusun %9,7'sini kapsarken, bu oran erkeklerde (%12,7) kadınlara (%6,6) göre daha yüksektir.

Hâlen tütün ve tütün mamulleri kullananlarda olduğu gibi TR6, TR9 ve TR5 bölgelerinde prevalansın belirgin olarak yüksek olmasına rağmen, günlük tütün ve tütün mamulleri tüketiminde de İBBS-1 bölgeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Günlük tütün ürünü kullanımının en düşük olduğu üç bölge, sırasıyla TR4, TRB ve TR8'dir ve en yüksek (TR6) ile en düşük (TR4, TRB) arasında %10,0'lık bir fark vardır (Tablo 22).

Tablo 21: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Tütün ve Tütün Mamulleri Kullanma Durumu

Cinsiyet	Yaş Grubu (yıl)	N	Hâlen Tütün ve Tütün Mamulleri İçenler (%)				Tütün ve Tütün Mamulleri İçmeyenler (%)			
			Her Gün	%95 GA	Her Gün Değil	%95 GA	Eskiden İçmiş	%95 GA	Hiç İçmemiş	%95 GA
Erkek	15-29	458	38,8	33,5-44,1	6,1	3,5-8,6	5,7	3,4-8,0	49,4	43,9-55,0
	30-44	564	49,4	44,7-54,2	4,2	2,3-6,2	6,7	4,4-9,0	39,7	34,9-44,4
	45-59	675	45,8	41,4-50,1	4,4	2,6-6,2	13,6	10,6-16,7	36,2	31,9-40,5
	60-69	452	34,9	29,7-40,1	2,3	0,9-3,7	30,5	25,6-35,4	32,3	27,0-37,6
	≥70	406	16,2	12,0-20,5	1,5	0,1-2,8	40,0	34,1-45,8	42,3	36,5-48,2
	TOPLAM	2555	41,6	39,1-44,2	4,4	3,4-5,5	12,7	11,3-14,2	41,2	38,6-43,9
Kadın	15-29	543	18,0	14,3-21,7	2,6	0,6-4,6	4,0	2,4-5,6	75,4	71,1-79,6
	30-44	962	26,4	23,1-29,7	2,6	1,5-3,6	4,8	3,2-6,4	66,2	62,7-69,7
	45-59	1002	26,4	23,1-29,7	3,1	1,9-4,3	7,8	5,6-10,0	62,7	59,1-66,4
	60-69	535	14,7	10,7-18,8	1,8	0,5-3,0	12,2	8,8-15,7	71,3	66,2-76,4
	≥70	420	8,5	3,5-13,4	0,6	0,0-1,5	11,0	6,9-15,1	79,9	73,6-86,2
	TOPLAM	3462	21,1	19,3-22,9	2,4	1,7-3,2	6,6	5,6-7,7	69,8	67,7-71,9
Her iki cinsiyet	15-29	1001	28,6	25,4-31,9	4,4	2,7-6,0	4,9	3,5-6,3	62,1	58,6-65,6
	30-44	1526	38,0	35,0-41,1	3,4	2,3-4,6	5,8	4,3-7,2	52,8	49,7-55,9
	45-59	1677	36,1	33,3-38,9	3,7	2,6-4,8	10,7	8,8-12,6	49,4	46,4-52,4
	60-69	987	24,5	21,1-27,9	2,0	1,0-3,0	21,1	18,0-24,2	52,4	48,3-56,5
	≥70	826	11,8	8,4-15,1	1,0	0,2-1,7	23,3	19,6-26,9	64,0	59,5-68,5
	TOPLAM	6017	31,3	29,7-33,0	3,4	2,7-4,1	9,7	8,8-10,6	55,6	53,8-57,3

Tablo 22: İBBS-1 Bölgelerine Göre Tütün ve Tütün Mamulleri Kullanma Durumu

İBBS-1 Bölgeleri	N	Hâlen Tütün ve Tütün Mamulleri İçenler(%)				Tütün ve Tütün Mamulleri İçmeyenler (%)			
		Her Gün	%95 GA	Her Gün Değil	%95 GA	Eskiden İçmiş	%95 GA	Hiç İçmemiş	%95 GA
TR1	1063	31,8	27,8-35,7	3,6	2,0-5,2	12,7	10,3-15,2	51,9	47,4-56,3
TR2	388	31,3	25,3-37,3	2,0	0,3-3,6	14,0	9,1-18,9	52,7	45,8-59,7
TR3	862	29,9	26,1-33,7	2,3	0,9-3,6	11,7	9,0-14,3	56,2	51,6-60,8
TR4	664	26,1	21,9-30,3	11,0	7,4-14,5	7,2	4,9-9,5	55,8	51,1-60,5
TR5	596	34,6	29,7-39,5	1,7	0,0-3,5	9,2	6,5-11,9	54,6	50,0-59,1
TR6	593	36,1	30,4-41,8	2,3	0,7-3,9	8,2	5,8-10,6	53,4	47,7-59,1
TR7	287	30,1	22,6-37,6	2,9	0,0-7,7	10,1	6,0-14,2	56,9	49,1-64,7
TR8	364	26,4	20,1-32,7	4,6	1,5-7,6	13,6	9,2-18,0	55,5	48,1-62,9
TR9	190	35,8	24,7-46,8	0,0	0,0-0,0	4,4	1,1-7,8	59,8	48,5-71,1
TRA	157	28,6	19,5-37,6	0,2	0,0-0,5	6,9	2,5-11,2	64,4	55,0-73,8
TRB	253	26,1	19,2-32,9	2,0	0,2-3,8	10,1	6,1-14,1	61,9	53,8-70,0
TRC	600	33,1	28,2-38,1	3,1	1,3-5,0	4,6	2,6-6,6	59,1	54,0-64,3
TOPLAM	6017	31,3	29,7-33,0	3,4	2,7-4,1	9,7	8,8-10,6	55,6	53,8-57,3

Hâlen günlük tütün ve tütün mamulleri kullandığını belirtenlerin bu ürünleri kullanmaya başlama yaşlarının ortalamasının 18,3 yaş olduğu görülmüştür; erkeklerin kadınlardan 2 yıl daha erken başladığı

görülmektedir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Tütün ve tütün mamullerini kullanmaya başlama yaşı, yaş grupları arasında da değişmektedir. Gençlerin tütün ve tütün mamullerini kullanmaya başlama yaşı düşükken (15-29 yaş grubunda 17,3'tür) yaşla birlikte artmakta ve 70 yaş ve üzeri grubunda 22,3'e yükselmektedir. Bu eğilim her iki cinsiyette de benzerdir ancak kadınlarda daha fazla dikkat çekmektedir.

Tablo 23: Hâlen Her Gün Tütün ve Tütün Mamullerini Kullananların Ortalama İlk Kullanıma 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	189	17,2	16,7-17,7	114	17,5	16,9-18,0	303	17,3	16,9-17,6
30-44	271	17,6	17,1-18,2	252	18,8	18,1-19,5	523	18,0	17,6-18,5
45-59	303	18,1	17,0-19,2	256	20,6	19,5-21,6	559	19,0	18,2-19,8
60-69	155	17,7	16,5-18,9	63	23,4	21,1-25,7	218	19,5	18,4-20,6
≥70	69	18,6	17,0-20,2	25	27,5	23,9-31,2	94	22,3	20,3-24,4
TOPLAM	987	17,7	17,3-18,0	710	19,7	19,2-20,2	1697	18,3	18,0-18,6

Tütün ve tütün mamullerini içmeye başlama yaşı, İBBS-1 bölgeleri arasında farklılıklar göstermesine karşın bölgeler arasında ikili karşılaştırmalarda istatistiksel fark görülmemiştir. Yine de TR7 ve TR8'de daha düşükken (17,3 ve 17,4, sırasıyla), TR9 ve TR1'te en yüksek değerlere ulaşmaktadır (19,6 ve 19,1, sırasıyla).

Tablo 24'te her gün sigara içenler arasında mamul sigara kullananların yüzdeleri verilmektedir. Her gün sigara içenlerin %94,1'i mamul sigara içmektedir ve kadınlar (%94,5) ile erkekler (%93,9) arasında benzerdir. Her gün sigara içenler arasında mamul sigara içenler yaş ile azalmaktadır (≥70 yaş grubu hariç).

Tablo 24: Her Gün Tütün ve Tütün Mamulleri İçenler Arasında Mamul Sigara Kullananların Yüzdesi

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	186	97,3	94,1-100,0	114	97,4	94,4-100,0	300	97,4	94,9-99,8
30-44	271	92,9	89,7-96,2	252	94,5	90,9-98,2	523	93,5	91,0-96,0
45-59	301	92,4	88,8-96,1	255	95,1	92,5-97,6	556	93,4	90,9-95,9
60-69	151	91,7	85,7-97,6	63	84,0	71,5-96,5	214	89,2	83,5-94,9
≥70	68	92,6	83,5-100,0	25	93,0	79,5-100,0	93	92,8	85,0-100,0
TOPLAM	977	93,9	91,7-96,1	709	94,5	92,3-96,7	1686	94,1	92,4-95,8

*MS: Mamul sigara

Her gün tütün ve tütün mamulleri içenler arasında günlük ortalama kullanılan mamul sigara sayısı 15,6'dır ve bu sayı erkeklerde (17,1) kadınlara (12,8) göre daha yüksektir. Ortalama içilen mamul sigara sayısı yaşla azalmaktadır; 15-29 yaş grubunda 15,8'den, 70 yaş ve üzeri grubunda 13,5'e düşmektedir (Tablo 25).

Tablo 25: Yaş Grubuna Göre Her Gün Tütün ve Tütün Mamulleri Kullananlar Arasında Tütün Çeşitlerine Göre Ortalama Kullanılan Tütün Miktarı

Yaş Grubu (yıl)	Mamul sigara			El sarması sigara			Pipo dolusu tütün		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15-29	300	15,8	14,7-17,0	302	2,3	1,4-3,2	302	0,0	0,0-0,0
30-44	523	15,1	14,2-16,0	514	3,7	2,9-4,5	513	0,0	0,0-0,0
45-59	556	16,7	15,6-17,7	548	4,6	3,5-5,6	554	0,1	0,0-0,2
60-69	214	14,5	12,7-16,2	215	7,1	5,1-9,2	215	0,1	0,0-0,4
≥70	93	13,5	11,1-15,9	94	3,7	1,8-5,6	94	0,0	0,0-0,0
TOPLAM	1686	15,6	15,0-16,2	1673	3,8	3,3-4,4	1678	0,0	0,0-0,1

Tablo 26'da dumansız tütün ve tütün ürünleri kullanımı prevalansları incelenmiştir. Tüm nüfusta dumansız tütün ve tütün ürünleri kullanma prevalansı %0,2, erkekler için %0,3 ve kadınlar için %0,1 olduğu görülmüştür.

Tablo 26: Hâlen Dumansız Tütün Ürünü Kullananların Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	458	0,7	0,0-1,5	543	0,2	0,0-0,4	1001	0,4	0,0-0,9
30-44	564	0,2	0,0-0,6	962	0,1	0,0-0,2	1526	0,1	0,0-0,4
45-59	675	0,2	0,0-0,5	1002	0,0	0,0-0,0	1677	0,1	0,0-0,3
60-69	452	0,2	0,0-0,5	535	0,0	0,0-0,0	987	0,1	0,0-0,2
≥ 70	406	0,0	0,0-0,0	420	0,0	0,0-0,0	826	0,0	0,0-0,0
TOPLAM	2555	0,3	0,1-0,6	3462	0,1	0,0-0,2	6017	0,2	0,1-0,4

Tablo 27, mevcut sigara içenlerden son 12 ay içinde sigarayı bırakmayı deneyenlerin cinsiyet ve yaş grubuna göre yüzdelerini göstermektedir (Her iki cinsiyet %25,4; kadınlar %28,0; erkekler %24,1). Hâlen sigara içenlerden sigarayı bırakmayı deneyenlerin yüzdesi hem erkeklerde hem de kadınlarda yaş gruplarına göre farklılık gösterirken, kadınlarda en yüksek 70 yaş ve üzeri (%51,1), erkeklerde ise 60-69 yaş gruplarındadır (%32,9).

Tablo 27: Hâlen Sigara İçenlerden Son 12 Ay İçinde Sigarayı Bırakmayı Deneyenlerin Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Yüzdeleri

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	216	24,2	17,7-30,8	127	27,7	18,3-37,1	343	25,3	19,9-30,7
30-44	297	23,7	18,3-29,1	277	26,9	21,0-32,9	574	24,8	20,7-28,9
45-59	338	21,1	16,1-26,0	288	26,9	20,8-33,0	626	23,2	19,3-27,2
60-69	168	32,9	23,6-42,2	72	27,9	14,4-41,5	240	31,3	23,6-39,0
≥70	77	29,3	17,2-41,4	27	51,1	21,4-80,8	104	38,3	23,0-53,6
TOPLAM	1096	24,1	21,0-27,2	791	28,0	24,2-31,9	1887	25,4	23,0-27,9

Tablo 28 cinsiyet ve yaş grubuna göre hâlen tütün ve tütün mamulleri içenlerden son 12 ay içerisinde hekim ya da sağlık çalışanı tarafından tütün ve tütün mamulleri içmeyi bırakması tavsiye edilenleri göstermektedir. Tütün ve tütün mamulleri kullanmayı bırakması tavsiye edilen erkekler (%24,9) tütün ve tütün mamulleri içmeyi bırakması önerilen kadınlardan (%28,2) daha azdır ve yaş grupları açısından farklılıklar mevcuttur.

Tablo 28: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Hâlen Tütün ve Tütün Mamullerini İçenlerden Son 12 Ay İçerisinde Hekim Tarafından Tütün ve Tütün Mamullerini İçmeyi Bırakması Tavsiye Edilenlerin Yüzdesi

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	192	18,2	11,8-24,5	113	23,5	13,2-33,7	305	19,8	14,4-25,2
30-44	260	18,4	12,5-24,3	264	24,4	18,2-30,6	524	20,6	16,1-25,0
45-59	299	33,8	27,6-40,0	276	35,7	29,3-42,2	575	34,6	30,0-39,1
60-69	157	43,4	34,1-52,7	68	33,0	19,9-46,1	225	40,0	32,4-47,6
≥70	72	36,8	23,2-50,5	25	25,0	4,5-45,5	97	32,1	19,8-44,4
TOPLAM	980	24,9	21,4-28,4	746	28,2	24,2-32,2	1726	26,1	23,3-28,8

4.3.1. Sonuçlar

Tütün ve tütün mamulleri kullanımı ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Nüfusun %34,8'i tütün ve tütün ürünleri kullanmaktadır (erkekler %46,1; kadınlar %23,6).
- Günlük tütün ve tütün mamulleri içimi %31,3'tür (erkekler %41,6; kadınlar %21,1) ve günlük tütün ve tütün mamullerini ortalama içmeye başlama yaşı 18,3'tür (erkekler 17,7 yaş; kadınlar 19,7 yaş).
- Her gün tütün ve tütün mamulleri içenler arasında mamul sigara içenler %94,1'dir (erkekler %93,9; kadınlar %94,5).
- Her gün tütün ve tütün mamullerini içenler arasında ortalama kullanılan mamul sigara sayısı 15,6'dır (erkekler 17,1; kadınlar 12,8).
- Tüm nüfusta dumansız tütün ve tütün ürünleri kullanma prevalansı %0,2'dir (erkekler %0,3; kadınlar %0,1).
- Nüfusun %9,7'si eskiden tütün ve tütün mamullerini kullanırken (erkekler %12,7; kadınlar %6,6), %55,6'sı hiç kullanmamışlardır (erkekler %41,2; kadınlar %69,8) ve %3,4'ü ise her gün kullanmaktadır (erkekler %4,4; kadınlar %2,4).
- Hâlen tütün ve tütün mamullerini içenlerden son 12 ay içerisinde tütün ve tütün mamullerini içmeyi bırakmayı deneyenler %25,4'dır (erkekler %24,1; kadınlar %28,0).
- Hâlen tütün ve tütün mamullerini içenlerden son 12 ay içerisinde hekim ya da sağlık çalışanı tarafından tütün ve tütün mamullerini içmeyi bırakması tavsiye edilenler %26,1'dir (erkekler %24,9; kadınlar %28,2).

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 (50). 15 yaş ve üzerinde küresel alkol tüketim miktarının 2019 yılında kişi başına 5,5 litre saf alkol olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'nin 2019 yılında kişi başına saf alkol tüketimi 1,8 litre olmuştur (6). 2022 yılında 15 yaş ve üzeri alkol kullanan bireylerin oranı %12,1 iken, son 12 ayda kadınların %5,9'u,



erkeklerin ise %18,4'ü alkol tüketmiştir (37). Alkolün zararlı tüketimi BOH'larla çok yakın ilişkilidir. Alkolün zararlı kullanımına karşı reklam yasakları, genişletilmiş kısıtlama ve yüksek vergi gibi faaliyetlerle Türkiye'de önemli yol alındığı söylenebilir (51).

THSA 2017 çalışmasında, Türkiye nüfusunun %83,6'sının hayatı boyunca hiç alkol kullanmadığı, %8'inin ise son 30 günde alkol kullanmış olduğu saptanmıştır. Ayrıca raporda daha önce alkol tüketen bireylerin %4,3'ünün son 12 ayda hiç alkol kullanmadığı belirtilmektedir (45).

Tablo 29, katılımcıların cinsiyet ve yaş gruplarına göre alkol tüketimleri ile ilgili THSA 2023 çalışmasında elde edilen bulguları göstermektedir. Örneklemde elde edilen bilgilere göre nüfusun %4,6'sı son 12 ay içerisinde alkol tükettiklerini bildirmişlerdir. Son 30 günde alkol tüketim prevalansı %10,2'dir ve erkeklerde (%15,1) kadınlardan (%5,4) daha yüksektir. Son 30 günde alkol tüketiminde yaş grupları arasında da farklılık vardır; 15-29 yaş grubunda %11,7 iken 70 yaş ve üzeri grubunda %2,3'tür. Son 30 günde alkol tüketimi 30-44 yaş grubu dışında yaşla birlikte azalmaktadır. Çalışma bulgularına göre Türkiye nüfusunun %81,0'ı hayat boyu alkol kullanmamıştır. Hayat boyu alkol kullanmama kadınlarda (%89,4) erkeklerden (%72,6) daha yüksektir. Buna ek olarak alkol tükettikleri halde son 12 ay içerisinde hiç alkol kullanmama %4,1 olarak bulunmuştur. Son 12 ay içerisinde hiç alkol kullanmama erkeklerde (%5,8) kadınlardan (%2,4) daha fazladır.

Tablo 30'da nüfusun alkol tüketim durumu İBBS-1 bölgelerine göre sunulmaktadır. Yaşam boyu alkolden uzak kalanların yüzdesi TR4, TR2 ve TR3 bölgelerinde en düşük, TRB, TRA ve TRC bölgelerinde ise en yüksektir ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 29: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Alkol Tüketimi Durumu

Cinsiyet	Yaş grubu (yıl)	N	Hâlen içiyor (son 30 gün)		Son 12 ayda içmiş, şu anda içmiyor		Son 12 ayda hiç içmemiş		Hayat boyu hiç içmemiş	
			%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA
Erkek	15-29	458	15,3	11,5-19,0	8,7	5,7-11,6	3,2	1,6-4,7	72,9	68,0-77,8
	30-44	564	17,4	14,0-20,9	5,8	3,7-7,9	5,1	3,0-7,2	71,7	67,6-75,7
	45-59	675	16,0	12,7-19,2	7,0	4,6-9,5	6,3	4,3-8,4	70,6	66,4-74,8
	60-69	452	12,1	8,8-15,4	3,0	1,3-4,6	10,3	6,9-13,7	74,7	70,0-79,3
	≥70	406	5,5	2,6-8,4	3,3	0,8-5,8	12,6	9,0-16,2	78,6	73,7-83,5
	TOPLAM	2555	15,1	13,3-16,9	6,5	5,2-7,8	5,8	4,7-7,0	72,6	70,2-75,0
Kadın	15-29	543	8,0	4,8-11,2	4,6	2,7-6,4	2,4	0,8-4,0	85,1	81,3-88,9
	30-44	962	7,2	5,3-9,1	2,2	1,2-3,2	1,7	0,7-2,6	89,0	86,6-91,3
	45-59	1002	4,0	2,5-5,5	2,8	1,3-4,4	3,1	1,7-4,5	90,0	87,6-92,5
	60-69	535	1,3	0,1-2,5	0,6	0,0-1,3	3,8	1,2-6,3	94,4	91,5-97,3
	≥70	420	0,0	0,0-0,0	1,3	0,0-2,7	1,9	0,0-3,9	96,8	94,4-99,2
	TOPLAM	3462	5,4	4,2-6,6	2,8	2,0-3,5	2,4	1,7-3,2	89,4	87,9-90,9
Her iki cinsiyet	15-29	1001	11,7	9,3-14,2	6,7	4,9-8,4	2,8	1,7-3,9	78,9	75,7-82,0
	30-44	1526	12,4	10,3-14,4	4,0	2,9-5,2	3,4	2,2-4,6	80,2	77,8-82,7
	45-59	1677	10,0	8,2-11,8	4,9	3,5-6,4	4,7	3,5-6,0	80,3	77,8-82,8
	60-69	987	6,5	4,7-8,4	1,7	0,8-2,6	6,9	4,9-9,0	84,8	82,0-87,6
	≥70	826	2,3	1,1-3,6	2,1	0,8-3,5	6,4	4,5-8,4	89,1	86,5-91,7
	TOPLAM	6017	10,2	9,1-11,3	4,6	3,9-5,4	4,1	3,5-4,8	81,0	79,6-82,5

Tablo 30: İBBS-1 Bölgelerine Göre Alkol Tüketimi Durumu

İBBS-1 Bölgeleri	N	Hâlen içiyor (son 30 gün)		Son 12 ayda içmiş, şu an içmiyor		Son 12 ayda hiç içmemiş		Hayat boyu hiç içmemiş	
		%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA
TR1	1063	11,0	8,0-13,9	5,1	3,3-7,0	3,6	2,3-4,8	80,4	76,8-83,9
TR2	388	15,9	10,4-21,5	7,2	2,5-12,0	4,2	1,6-6,9	72,6	65,1-80,1
TR3	862	14,2	10,9-17,6	5,5	3,4-7,6	4,4	2,5-6,2	75,9	71,7-80,2
TR4	664	14,0	10,6-17,4	5,3	3,0-7,5	8,5	5,8-11,1	72,3	67,3-77,3
TR5	596	12,7	8,3-17,0	4,7	2,5-6,9	5,7	3,2-8,1	76,9	71,7-82,2
TR6	593	10,9	7,7-14,1	6,5	4,0-9,0	5,3	2,7-7,8	77,4	72,7-82,1
TR7	287	7,8	2,5-13,1	3,5	0,1-6,8	5,8	2,0-9,7	82,9	76,2-89,7
TR8	364	9,3	5,4-13,3	5,5	1,8-9,2	4,5	1,5-7,4	80,7	74,5-87,0
TR9	190	5,6	1,2-10,1	0,9	0,0-2,3	0,0	0,0-0,0	93,5	88,8-98,2
TRA	157	2,5	0,0-6,8	0,0	0,0-0,0	3,1	0,0-7,3	94,4	88,6-100,0
TRB	253	4,0	0,8-7,2	0,2	0,0-0,6	0,0	0,0-0,0	95,8	92,3-99,3
TRC	600	2,8	1,2-4,4	3,0	0,7-5,3	0,5	0,0-1,0	93,7	90,8-96,7
TOPLAM	6017	10,2	9,1-11,3	4,6	3,9-5,4	4,1	3,5-4,8	81,0	79,6-82,5

Tablo 31: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Hâlen Alkol Tüketenlerin Tek Seferde Altı ya da Daha Fazla İçki İçme Durumlarının Son 30 Gün İçinde Gerçekleşme Sayısı

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15-29	70	2,1	---	39	2,5	---	109	2,2	---
30-44	95	3,4	---	59	1,1	---	154	2,8	---
45-59	92	2,3	---	36	0,6	---	128	2,0	---
60-69	54	1,9	---	7	1,1	---	61	1,8	---
≥70	19	1,7	---	--	--	---	19	1,7	---
TOPLAM	330	2,6	---	141	1,6	---	471	2,3	---

Hâlen alkol tüketenlerin son 30 gün içinde bir seferde 6 ya da daha fazla içki içme ortalama sayısı tüm grup için 2,3'tür. Bu sayı erkeklerde (2,6) kadınlardan (1,6) daha yüksektir. Son 30 gün içinde altı ya da daha fazla alkollü içecek tüketenler arasında, en büyük grubu 30-44 yaş grubu oluşturmaktadır ve ortalama içme sayısı 2,8 olarak bulunmuştur (Tablo 31).

Tablo 32: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Son 30 Günde, En Az Bir Kere Tek Bir Seferde Altı ya da Daha Fazla Standart İçki Tüketenlerin Yüzdesi

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	458	8,8	6,1-11,4	543	5,9	2,9-8,9	1001	7,4	5,4-9,4
30-44	564	11,2	8,2-14,1	962	3,5	2,1-4,8	1526	7,3	5,7-9,0
45-59	675	8,4	6,0-10,8	1002	1,6	0,7-2,6	1677	5,0	3,7-6,3
60-69	452	5,6	3,4-7,7	535	0,9	0,0-2,0	987	3,2	1,9-4,5
≥70	406	2,4	0,4-4,4	420	0,0	0,0-0,0	826	1,0	0,2-1,9
TOPLAM	2555	8,6	7,3-10,0	3462	3,1	2,1-4,2	6017	5,9	5,0-6,7

Tablo 32'de görüldüğü gibi, son 30 günde en az bir kez tek seferde altı ya da daha fazla standart içki tüketenler %5,9'dur. Aşırı alkol tüketimi erkeklerde (%8,6) kadınlara (%3,1) göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Aşırı alkol tüketim sıklığı yaş ilerledikçe azalmaktadır.

4.4.1. Sonuçlar

Alkol tüketimi ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Nüfusun %81,0'ı hayat boyu alkol kullanmamıştır (erkekler %72,6; kadınlar %89,4).
- Önceden alkol tükettikleri halde son 12 ay içerisinde hiç alkol kullanmayanların sıklığı %4,1 olarak bulunmuştur (erkekler %5,8; kadınlar %2,4).
- Son 30 günde alkol tüketenler nüfusun %10,2'sidir (erkekler %15,1; kadınlar %5,4).
- Son 30 günde en az bir kez tek seferde altı ya da daha fazla alkollü içecek içenler %5,9'dur (erkekler %8,6; kadınlar %3,1).

4.5. Bağımlılık Yapıcı Uyuşturucu Madde Kullanımı

Psikoaktif maddeler, ailenin ve toplumun hem sağlığına hem ekonomisine büyük bir tehdit oluşturmaktadırlar (52). Dünya çapında, 2021 yılında her 17 erişkinden (15-64 yaş) birinin, en az bir yasadışı ilaç kullandığı tahmin edilmektedir (53). Bağımlılık yapıcı maddeler aşırı doz kullanımı nedeniyle sebep olduğu ölümlerin yanı sıra zehirlenme etkileri ile oluşan KDH, karaciğer hastalığı ve mental bozukluklara bağlı dolaylı ölümlere de sebep olmaktadır (54). Türkiye'de 2011 yılında yüksek riskli opioid kullanımı 1.000'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 (55). THSA 2017'de nüfusun %97,0'inin hayatı boyunca hiç bağımlılık yapıcı madde kullanmadığı, %0,5'inin hâlihazırda bağımlılık yapıcı madde kullandığı ve %1,7'sinin bağımlılık yapıcı madde kullanmaya teşebbüs ettiği belirtilmektedir (45). 2022'de ise uyuşturucuya bağlı 246 ölümün (%89 (219) erkek, %11 (27) kadın) %56,9'u (140) metamfetamine, %27,2'si eroine (67), %18,7'si ekstaziye atfedilmiştir (56).

THSA 2023 çalışmasında, nüfusun %97,4'ü hayatları boyunca hiç bağımlılık yapıcı madde kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Bağımlılık yapıcı madde kullanmamış olan kadınların yüzdesi erkeklerden fazladır (sırasıyla %98,1; %96,8). Erkeklerde 15-29, 30-44 ve 70 yaş ve üzeri gruplarda kadınlara göre daha yüksek madde kullanımı saptanmıştır. Bununla birlikte 40-59 ve 60-69 yaş gruplarında bağımlılık yapıcı madde kullanımı kadınlarda daha yüksektir. Hiç bağımlılık yapıcı madde kullanmayanların yüzdesi 45-59 yaş grubu kadınlar dışında hem kadınlarda hem de erkeklerde yaşla birlikte artma eğilimindedir (Tablo 33).

Tablo 33: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Tütün ve Alkol Dışında Bağımlılık Yapıcı Uyuşturucu Madde Kullanmamış Bireylerin 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	458	94,9	91,9-97,9	543	97,8	96,2-99,4	1001	96,3	94,5-98,1
30-44	564	96,5	95,0-98,1	962	98,2	97,2-99,2	1526	97,3	96,4-98,3
45-59	675	98,2	97,2-99,3	1002	97,8	96,4-99,2	1677	98,0	97,1-98,9
60-69	452	99,3	98,5-100,0	535	98,5	97,1-99,8	987	98,9	98,1-99,6
≥70	406	97,8	96,0-99,5	420	98,8	97,9-99,7	826	98,4	97,5-99,3
TOPLAM	2555	96,8	95,7-97,8	3462	98,1	97,4-98,8	6017	97,4	96,8-98,1

Nüfusun %0,9'u hâlen bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde kullanmaktadır ve uyuşturucu madde kullanımı erkeklerle kadınlarda benzerdir. Uyuşturucu madde kullanım prevalansı genç yaş gruplarında yüksektir (Tablo 34).

Tablo 34: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Hâlen Bağımlılık Yapıcı Uyuşturucu Madde Kullananların Yüzdesi

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Hâlen kullanıyor (%)	%95 GA	N	Hâlen kullanıyor (%)	%95 GA	N	Hâlen kullanıyor (%)	%95 GA
15-29	458	1,4	0,0-2,7	543	0,8	0,0-1,6	1001	1,1	0,1-2,1
30-44	564	0,9	0,1-1,7	962	0,8	0,3-1,4	1526	0,9	0,4-1,3
45-59	675	0,5	0,0-1,1	1002	1,2	0,0-2,5	1677	0,9	0,2-1,6
60-69	452	0,1	0,0-0,3	535	0,7	0,0-1,8	987	0,4	0,0-1,0
≥70	406	0,9	0,0-2,0	420	0,8	0,1-1,6	826	0,8	0,2-1,5
TOPLAM	2555	0,9	0,3-1,4	3462	0,9	0,4-1,4	6017	0,9	0,5-1,3

Erkeklerin %1,3'ü geçmişte bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde denemişlerdir ve en yüksek sıklık %2,2 ile 15-29 yaş grubundadır. Kadınların ise %0,8'i geçmişte bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde denediklerini ifade etmişlerdir ve bu sıklık en yüksek 45-59 yaş grubundadır (%1,0) (Tablo 35).

Tablo 35: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Bağımlılık Yapıcı Uyuşturucu Madde Denemiş Olanların Yüzdesi

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	458	2,2	0,6-3,8	543	0,8	0,0-1,7	1001	1,5	0,6-2,5
30-44	564	1,4	0,5-2,2	962	0,8	0,1-1,6	1526	1,1	0,5-1,7
45-59	675	0,5	0,0-1,0	1002	1,0	0,3-1,6	1677	0,7	0,3-1,1
60-69	452	0,6	0,0-1,4	535	0,8	0,0-1,7	987	0,7	0,1-1,3
≥ 70	406	1,4	0,1-2,7	420	0,2	0,0-0,6	826	0,7	0,1-1,3
TOPLAM	2555	1,3	0,8-1,9	3462	0,8	0,4-1,2	6017	1,1	0,7-1,4

4.5.1. Sonuçlar

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

- Nüfusun %97,4'ü hayatları boyunca hiçbir zaman bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde kullanmadıklarını belirtmiştir (erkekler %96,8; kadınlar %98,1).
- Türkiye nüfusunun %0,9'u bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde kullanmaktadır ve madde kullanımı erkeklerle kadınlarda benzerdir.
- Bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde kullanmayı denemiş olanlar %1,1'dir (erkekler %1,3; kadınlar %0,8).

4.6. Beslenme: Meyve ve Sebze Tüketimi

Diyetteki artmış trans-yag kolesterolü, doymuş yağ ve aşırı tuz alım, meyve, sebze ve balığın düşük tüketilmesi KDH riskini arttırmaktadır. Dünyadaki yaklaşık 16 milyon (%1,0) DALY'nin ve 1,7 milyon (%2,8) ölümün düşük meyve/sebze tüketimiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (57).

THSA 2017 çalışmasında meyve tüketilen ortalama gün sayısı 4,6, sebze tüketilen ortalama gün sayısı ise 5,1 olarak belirlenmiştir. Ayrıca Türkiye nüfusunun %87,8'inin günde ortalama beş porsiyondan az meyve ve/veya sebze tükettiği tespit edilmiştir (45).

THSA 2023'te ise normal bir haftada meyve tüketilen ortalama gün sayısı genel toplumda, 4,3 gün bulunmuştur; bu değer kadınlarda (ortalama 4,4 gün) erkeklere (ortalama 4,2 gün) göre daha yüksektir. Hem kadınlarda hem de erkeklerde normal bir haftada meyve tüketilen ortalama gün sayısı en düşük olan grup 15-29 yaş grubudur ve meyve ve sebze tüketimi yaşla birlikte artmaktadır (Tablo 36).

Tablo 36: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Normal Bir Haftada Meyve Tüketilen Gün Sayısı

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15-29	454	3,6	3,4-3,9	537	3,8	3,6-4,0	991	3,7	3,6-3,9
30-44	554	4,1	3,9-4,3	956	4,3	4,1-4,5	1510	4,2	4,1-4,4
45-59	668	4,4	4,2-4,6	990	4,7	4,5-4,9	1658	4,6	4,4-4,7
60-69	450	4,7	4,5-5,0	531	4,8	4,6-5,1	981	4,8	4,6-5,0
≥70	401	5,0	4,8-5,3	418	5,3	5,0-5,5	819	5,2	5,0-5,4
TOPLAM	2527	4,2	4,1-4,3	3432	4,4	4,3-4,5	5959	4,3	4,2-4,4

Normal bir haftada sebze tüketilen ortalama gün sayısı genel toplumda 4,9 gün bulunmuştur; meyve tüketiminde olduğu gibi kadınlarda (ortalama: 5,0 gün) erkeklere (ortalama: 4,9 gün) göre sebze tüketilen ortalama gün sayısı daha yüksektir. Ortalama sebze tüketilen gün sayısının en düşük olduğu gruplar 15-29 ve 30-44 yaş gruplarıdır (sırasıyla; 4,7 ve 4,8) (Tablo 37).

Tablo 37: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Normal Bir Haftada Sebze Tüketilen Gün Sayısı

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15-29	452	4,7	4,5-5,0	536	4,8	4,5-5,0	988	4,7	4,6-4,9
30-44	551	4,7	4,5-4,9	955	4,9	4,8-5,1	1506	4,8	4,7-4,9
45-59	667	5,1	4,9-5,2	994	5,3	5,1-5,4	1661	5,2	5,0-5,3
60-69	450	5,2	5,0-5,4	532	5,2	5,0-5,4	982	5,2	5,0-5,4
≥70	401	5,1	4,9-5,4	416	5,3	5,1-5,6	817	5,2	5,1-5,4
TOPLAM	2521	4,9	4,8-5,0	3433	5,0	4,9-5,1	5954	4,9	4,9-5,0

İBBS-1 bölgelerine göre normal bir haftada meyve ve sebze tüketilen gün sayısı Tablo 38'de sunulmuştur. TRA bölgesi en düşük meyve tüketilen bölge iken TRA ve TR5 bölgeleri en düşük sebze tüketilen bölgelerdir. Bölgelere göre, sebze ve meyve tüketilen ortalama gün sayısı en yüksek bölge TR2'dir.

Tablo 38: İBBS-1 Bölgelerine Göre Normal Bir Haftada Meyve ve Sebze Tüketilen Gün Sayısı

İBBS-1 Bölgeleri	Meyve tüketimi			Sebze tüketimi		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
TR1	1049	4,3	4,1-4,4	1048	5,2	5,0-5,4
TR2	379	4,8	4,5-5,1	381	6,4	6,2-6,6
TR3	860	4,5	4,3-4,7	860	4,7	4,5-4,9
TR4	660	4,5	4,3-4,7	655	5,0	4,8-5,2
TR5	586	4,1	3,8-4,3	578	4,1	3,8-4,4
TR6	588	4,5	4,2-4,8	588	4,9	4,6-5,1
TR7	287	4,3	3,8-4,8	285	4,7	4,2-5,1
TR8	364	4,2	3,9-4,5	364	5,3	4,9-5,6
TR9	190	4,4	3,9-4,9	190	5,0	4,7-5,4
TRA	152	3,6	3,3-3,9	155	4,1	3,5-4,6
TRB	247	4,2	3,7-4,6	252	5,6	5,3-6,0
TRC	597	3,8	3,5-4,0	598	4,9	4,7-5,2
TOPLAM	5959	4,3	4,2-4,4	5954	4,9	4,9-5,0

Haftanın normal bir gününde ortalama meyve tüketimi kadınlarda (1,3) erkeklerden (1,2) biraz daha yüksektir. Ayrıca, ortalama meyve tüketiminin 15-29 yaş grubunda diğer yaş gruplarına kıyasla daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 39).

Tablo 39: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Normal Bir Günde Tüketilen Ortalama Meyve Porsiyonu Sayısı

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15-29	447	1,1	1,0-1,3	531	1,1	1,0-1,3	978	1,1	1,0-1,2
30-44	548	1,1	1,0-1,2	954	1,3	1,1-1,4	1502	1,2	1,1-1,3
45-59	665	1,3	1,1-1,4	985	1,3	1,1-1,4	1650	1,3	1,2-1,4
60-69	449	1,5	1,3-1,7	531	1,2	1,1-1,4	980	1,4	1,2-1,5
≥70	396	1,5	1,2-1,7	415	1,6	1,0-2,3	811	1,6	1,2-2,0
TOPLAM	2505	1,2	1,1-1,3	3416	1,3	1,1-1,4	5921	1,2	1,2-1,3

Cinsiyet ve yaş dağılımına göre günlük ortalama tüketilen sebze porsiyon sayısı 1,5 olup kadınlar için 1,6 ve erkekler için 1,5 porsiyondur (Tablo 40).

**Tablo 40:** Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Normal Bir Günde Tüketilen Ortalama Sebze Porsiyonu Sayısı

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15-29	448	1,5	1,3-1,7	530	1,6	1,3-1,9	978	1,5	1,4-1,7
30-44	546	1,3	1,1-1,4	947	1,6	1,4-1,8	1493	1,4	1,3-1,6
45-59	663	1,5	1,4-1,7	988	1,7	1,5-1,9	1651	1,6	1,5-1,7
60-69	449	1,6	1,4-1,9	532	1,4	1,3-1,5	981	1,5	1,4-1,6
≥70	399	1,6	1,4-1,9	414	1,6	1,3-2,0	813	1,6	1,4-1,9
TOPLAM	2505	1,5	1,4-1,6	3411	1,6	1,5-1,7	5916	1,5	1,4-1,6

Tablo 41 günde beş porsiyondan daha az meyve ve/veya sebze tüketim durumunu göstermektedir.

Nüfusun %87,9'u, günde beş porsiyondan daha az meyve ve/veya sebze tüketmektedir. Günde beş porsiyondan az meyve ve/veya seze tüketimi sıklığı 30-44 yaş grubunda en yüksektir.

Tablo 41: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Günde Ortalama Beş Porsiyondan Daha Az Meyve ve/veya Sebze Tüketenlerin Yüzdesi

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	453	87,3	83,7-90,9	534	86,3	82,2-90,5	987	86,8	84,0-89,7
30-44	549	90,9	88,2-93,6	956	88,7	85,9-91,5	1505	89,8	87,7-91,8
45-59	666	87,3	84,4-90,2	990	87,0	84,6-89,5	1656	87,2	85,2-89,1
60-69	449	85,6	82,2-89,1	532	87,3	83,9-90,6	981	86,5	84,0-88,9
≥70	401	88,3	84,3-92,3	416	89,8	85,4-94,2	817	89,2	86,0-92,3
TOPLAM	2518	88,2	86,5-89,9	3428	87,6	85,7-89,5	5946	87,9	86,5-89,3

4.6.1. Sonuçlar

Diyet ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Normal bir haftada meyve tüketilen ortalama gün sayısı 4,3'dir (erkekler 4,2 gün; kadınlar 4,4 gün).
- Normal bir haftada sebze tüketilen ortalama gün sayısı 4,9'dur (erkekler 4,9 gün; kadınlar 5,0 gün).
- Normal bir günde tüketilen ortalama meyve porsiyonu sayısı 1,2'dir (erkekler 1,2 porsiyon; kadınlar 1,3 porsiyon).
- Normal bir günde tüketilen ortalama sebze porsiyonu sayısı 1,5'dir (erkekler 1,5 porsiyon; kadınlar 1,6 porsiyon).
- Nüfusun %87,9'u günde ortalama beş porsiyondan daha az meyve ve/veya sebze tüketmektedir (erkekler %88,2; kadınlar %87,6).

4.7. Tuz Tüketimi

Diyete bağlı ölümlerin büyük kısmının nedeni olan aşırı sodyum alımı kan basıncının yükselmesine ve kalp damar hastalık riskinin artmasına neden olmaktadır. Yılda yaklaşık 1,89 milyon ölüm aşırı tuz alımına atfedilmektedir. Küresel olarak, kişi başına ortalama günlük sodyum alımının (4.310 mg/gün),



Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiye ettiği <2.000 mg sodyum (<5 g tuz) günlük sınırının iki katından fazla olduğu kaydedilmiştir (46, 58).

THSA 2017 çalışmasında Türkiye'de nüfusun %28,1'inin yemekten önce ya da yemek sırasında tuz ya da tuzlu sos kullandığı tespit edilmiştir. Tuzdan zengin işlenmiş gıda tüketenlerin sıklığı %25,5, diyetle tuzun azaltılmasının çok önemli olduğuna inananların oranı ise %75,6 olarak saptanmıştır. 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 ve üzeri grubunda %15,4'e düşmektedir (45).

THSA 2023 çalışmasında ise her iki cinsiyet göz önüne alındığında, nüfusun beşte biri (%20,9) yemeden önce ya da yerken sıklıkla/her zaman yemeklerine tuz eklemektedirler. Her zaman ya da sıklıkla tuzdan zengin işlenmiş gıda tüketen katılımcıların yüzdesi %24,5'tir ve erkeklerde (%26,5) kadınlardan (%22,5) daha yüksektir.

Yemeğe başlamadan önce her zaman veya sıklıkla tuz ekleme oranı en yüksek 15-29 yaş grubunda (%24,0) görülmektedir ve 30-44 (%23,5), 45-59 (%19,0), 60-69 (%15,8) yaş gruplarında giderek azalmaktadır.

Benzer şekilde nüfusun yaklaşık beşte biri (%18,4) evde yemek pişirirken veya hazırlarken yemeğine her zaman veya sıklıkla tuz eklemektedir ve bu oran yaşlara göre değişiklik göstermektedir (15-29 yaş grubunda %23,5; 30-44 yaş grubunda %17,6; 45-59 yaş grubunda %17,9'u; 60-69 yaş grubunda %14,2'si ve ≥70 yaş grubunda %9,9'u) (Tablo 42).

Tablo 42: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Bazı Tuz Kullanım Alışkanlıkları Yüzdesi

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	457	22,5	18,2-26,8	540	25,7	21,2-30,1	997	24,0	20,9-27,2
	30-44	564	25,3	21,1-29,5	961	21,7	18,3-25,0	1525	23,5	20,7-26,3
	45-59	672	21,1	17,5-24,6	1001	17,0	14,2-19,9	1673	19,0	16,7-21,4
	60-69	449	17,8	13,6-22,1	534	13,8	10,2-17,5	983	15,8	13,0-18,5
	≥70	405	12,0	8,2-15,7	419	12,7	8,2-17,2	824	12,4	9,1-15,6
	TOPLAM	2547	21,8	19,7-23,9	3455	20,1	18,2-21,9	6002	20,9	19,4-22,4
Evde yemek hazırlarken veya pişirirken her zaman veya sıklıkla tuz eklemek	15-29	441	22,9	18,3-27,5	531	24,1	19,9-28,3	972	23,5	20,4-26,6
	30-44	558	16,4	13,1-19,8	959	18,7	15,9-21,6	1517	17,6	15,3-19,9
	45-59	666	17,8	14,4-21,2	1000	17,9	14,8-21,0	1666	17,9	15,5-20,2
	60-69	444	14,9	11,3-18,6	534	13,6	8,2-19,0	978	14,2	10,9-17,6
	≥70	397	11,7	7,1-16,2	418	8,6	5,5-11,8	815	9,9	7,2-12,6
	TOPLAM	2506	18,2	16,2-20,2	3442	18,6	16,7-20,5	5948	18,4	16,9-19,9
Her zaman ya da sıklıkla tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketimi	15-29	456	30,4	25,7-35,1	542	27,8	23,2-32,5	998	29,1	25,8-32,5
	30-44	562	28,5	24,0-33,0	961	23,6	20,3-26,9	1523	26,1	23,2-29,0
	45-59	672	24,7	20,8-28,6	1000	19,9	16,8-23,0	1672	22,3	19,8-24,9
	60-69	452	17,6	13,5-21,8	533	20,3	14,4-26,2	985	19,0	15,2-22,7
	≥70	399	19,8	14,3-25,4	419	11,1	8,0-14,2	818	14,8	11,6-17,9
	TOPLAM	2541	26,5	24,2-28,7	3455	22,5	20,4-24,6	5996	24,5	22,8-26,1

Tablo 43'te, diyetteki tuz alımını azaltmanın çok önemli olduğunu düşünenlerin yüzdesi yer almaktadır. Kadınlarda tuz alımını azaltmanın çok önemli olduğunu düşünenlerin yüzdesi (%77,8) erkekler (%69,9) göre daha yüksektir. Genel olarak, diyetlerinde tuzu azaltmanın çok önemli olduğuna inanma sıklığının hem erkekler hem de kadınlarda yaşla birlikte artış eğiliminde olduğu görülmektedir.

Tablo 43: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Beslenmede Tuzu Azaltmanın Çok Önemli Olduğunu Düşünenlerin Yüzdesi

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	445	59,7	53,9-65,5	539	73,9	69,4-78,4	984	66,7	62,9-70,4
30-44	556	71,4	67,0-75,9	949	75,4	71,8-78,9	1505	73,4	70,4-76,3
45-59	662	73,4	69,1-77,8	985	80,2	77,1-83,3	1647	76,8	74,0-79,6
60-69	446	79,9	75,0-84,8	530	83,9	80,2-87,5	976	81,9	78,9-85,0
≥70	398	80,4	76,0-84,8	403	84,2	79,6-88,7	801	82,6	79,3-85,8
TOPLAM	2507	69,9	67,2-72,6	3406	77,8	75,7-79,9	5913	73,9	72,0-75,7

4.7.1. Sonuçlar

Diyetdeki tuz ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Yemeklerine yemeden önce ya da yerken sıklıkla/her zaman tuz ya da tuzlu sos ekleyenlerin sıklığı %20,9'dir (erkekler %21,8; kadınlar %20,1).
- Sıklıkla/her zaman tuzdan zengin işlenmiş gıdalar tüketenlerin sıklığı %24,5'tir (erkekler %26,5; kadınlar %22,5).

- Diyetteki tuzun azaltılmasının çok önemli olduğuna inanan katılımcıların sıklığı %73,9'dur (erkekler %69,9; kadınlar %77,8).

4.8. Fiziksel Aktivite

STEPS rehberine göre bir kişinin orta düzeyde fiziksel aktivite yapmasının sakince oturmasına göre dört kat daha fazla kalori yakmaya, benzer şekilde yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapmanında sekiz kat daha fazla kalori yakmaya neden olduğu kabul edilmiştir. Erişkinlerin, iş, ulaşım ve boş zaman aktiviteleri de dâhil bir hafta boyunca en az aşağıdakilerden birisini yerine getirmeleri gerekmektedir (43):

- 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.

THSA 2017 çalışmasında her 10 erişkinden dördünün DSÖ'nün sağlık için fiziksel aktivite tavsiyelerini karşılayamadıkları saptanmıştır (45).

THSA 2023 çalışmasında ise nüfusun %28,0'ının orta, %28,4'ünün yüksek ve %43,6'sının düşük düzey fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir. Beklendiği üzere 70 yaş ve üzeri grubunda orta ve yüksek düzeyde fiziksel aktivite (sırasıyla %24,0 ve %11,6) belirgin şekilde azken, düşük düzeyde fiziksel aktivite fazladır (%64,4). Yaş gruplarına göre analizler yapıldığında erkek ve kadınların benzer sonuçlar ortaya koyduğu gözlenmiştir. Erkekler (%38,3) kadınlara (%18,5) göre belirgin ölçüde daha fazla yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapmaktadır.

Tablo 44: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Toplam Fiziksel Aktivite Durumu

Cinsiyet	Yaş grubu(yıl)	N	Düşük aktivite		Orta aktivite		Yüksek aktivite	
			%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA
Erkek	15-29	450	26,0	21,0-30,9	28,1	23,2-33,1	45,9	40,7-51,1
	30-44	556	38,5	33,7-43,2	20,9	17,0-24,9	40,6	35,8-45,4
	45-59	664	35,1	30,7-39,4	27,8	23,9-31,7	37,1	32,8-41,5
	60-69	449	40,6	35,1-46,2	33,5	28,2-38,7	25,9	21,3-30,5
	≥70	401	49,8	43,6-56,0	33,4	27,4-39,4	16,9	12,3-21,5
	TOPLAM	2520	34,9	32,3-37,5	26,8	24,6-29,1	38,3	35,7-40,8
Kadın	15-29	527	48,2	43,0-53,3	29,5	25,2-33,9	22,3	18,0-26,6
	30-44	951	45,0	41,2-48,7	33,7	30,0-37,3	21,3	18,2-24,5
	45-59	978	53,9	50,0-57,7	29,5	26,2-32,8	16,6	13,9-19,4
	60-69	526	59,9	54,6-65,1	25,8	21,1-30,5	14,3	10,6-18,1
	≥70	412	75,0	69,6-80,5	17,2	12,6-21,8	7,8	4,1-11,4
	TOPLAM	3394	52,3	50,0-54,6	29,2	27,2-31,1	18,5	16,7-20,4
Her iki cinsiyet	15-29	977	36,8	33,1-40,5	28,8	25,6-32,1	34,4	30,9-37,9
	30-44	1507	41,7	38,6-44,7	27,3	24,5-30,0	31,1	28,0-34,1
	45-59	1642	44,4	41,3-47,4	28,7	26,0-31,3	27,0	24,3-29,7
	60-69	975	50,5	46,6-54,4	29,5	26,1-33,0	20,0	16,8-23,1
	≥70	813	64,4	60,1-68,6	24,0	20,3-27,8	11,6	8,7-14,5
	TOPLAM	5914	43,6	41,8-45,4	28,0	26,5-29,6	28,4	26,7-30,1

Nüfusun günlük ortalama fiziksel aktivite süresi 47,1 dakika bulunmuştur (çeyrekler arası aralık: 11,4–125,7). Ortanca fiziksel aktivite süresi erkeklerde 64,3 dakika/gün (çeyrekler arası aralık: 17,1–215,0) ve kadınlarda 34,3 dakika/gündür (çeyrekler arası aralık: 8,6–85,7).

Toplumda işle ilişkili fiziksel aktivitenin ortalama süresi 57,4 dakika/gündür ve erkeklerde (88,3 dakika/gün) kadınlardan (26,7 dakika/gün) daha yüksektir. Günlük işle ilişkili ortalama fiziksel aktivite süresi erkeklerde ve kadınlarda en yüksek 30–44 yaş grubundadır (erkekler için 130,8 dakika/gün ve kadınlar için 40,6 dakika/gün) (Tablo 45).

Tablo 45: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Günlük İşle İlişkili Ortalama Fiziksel Aktivite Süresi (Dakika)

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15–29	450	73,8	55,2–92,4	527	19,2	12,7–25,8	977	47,2	37,1–57,4
30–44	556	130,8	108,9–152,7	951	40,6	31,7–49,4	1507	86,1	73,6–98,7
45–59	664	95,8	77,5–114,2	978	29,8	22,9–36,7	1642	63,2	53,0–73,3
60–69	449	39,4	27,5–51,3	526	20,9	13,3–28,6	975	29,9	22,6–37,3
≥70	401	15,1	6,8–23,5	412	5,7	1,6–9,9	813	9,7	5,3–14,1
TOPLAM	2520	88,3	77,6–98,9	3394	26,7	22,8–30,7	5914	57,4	51,3–63,5

Toplumda günlük ulaşım ile ilişkili ortalama fiziksel aktivite süresi 47,5 dakika/gün hesaplanmıştır ve erkeklerde 52,5 dakika/gün ile kadınlardan (42,5 dakika/gün) daha yüksek bulunmuştur. Günlük ulaşım ile ilişkili ortalama fiziksel aktivite süresi hem erkeklerde (61,0 dakika/gün) hem de kadınlarda (51,30 dakika/gün) 15–29 yaş grubunda en yüksektir (Tablo 46).

Tablo 46: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Günlük Ulaşım ile İlişkili Ortalama Fiziksel Aktivite Süresi (Dakika)

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15–29	450	61,0	53,2–68,8	527	51,3	42,2–60,5	977	56,3	50,2–62,4
30–44	556	43,7	36,9–50,4	951	43,0	37,1–48,9	1507	43,3	38,8–47,9
45–59	664	52,1	46,2–58,1	978	39,7	34,3–45,1	1642	46,0	42,0–50,0
60–69	449	56,5	48,2–64,8	526	37,2	30,0–44,3	975	46,6	41,0–52,2
≥70	401	48,6	40,5–56,6	412	26,2	19,3–33,2	813	35,7	30,0–41,4
TOPLAM	2520	52,5	48,7–56,3	3394	42,5	38,7–46,3	5914	47,5	44,6–50,3

Günlük eğlenceyle (boş zaman) ilişkili ortalama fiziksel aktivite süresi 11,6 dakika/gün olarak hesaplanmıştır. Günlük eğlenceyle (boş zaman) ilişkili ortalama fiziksel aktivite süresi erkeklerde (15,6 dakika/gün) kadınlardan (7,6 dakika/gün) daha yüksektir. Günlük eğlenceyle (boş zaman) ilişkili ortalama fiziksel aktivite süresi hem erkeklerde (30,9 dakika/gün) hem kadınlarda (12,2 dakika/gün) 15–29 yaş grubunda en yüksektir (Tablo 47).

Tablo 47: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Günlük Eğlenceyle (Boş Zaman) İlişkili Ortalama Fiziksel Aktivite Süresi (Dakika)

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15-29	450	30,9	24,8-37,0	527	12,2	6,6-17,8	977	21,8	17,6-26,0
30-44	556	13,8	8,5-19,2	951	8,2	5,7-10,8	1507	11,0	8,0-14,1
45-59	664	6,9	3,6-10,1	978	5,3	4,0-6,5	1642	6,1	4,3-7,8
60-69	449	3,6	2,3-5,0	526	3,5	1,7-5,3	975	3,6	2,4-4,7
≥70	401	3,2	1,5-5,0	412	1,9	0,3-3,5	813	2,5	1,3-3,6
TOPLAM	2520	15,6	13,0-18,2	3394	7,6	5,8-9,4	5914	11,6	10,0-13,2

Çalışma sonuçları, Türkiye'de nüfusun %43,6'sının DSÖ'nün sağlık için fiziksel aktivite tavsiyelerini karşılamadığını göstermektedir (kadınlar %38,4; erkekler %25,9). Sağlık için DSÖ fiziksel aktivite tavsiyesine uymama davranışında yaş ilerledikçe artış görülmektedir. Tavsiye edilen fiziksel aktivite düzeyine sahip olmama 15-29 yaş grubunda %24,7 iken 70 yaş ve üzeri grubunda %56,8'e yükselmektedir (Tablo 48).

Tablo 48: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına 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	450	15,8	11,2-20,4	527	34,1	29,4-38,8	977	24,7	21,4-28,0
30-44	556	28,7	24,2-33,1	951	32,4	28,9-35,9	1507	30,5	27,6-33,4
45-59	664	27,5	23,5-31,4	978	35,7	32,1-39,4	1642	31,6	28,8-34,3
60-69	449	32,1	26,7-37,5	526	47,7	42,6-52,8	975	40,1	36,3-44,0
≥70	401	43,3	37,1-49,5	412	66,6	60,7-72,6	813	56,8	52,3-61,2
TOPLAM	2520	25,9	23,5-28,3	3394	38,4	36,3-40,6	5914	32,1	30,4-33,9

Nüfusun %82,3'ünün etkili fiziksel aktivitede bulunmadığı tahmin edilmektedir ve bu durum kadınlarda (%93,2) erkeklerden (%71,4) daha fazladır. Etkili fiziksel aktivitede bulunmayanların oranı yaşla birlikte artmaktadır (Tablo 49).

Tablo 49: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Etkili Fiziksel Aktivitede Bulunmayanların Yüzdesi

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	450	54,3	48,8-59,8	527	89,7	86,7-92,7	977	71,5	68,1-74,9
30-44	556	68,1	63,5-72,7	951	92,4	90,4-94,4	1507	80,1	77,4-82,8
45-59	664	80,4	76,7-84,2	978	94,8	93,1-96,5	1642	87,5	85,4-89,7
60-69	449	93,1	90,5-95,8	526	95,1	93,0-97,2	975	94,2	92,4-95,9
≥70	401	97,9	96,2-99,6	412	99,9	99,8-100,0	813	99,1	98,3-99,8
TOPLAM	2520	71,4	68,9-73,9	3394	93,2	92,0-94,3	5914	82,3	80,8-83,8



4.8.1. Sonuçlar

Fiziksel aktivite ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Nüfusun %32,1'i yetersiz fiziksel aktivitede bulunmaktadır (haftada <150 az dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite ya da eşdeğeri) (erkekler %25,9; kadınlar %38,4).
- Türkiye'de günlük ortalama fiziksel aktivite zamanı 47,1 dakika olarak hesaplanmıştır (erkekler 64,3 dakika/gün; kadınlar 34,3 dakika/gün).
- Etkili bir fiziksel aktiviteye katılmayanların yüzdesi %82,3'tür (erkekler %71,4; kadınlar %93,2).

4.9. Yüksek Kan Basıncı Hikâyesi

Yüksek tuz ve yağ tüketimi, meyve ve sebze alımının azalması, aşırı kilo ve obezite, zararlı alkol kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, psikolojik stres, sosyoekonomik belirleyiciler ve sağlık hizmetlerine yetersiz erişim hipertansiyon için değiştirilebilir risk faktörleridir. Ancak hipertansiyonu olan kişilerin çoğu için bu durumun kesin nedeni bilinmemektedir. Yukarıda bahsedilen risk faktörleri insanları kan basıncının yükselmesine yatkın hale getirmektedir. Bu faktörlerin çoğunun değiştirilebilir olması bir fırsat olarak görülmelidir.

Hipertansiyon erkeklerde, kadınlardan ve düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde, yüksek gelir düzeyine sahip ülkelere daha fazla görülmektedir (9). Türkiye nüfusunun yaklaşık dörtte biri hipertansiyon hastasıdır (58, 59).

THSA 2017'de, kan basıncı ölçülerek hipertansiyon BOH için bir risk faktörü olarak değerlendirilmiştir. Kan basıncını hiç ölçtürmemiş olan nüfusun oranı %13,6'dır; bu oran erkeklerde %16,1, kadınlarda ise %11,1'dir. Nüfusta yüksek kan basıncı veya hipertansiyon öyküsü sıklığı %16,2; erkekler için %12,3 ve kadınlar için %20,0'dır (45).

2023 çalışmasında kan basıncını hiç ölçtürmemiş olan nüfusun oranı %16,7; erkekler için %18,8 ve kadınlar için %14,6 olarak tespit edilmiştir. Toplumda yüksek kan basıncı veya hipertansiyon öyküsü sıklığı %18,3; erkeklerde %14,9 ve kadınlarda %21,7'dir.

Tablo 50: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Kan Basıncı Ölçümü ve/veya Hipertansiyon Tanısı Alma Yüzdesi

Cinsiyet	Yaş Grubu (yıl)	N	Hiç ölçülmedi		Ölçülmüş, ancak teşhis konulmamış		Teşhis konmuş ancak son 12 ay içerisinde değil		Son 12 ay içerisinde teşhis konulmuş	
			%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA
Erkek	15-29	458	30,4	24,9-36,0	67,8	62,2-73,4	0,1	0,0-0,4	1,7	0,5-2,8
	30-44	564	19,3	15,3-23,4	74,0	69,7-78,3	4,5	2,5-6,6	2,2	0,9-3,4
	45-59	675	11,5	8,7-14,2	68,3	64,0-72,5	12,5	9,6-15,4	7,8	5,3-10,2
	60-69	452	7,8	5,1-10,4	52,8	47,4-58,3	26,6	21,6-31,6	12,8	9,4-16,3
	≥70	406	6,9	3,9-9,9	40,4	35,0-45,8	36,7	30,9-42,5	16,0	11,8-20,2
	TOPLAM	2555	18,8	16,4-21,2	66,3	63,7-69,0	9,5	8,2-10,8	5,4	4,4-6,3
Kadın	15-29	543	27,2	22,5-32,0	69,1	64,1-74,1	1,8	0,8-2,8	1,9	0,6-3,2
	30-44	962	14,3	11,5-17,2	78,6	75,4-81,7	3,3	2,1-4,5	3,8	2,4-5,1
	45-59	1002	7,9	5,8-10,0	64,1	60,7-67,6	16,9	14,3-19,6	11,0	8,7-13,4
	60-69	535	6,6	4,0-9,2	38,8	33,3-44,3	35,4	29,5-41,4	19,2	15,1-23,2
	≥70	420	2,7	0,9-4,5	27,8	21,8-33,9	47,8	41,4-54,2	21,7	16,0-27,3
	TOPLAM	3462	14,6	12,7-16,5	63,6	61,4-65,9	13,5	12,2-14,9	8,2	7,1-9,3
Her iki cinsiyet	15-29	1001	28,9	25,1-32,6	68,4	64,6-72,3	0,9	0,4-1,4	1,8	0,9-2,6
	30-44	1526	16,8	14,2-19,5	76,3	73,4-79,1	3,9	2,7-5,2	3,0	2,0-3,9
	45-59	1677	9,7	7,9-11,5	66,2	63,4-69,0	14,7	12,7-16,7	9,4	7,7-11,1
	60-69	987	7,2	5,2-9,1	45,6	41,7-49,5	31,1	27,1-35,2	16,1	13,4-18,8
	≥70	826	4,5	2,7-6,3	33,1	29,0-37,3	43,1	38,6-47,6	19,3	15,5-23,1
	TOPLAM	6017	16,7	15,1-18,4	65,0	63,1-66,8	11,5	10,6-12,5	6,8	6,0-7,5

THSA 2017'de hipertansiyon teşhisi konmuş olan bireylerin %72,7'sinin hâlen ilaç kullandığı, bu ilaçların kullanım oranlarının yaş grupları arasında farklılık gösterdiği, 15-29 yaş grubunda en düşük (%29,6) ve ≥70 yaş grubunda en yüksek (%85,4) olduğu tespit edilmiştir. Yüksek kan basıncı için ilaç kullanan katılımcılara hipertansiyonu yönetmek için yaptıkları faaliyetler sorulduğunda; %75,7'sinin düzenli olarak ilaç kullanırken %11,9'unun hiçbir şey yapmadığı görülmüştür (45).

THSA 2023'te ise önceden tanı konanlar arasında hâlen yüksek kan basıncına yönelik ilaç kullanımı sıklığı %78,2'dir ve ilaç kullanmada yaş grupları arasında farklılıklar söz konusudur. 15-29 yaş grubunda ilaç kullanımı yüzdesi (%31,5) en düşük değerdedir ve yaşla birlikte artarak 70 yaş ve üzeri grubunda %91,6'ya ulaşmaktadır.

Yüksek kan basıncı olan ve hâlen ilaç kullananlara (tedavi) hipertansiyon kontrolüne yönelik aktiviteleri sorulmuştur. Bu gruptakilerin %79,1'i düzenli olarak tedavi alırken, %13,1'i hiçbir şey yapmamaktadır (Tablo 51).

Tablo 51: Cinsiyete Göre Hipertansiyon Kontrolüne Yönelik Aktivitelerin Dağılımı

Cinsiyet	Hipertansiyon kontrolüne yönelik aktiviteler (%)						
	Düzenli tedavi	Düzensiz tedavi	Bitkisel tedavi	Fiziksel aktivite	Diyet	Hiçbir şey	Diğer
Erkek	76,2	4,8	1,0	8,2	15,3	14,6	0,7
Kadın	81,0	2,9	1,0	4,0	20,7	12,1	0,1
Her iki cinsiyet	79,1	3,7	1,0	5,7	18,5	13,1	0,3

4.9.1. Sonuçlar

Yüksek kan basıncı öyküsü ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Türkiye nüfusunun %16,7'sinin şu ana kadar kan basıncını hiç ölçtürmemiştir.
- Yüksek kan basıncı ya da hipertansiyon sıklığı %18,3'tür (erkekler için %14,9 ve kadınlar için %21,7). Sıklık yaşla artmaktadır.
- Daha önce yüksek kan basıncı ya da hipertansiyon tanısı almış olanların %78,2'si hâlen hipertansiyon için tedavi almaktadır.

4.10. Diyabet Hikâyesi

2021 yılında dünya genelinde 529 milyon kişi diyabetle yaşadığı tahmin edilmektedir ve yaşa göre standardize edilmiş küresel diyabet prevalansı %6,1'dir (60). Diyabet dünyada hastalık yükünün %4,4'ünden (112,73 milyon DALY), Türkiye'de ise %6,6'sından (1.298.000 DALY) sorumludur (61). Küresel olarak, 2000 ve 2019 yılları arasında diyabete bağlı ölümler %3 oranında hafif bir artış göstermiş (62) ve diyabete bağlı (diyabetin neden olduğu böbrek hastalığı ölümleri dahil) 2,0 milyon ölüm meydana gelmiştir (63).

THSA 2017 çalışması sonuçlarına göre toplumda yüksek kan glukozu olan veya diyabet tedavisi alanlar %11,1 olup 15-29 yaş grubunda %1,5 iken yaşla birlikte artarak 70 yaş ve üzeri grupta %29,3'e ulaşmaktadır (45).

THSA 2023 çalışması sonuçlarına göre ise nüfusun %28,9'u daha önce hiç kan glukozu ölçtürmemiştir ve bu değer erkeklerde %31,8 ile kadınlardan (%26,1) yüksektir. Nüfusun toplam %6,7'sine 12 aydan daha uzun bir süre önce, %4,3'üne ise son 12 ay içinde diyabet teşhisi konmuştur (Tablo 52).

Tablo 52: Cinsiyete Göre Kan Glukozu Ölçümü ve/veya Tanı Alma Yüzdesi

Kan glukozu ölçümü ve tanı alma durumu	Erkekler		Kadınlar		Her iki cinsiyet	
	%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA
Hiç ölçülmedi	31,8	29,1-34,5	26,1	24,0-28,3	28,9	27,1-30,8
Ölçüldü fakat teşhis edilmedi	57,9	55,2-60,5	62,4	60,1-64,6	60,1	58,3-62,0
Teşhis edilmiş, ancak son 12 ay içerisinde değil	6,6	5,6-7,6	6,7	5,8-7,7	6,7	6,0-7,4
Son 12 ay içinde teşhis edildi	3,8	3,0-4,5	4,8	4,0-5,6	4,3	3,7-4,8

Nüfusun toplumda yüksek kan glukozu olan veya diyabet tedavisi alanlar %9,3'tür ve 2017 çalışması-na benzer şekilde yaş ile artarak 70 yaş ve üzeri grupta %22,8'e ulaşmaktadır. Daha önce yüksek kan glukozu ya da diyabet tanısı almış olanların %31,2'si diyabet için reçete edilmiş ilaç kullanmaktadır; diyabet için reçete edilmiş ilaç kullanma oranı erkeklerde %34,8 ve kadınlarda %28,1'dir. Diğer taraftan, daha önce yüksek kan glukozu ya da diyabet tanısı almış olanların %79,0'ı hâlen diyabet için insülin kullanmaktadır. İnsülin kullanma sıklığı diyabet hastaları içerisinde erkeklerde %81,5 ve kadınlarda %76,8 olarak bulunmuştur. Bu oran 15-29 yaş grubunda en düşük (%28,5) ve 70 yaş ve üzeri grupta en yüksek (%86,8) seviyededir (Tablo 53).

Tablo 53: Yüksek Kan Glukozu Olan ve Hâlen Yüksek Kan Glukozuna Yönelik İlaç ya da İnsülin Kullananların Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Yüzdesi

Yaş Grubu (yıl)	Erkek		Kadın		Her iki cinsiyet	
	İnsülin alan (%)	İlaç kullanan (%)	İnsülin alan (%)	İlaç kullanan (%)	İnsülin alan (%)	İlaç kullanan (%)
15-29	27,3	27,3	29,7	5,5	28,5	16,2
30-44	69,2	35,4	46,5	28,8	59,0	32,4
45-59	80,0	25,2	75,7	27,2	77,9	26,2
60-69	90,2	38,4	84,1	28,9	86,6	32,8
≥70	88,4	47,7	85,5	30,3	86,8	38,2
TOPLAM	81,5	34,8	76,8	28,1	79,0	31,2

Hâlen yüksek kan glukozu nedeniyle tedavi alan katılımcılara diyabet kontrolüne yönelik aktiviteleri sorulmuştur. Tanı konmuş katılımcıların %80,0'ı hâlen düzenli olarak tedavi alırken, %10,0'ı hiçbir şey yapmamaktadır (Tablo 54).

Tablo 54: Cinsiyete Göre Diyabet Kontrolüne Yönelik Aktivite Türlerinin Dağılımı

Cinsiyet	Diyabet kontrolüne yönelik aktiviteler (%)						
	Düzenli tedavi	Düzensiz tedavi	Bitkisel tedavi	Fiziksel aktivite	Diyet	Hiçbir şey	Diğer
Erkek	81,7	5,7	0,2	8,8	21,5	8,9	1,0
Kadın	78,5	3,7	1,5	7,4	25,7	10,9	0,2
Her iki cinsiyet	80,0	4,6	0,9	8,1	23,7	10,0	0,6

4.10.1. Sonuçlar

Diyabet öyküsü ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Her dört katılımcıdan biri daha önce hiç kan glukozu ölçümü yaptırmamıştır.
- Erişkin Türk nüfusunda yüksek kan glukozu ya da diyabet prevalansı %11,0'dır (erkekler için %10,4 ve kadınlar için %11,5). Prevalans yaşla birlikte artmaktadır.
- Daha önce yüksek kan glukozu ya da diyabet tanısı almış olanların %31,2'si hâlen ilaç tedavi almaktadır ve %79,0'ı diyabet için insülin kullanmaktadır.

4.11. Hiperlipidemi Hikâyesi

KDH dünya çapında en yaygın ölüm nedenidir ve değiştirilebilir başlıca risk faktörlerinden biri anormal kan lipid profilidir (64). Bir önceki çalışmada kan kolesterolünü hiç ölçtürmemiş olan nüfusun oranı %45,6; erkeklerde %50,4 ve kadınlarda %40,9'dur. Araştırma popülasyonunda yüksek kolesterol öyküsü sıklığı %10,1 (erkeklerde %8,5 ve kadınlarda %11,8) olup 15-29 yaş grubunda %1,2'den 60-69 yaş grubunda %22,3'e yükselmiştir (45).

Nüfusun %39,4'ü daha önce hiç kan kolesterolünü ölçtürmemiştir ve bu değer erkeklerde (%42,8) kadınlardan (%36,0) yüksektir. Yüksek kolesterol öyküsü sıklığı %11,7'dir; yüksek kolesterol öyküsü sıklığı erkeklerde (%9,8) kadınlardan (%13,6) düşüktür. Yüksek kolesterol öyküsü sıklığı 15-29 yaş grubunda %1,5'ten 70 yaş ve üzeri grupta %29,1'e yükselmiştir (Tablo 55).

Tablo 55: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Total Kolesterol Ölçümü ve/veya Tanı Alma Yüzdesi

Cinsiyet	Yaş Grubu (yıl)	N	Hiç ölçülmedi		Ölçülmüş ancak teşhis konulmamış		Teşhisi konmuş ancak son 12 ay içerisinde değil		Son 12 ay içerisinde teşhis konulmuş	
			%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA
Erkek	15-29	458	58,1	52,5-63,7	41,0	35,4-46,5	0,2	0,0-0,6	0,7	0,1-1,4
	30-44	564	47,8	43,1-52,4	46,3	41,6-50,9	3,1	1,5-4,8	2,8	1,3-4,3
	45-59	675	29,3	25,1-33,5	54,3	49,7-58,9	10,2	7,6-12,8	6,2	3,8-8,6
	60-69	452	27,7	23,0-32,4	51,8	46,5-57,1	13,6	10,2-17,0	6,9	4,4-9,5
	≥70	406	23,0	18,4-27,6	50,8	44,8-56,8	17,4	11,9-22,8	8,9	5,0-12,7
	TOPLAM	2555	42,8	40,1-45,5	47,4	44,8-50,1	6,0	5,0-6,9	3,8	3,0-4,7
Kadın	15-29	543	54,2	49,0-59,4	43,7	38,4-49,0	0,9	0,1-1,7	1,2	0,0-2,4
	30-44	962	35,5	31,7-39,3	58,0	54,1-61,9	3,2	1,9-4,6	3,3	2,0-4,5
	45-59	1002	25,6	22,4-28,9	51,5	47,8-55,2	10,3	8,1-12,5	12,6	10,0-15,2
	60-69	535	22,6	18,3-27,0	49,1	43,7-54,5	16,6	13,0-20,3	11,6	7,9-15,3
	≥70	420	22,2	16,8-27,6	46,7	40,5-52,9	18,4	13,7-23,1	12,7	7,7-17,7
	TOPLAM	3462	36,0	33,6-38,4	50,4	48,0-52,9	7,0	6,1-8,0	6,6	5,5-7,7
Her iki cinsiyet	15-29	1001	56,2	52,2-60,2	42,3	38,3-46,3	0,5	0,1-1,0	1,0	0,3-1,6
	30-44	1526	41,7	38,5-44,9	52,1	48,9-55,3	3,2	2,1-4,3	3,0	2,1-4,0
	45-59	1677	27,5	24,8-30,2	52,9	49,8-56,0	10,2	8,6-11,9	9,4	7,7-11,1
	60-69	987	25,1	21,7-28,4	50,4	46,5-54,3	15,2	12,6-17,7	9,3	7,0-11,7
	≥70	826	22,6	18,9-26,3	48,4	44,0-52,8	18,0	14,4-21,5	11,1	7,7-14,4
	TOPLAM	6017	39,4	37,4-41,3	48,9	47,0-50,9	6,5	5,8-7,2	5,2	4,5-5,9

THSA 2017'de, daha önce total kolesterol yüksekliği teşhisi konmuş olanların %36,9'unun bu durum için reçete edilen ilaçları kullandığı; bu oranın erkeklerde %39,8, kadınlarda ise %34,9 olduğu görülmüştür. İlaç kullanımı yaş grupları arasında önemli farklılıklar göstermiştir; 30-44 yaş grubunda en düşük (%10,4) iken, 70 yaş ve üzeri grupta en yüksektir (%55,0). Hâlihazırda yüksek total kolesterol için ilaç kullanan nüfusa bu durumu yönetmek için yaptıkları faaliyetler sorulmuştur: 38,5'i düzenli olarak ilaç kullanırken, %33,9'u hiçbir şey yapmamaktadır (45).

2023 çalışmasında da, yüksek total kolesterol nedeniyle hâlen ilaç alan katılımcılara yüksek kolesterol kontrolüne yönelik aktiviteleri sorulmuştur. Daha önce toplam kolesterol yüksekliği teşhisi konmuş olanların %44,4'ü şu anda bu durum için reçete edilen ilaçları kullanmaktadır; bu oran erkeklerde %55,3, kadınlarda ise %36,6'dır. İlaç kullanımı yaş grupları arasında önemli farklılıklar göstermiştir; 15-29 yaş grubunda en düşük (%10,6) ve ≥70 yaş grubunda en yüksektir (%69,4).

Durumu yönetmek için Tablo 56'da sunulduğu gibi: 44,1'i düzenli tedavi alırken, %27,4'ü hiçbir şey yapmamaktadır.

Tablo 56: Cinsiyete Göre Total Kolesterol Kontrolüne Yönelik Davranış Türlerinin Dağılımı

Cinsiyet	Total kolesterol kontrolüne yönelik aktiviteler (%)						
	Düzenli tedavi	Düzensiz tedavi	Bitkisel tedavi	Fiziksel aktivite	Diyet	Hiçbir şey	Diğer
Erkek	57,7	3,4	1,9	10,0	23,6	21,7	-
Kadın	34,4	5,6	1,7	11,0	32,3	31,5	0,3
Her iki cinsiyet	44,1	4,6	1,7	10,6	28,7	27,4	0,2

4.11.1. Sonuçlar

Yüksek total kolesterol öyküsü ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Bireylerin yaklaşık yarısına yakını (%39,4) daha önce hiç total kolesterol seviyelerini ölçtürmemişlerdir.
- Erişkin Türk nüfusunda artmış total kolesterol prevalansı %11,7'dir (erkekler için %9,8 ve kadınlar için %13,6). Genel olarak prevalans yaşla birlikte artmaktadır.
- Daha önce yüksek total kolesterol tanısı almış olanların %44,1'i yüksek total kolesterole yönelik tedavi almaktadır.

4.12. Kalp Damar Hastalığı Hikâyesi

KDH, kalp ve kan damarlarını etkileyen, koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık ve periferik arter hastalığı gibi hastalıklardır. KDH, dünya çapında en yaygın ölüm nedenidir. Türkiye'de ölüm nedenleri içerisinde 2022 yılında %35,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer almaktadır (65). KDH dünyada (%15,5; 393,11 milyon DALY) ve Türkiye'de (%17,5; 3,42 milyon DALY) hastalık yükü nedenleri içinde ilk sıradadır (61). KDH'na bağlı ölümlerin 2012 yılındaki 17,5 milyon seviyesinden 2030 yılında 22,2 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (13). KDH'na bağlı ölümler yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde azalırken, birçok düşük ve orta gelirli ülkede benzer seyretmektedir (4).

Türkiye'de 2022 yılında %35,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklı ölümlerin %42,3'ü iskemik kalp hastalıklarından, %23,5'i diğer kalp hastalıklarından, %19,2'si serebrovasküler hastalıklardandır (65). KDH'na bağlı erkek ölümlerinin 2030'a kadar 2,3 kat, kadın ölümlerinin 1,8 kat artacağı tahmin edilmektedir (59).

THSA 2017'ye göre, tüm nüfusun %5,6'sı tüm hastalıkları önlemek veya tedavi etmek için düzenli olarak asetilsalisilik asit kullanmaktadır; bu oran erkeklerde %6,0 ve kadınlarda %5,3'tür. Buna ek olarak, çalışma nüfusunun %1,8'i bu amaçla düzenli olarak statin kullanmaktadır; bu oran erkeklerde %1,9 ve kadınlarda %1,8'dir. Yaş grupları, kalp hastalığını önlemek veya tedavi etmek için asetilsalisilik asit veya statin grubu ilaçların kullanımında farklılık göstermiştir. İlaç kullanım düzeyi 15-29 yaş grubunda en düşük (asetilsalisilik asit %0,3; statin grubu %0,5) iken, 70 yaş ve üzeri grupta en yüksektir (asetilsalisilik asit %24,4; statin grubu %7,3). Kalp hastalığını önlemek veya tedavi etmek için asetilsalisilik asit kullanımı cinsiyetler arasında da farklılık göstermiştir; 44 yaşına kadar kadınlar daha fazla asetilsalisilik asit kullanırken, 45 yaşından itibaren erkekler daha fazla asetilsalisilik asit kullanmıştır. Öte yandan, sadece 15-29 yaş grubunda statin grubu ilaçları kullanan kadın sayısı erkeklerden daha fazladır (45).

THSA 2023'e göre nüfusun %9,6'sı, kalp hastalığını önlemek ya da tedavi etmek amacıyla düzenli olarak asetilsalisilik asit kullanmaktadır ve asetilsalisilik asit kullanımı erkeklerde %10,0, kadınlarda %9,2'dir.

Diğer taraftan bireylerin %4,6'sı kalp krizinden korunmak ya da tedavi amacıyla statin kullanmaktadır ve statin kullanımı erkeklerde %5,1, kadınlarda %4,1'dir. Farklı yaş grupları arasında kalp krizinden korunmak ya da tedavi amacıyla statin veya asetilsalisilik asit kullanımında farklılıklar bulunmaktadır. En düşük ilaç kullanımı asetilsalisilik asit için %0,9 ve statin için %0,6 ile 15-29 yaş grubundadır. En yüksek ilaç kullanımı; asetilsalisilik asit için %39,2 ve statin için %18,6 ile 70 yaş ve üzeri grubundadır. (Tablo 57).

Tablo 57: Kalp Hastalığından Korunma ya da Tedavi Amaçlı Olarak Hâlen Düzenli Asetil Salisilik Asit (ASA) ya da Statin Kullanma Yüzdesi

Yaş Grubu (yıl)	Asetilsalisilik asit kullananlar								
	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	458	0,5	0,0-1,2	543	1,2	0,0-2,7	1001	0,9	0,1-1,7
30-44	564	3,5	1,8-5,2	962	2,9	1,6-4,1	1526	3,2	2,1-4,2
45-59	675	13,4	10,5-16,3	1002	9,1	7,2-11,1	1677	11,3	9,5-13,1
60-69	452	27,0	21,9-32,0	535	24,2	19,9-28,5	987	25,5	22,1-28,9
≥70	406	43,0	37,0-49,1	420	36,3	29,8-42,8	826	39,2	34,6-43,7
TOPLAM	2555	10,0	8,7-11,3	3462	9,2	8,0-10,4	6017	9,6	8,7-10,5

Yaş Grubu (yıl)	Statin kullananlar								
	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	458	0,2	0,0-0,6	543	0,9	0,0-2,3	1001	0,6	0,0-1,3
30-44	564	1,6	0,5-2,7	962	0,6	0,1-1,1	1526	1,1	0,5-1,7
45-59	675	8,0	5,4-10,6	1002	3,9	2,5-5,4	1677	6,0	4,5-7,5
60-69	452	14,4	10,1-18,7	535	9,2	6,2-12,2	987	11,7	9,0-14,4
≥70	406	17,3	12,9-21,7	420	19,6	14,2-24,9	826	18,6	15,0-22,2
TOPLAM	2555	5,1	4,1-6,0	3462	4,1	3,2-5,0	6017	4,6	3,9-5,2

4.12.1. Sonuçlar

KDH öyküsü ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

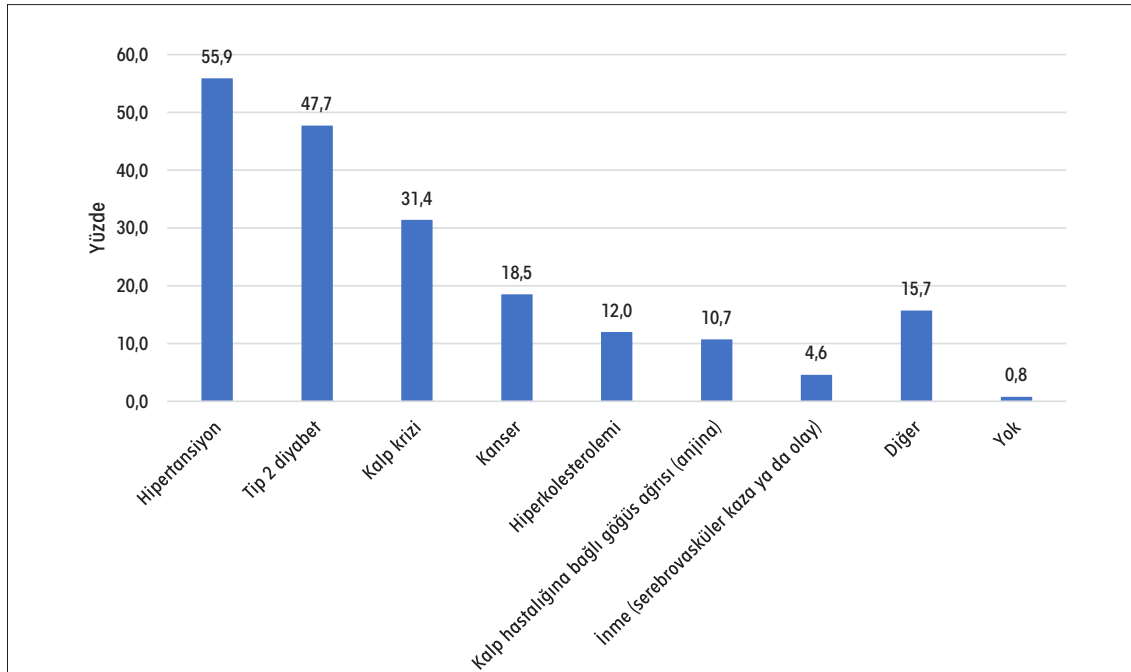
- Nüfusun %7,0'ı kalp hastalığından ya da kalp krizinden göğüs ağrısı ya da felç geçirmişlerdir (erkekler %7,5; kadınlar %6,6) ve sıklık yaşla birlikte artmaktadır.
- Nüfusun %9,6'sı kalp hastalığını önlemek veya tedavi etmek için düzenli olarak asetilsalisilik asit, %4,6'sı statin almaktadır ancak asetilsalisilik asit ve/veya statin kullanımı cinsiyetler arasında farklılık göstermemektedir.

4.13. Kronik Hastalık Aile Hikâyesi

BOH'n değiştirilebilir risk faktörleri arasında fiziksel inaktivite, sağlıksız diyet, anormal kan lipidleri, obezite ve diyabetin yanı sıra yüksek tansiyon ve tütün kullanımı da sayılmaktadır. Yaş, genetik özellikler, aile öyküsü, cinsiyet ve ırk ise BOH'da değiştirilemeyen risk faktörleridir (64).

Önceki çalışma, katılımcıların ebeveynlerinin veya kardeşlerinin neredeyse yarısının (%45,8) bilinen, teşhis edilmiş ve ilaç tedavisi gerektiren kronik bir hastalığa sahip olduğunu göstermektedir. Önceki çalışmada en sık teşhis edilen hastalıklar; hipertansiyon (%51,0), tip-2 diyabet (%46,4) ve kalp krizidir (%22,4). Katılımcıların ebeveynleri veya kardeşleri arasında %19,8'i kalp krizi veya kalp hastalığından kaynaklanan göğüs ağrısı (anjina) veya inme (serebrovasküler kaza veya olay) geçirmiştir (45).

2023 yılı çalışmasında, katılımcıların ebeveynlerinin veya kardeşlerinin yarısından fazlasının (%57,6) bilinen, teşhis edilmiş ve ilaç tedavisi gerektiren kronik bir hastalığı vardır.



Grafik 4: Çalışma Grubunun Ebeveyn veya Kardeşlerinde Tedavi Gerektiren Kronik Hastalıkların Dağılımı (%)

En sık teşhis edilen rahatsızlıklar: hipertansiyon (%55,9), tip-2 diyabet (%47,7) ve kalp krizidir (%31,4) (Grafik 4).

4.13.1. Sonuçlar

Kronik hastalıkların aile öyküsü ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Katılımcıların ebeveyn veya kardeşlerinin yarısından fazlasının (%57,6), ilaç tedavisi gerektiren tanı konmuş kronik bir hastalığı vardır.
- Hipertansiyon (%55,9) en sık görülen kronik hastalıktır.

4.14. Astım, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Kanser Hikâyesi

Kronik solunum yolu hastalıkları, dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerindendir. Yetersiz/eksik tanı alma 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 etki- lenim, iç/dış hava kirliliği, genetik, enfeksiyonlar, sosyo-ekonomik faktörler ve yaşlanmadır (65).

Astım tekrarlayan nefes darlığı ve hırıltı atakları ile karakterizedir. Belirtiler, hastalığın şiddetine bağlı farklılık gösterebilir; yorgunluk ve uyku hali gibi durumlara neden olabilir. Ölüm oranı düşük olmasına rağmen, hastalık tanısı genellikle yetersizdir (67).

Astım, 2019'da 21,6 milyon DALY'den sorumludur (kronik solunum hastalığından kaynaklanan toplam DALY'lerin %20,8'i) tahminen 262 milyon insanı etkilemiştir. Astım 455.000 ölüme neden olmuştur ve ölüm oranları gelişmekte olan ülkelerde prevalans ise gelişmiş ülkelerde yüksektir (68).

KOAH; kronik bronşit, amfizem gibi solunum yollarında yeterli hava akışını önleyen bir grup akciğer hastalığıdır. KOAH prevalansı, morbidite ve mortalitesi hakkında doğru epidemiyolojik verileri toplamak zor ve pahalıdır (69).

Kanser mortalitesinin 2030 yılına kadar 13,1 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Kanserlerin yaklaşık %30'u davranışsal risk faktörleri ile ilişkilidir (70, 71).

Kanser dünyada (%9,9; 251,39 milyon DALY) ve Türkiye'de (%13,6; 2,66 milyon DALY) hastalık yükü nedenleri içinde ikinci sıradadır (61). Türkiye'de 2018 yılında 74.542'si erkek, 42.168'i, kadın olmak üzere toplam 116.710 kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir. En fazla ölüme neden olan ilk üç kanser türü erkeklerde akciğer (%38,3), mide (%8,6) ve kolorektal (%7,5) kanserleri iken, kadınlarda meme (%12,9), akciğer (%12,2) ve kolorektal kanserleridir (%8,6) (72).

THSA 2017'de, bir hekim tarafından astım (alerjik astım dâhil) tanısı konmuş olan tüm nüfusun oranı %6,9; erkekler için %5,0 ve kadınlar için %8,7 idi. Tanı sıklığının yaşla birlikte arttığı gözlenmekle birlikte 15-29 yaş grubunda %4,7 iken, ≥70 yaş grubunda %12,5 olduğu bulunmuştur (45).

Nüfusun %8,2'si şimdiye kadar bir hekim tarafından astım tanısı almıştır (alerjik astım dâhil). Bu oran kadınlarda (%11,2) erkeklerden (%5,2) daha yüksektir. Astım tanısı sıklığının yaşla birlikte arttığı gözlenmekle birlikte 15-29 yaş grubunda %5,3 iken 70 yaş ve üzeri grubunda %13,9 olarak bulunmuştur (Tablo 58).

Tablo 58: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Hekim Tarafından Astım (Alerjik Astım Dâhil) Tanısı Konma Yüzdesi

	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	458	4,1	2,2-6,1	543	6,5	3,7-9,3	1001	5,3	3,6-7,0
30-44	564	3,3	1,7-4,8	962	9,5	7,3-11,7	1526	6,4	5,0-7,7
45-59	675	5,8	3,7-7,8	1002	13,2	10,7-15,8	1677	9,5	7,8-11,2
60-69	452	9,6	6,6-12,6	535	19,0	14,9-23,1	987	14,4	11,8-17,1
≥70	406	10,2	6,8-13,7	420	16,6	12,4-20,8	826	13,9	11,0-16,7
TOPLAM	2555	5,2	4,3-6,2	3462	11,2	9,9-12,5	6017	8,2	7,4-9,0

KOAH'ın küresel prevalansının %10,3 olduğu ve KOAH'a bağlı olarak dünya çapında yılda yaklaşık üç milyon ölümün meydana geldiği tahmin edilmektedir (73). Türkiye'de ise solunum sistemi hastalıkları, %13,5 ile ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Bu ölümlerinin yüzde 4'ü KOAH nedeniyledir (66).

THSA 2017'de, nüfusun %3,6'sına bir hekim tarafından KOAH teşhisi konulmuştur; bu oran erkeklerde %3,1, kadınlarda ise %4,1'dir. Astım tanısında olduğu gibi, KOAH tanısı sıklığı da yaşla birlikte artmış, 15-29 yaş grubunda %1,8 iken yaşla uyumlu olarak bir artış gözlenmekle birlikte, 70 yaş ve üzeri grubunda %8,6 olarak bulunmuştur (45).

THSA 2023'te, şimdiye kadar bir hekim tarafından KOAH (amfizem, kronik bronşit) teşhisi konan bireylerin yüzdesi %4,4 iken; bu sıklık erkekler için %4,1 ve kadınlar için %4,8'dir. KOAH tanısı sıklığı, 15-29 yaş grubunda %1,8 iken, yaşla birlikte sıklık artış gözlenmekle birlikte, "≥70" yaş grubunda %11,5 olarak bulunmuştur (Tablo 59).

Tablo 59: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Hekim Tarafından Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Amfizem, Kronik Bronşit) Tanısı Konma Yüzdesi

	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	458	1,2	0,3-2,1	543	2,4	1,0-3,7	1001	1,8	0,9-2,6
30-44	564	2,4	1,1-3,7	962	2,7	1,6-3,8	1526	2,6	1,7-3,5
45-59	675	4,8	2,8-6,9	1002	5,5	4,1-7,0	1677	5,2	3,9-6,4
60-69	452	9,2	6,2-12,1	535	10,3	6,8-13,7	987	9,7	7,5-12,0
≥70	406	13,5	9,5-17,6	420	10,0	5,8-14,1	826	11,5	8,5-14,4
TOPLAM	2555	4,1	3,2-4,9	3462	4,8	3,9-5,6	6017	4,4	3,8-5,0

Son 12 ayda bir hekim tarafından kanser tanısı konma sıklığı %1,1 olup erkekler için %0,8 ve kadınlar için %1,4'tür. Kanser tanısı alma sıklığı, 15-29 yaş grubunda %0,3'ten, 60-69 yaş grubunda %3,5'e yükselmektedir ve genel olarak yaş arttıkça sıklık artmaktadır.

4.14.1. Sonuçlar

Astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kanser öyküsü ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Nüfusun %8,2'si önceden astım tanısı almıştır ve kadınlarda sıklık (%11,2) erkeklerden (%5,2) daha yüksektir.
- Nüfusun %4,4'ü önceden KOAH tanısı almıştır ve kadınlarda sıklık (%4,8) erkeklerden (%4,1) daha yüksektir.
- Nüfusun %1,1'i son 12 ayda kanser teşhisi konulmuştur ve kadınlarda kanser teşhisi alma sıklığı da (%1,4) erkeklerden (%0,8) daha yüksektir.
- Astım, KOAH ve kanser tanısı alma sıklığı yaşla birlikte artmaktadır.

4.15. Hayat Tarzı Önerileri

BOH'ı azaltmak ve/veya önlemek için önerilen çeşitli yaklaşımlar arasında DSÖ, maliyet etkili ve uygulanabilir, kanıta dayalı müdahaleleri tanımlamaktadır (74). Önerilen müdahalelerin amaçları arasında toplumda; tütün kullanımının azaltılması ya da hiç başlanmaması, fiziksel aktivite ile yeterli ve dengeli beslenmenin teşviki (tüketilen tuzun ve yağın azaltılması, günde en az beş porsiyon meyve ya da sebze tüketilmesini içerecek şekilde) yer almaktadır (15, 75).

Çalışmada, katılımcıların kendi vücut ağırlık algıları da sorgulanmıştır. Katılımcıların %8,1'i kendilerini zayıf, %53,3'ü normal, %31,3'ü fazla kilolu ve %6,5'i obez olarak tanımlamaktadır (Tablo 60). Düşük ve normal kilolu algılama erkeklerde fazla, kilolu ve obez algılama kadınlarda daha fazladır.

**Tablo 60:** Cinsiyete Göre Vücut Ağırlığı Algıları Dağılımı

Vücut ağırlığı algısı	Erkek		Kadın		Her iki cinsiyet	
	%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA
Zayıf	9,0	7,4-10,6	7,3	6,1-8,4	8,1	7,1-9,1
Normal kilolu	59,2	56,6-61,8	47,4	45,3-49,6	53,3	51,5-55,0
Fazla kilolu	27,1	24,9-29,3	35,3	33,3-37,4	31,3	29,7-32,8
Obez	4,3	3,4-5,2	8,6	7,5-9,8	6,5	5,7-7,2
Morbid obez	0,4	0,1-0,6	1,3	0,8-1,8	0,8	0,6-1,1

Ağırlık algısı yaş grupları arasında farklılık göstermektedir. Kilolarını düşük ve normal olarak algılayanların oranı, 15-29 yaş grubunda, sırasıyla %14,9 ve %59,1'den 45-59 yaş grubunda, sırasıyla %3,6 ve %46,5'e düşmüştür. Buna karşılık, kendisini kilolu olarak algılayanların sıklığı 15-29 yaş grubunda %22,2'den 45-59 yaş grubunda %38,9'a, kendisini obez olarak algılayanların sıklığı, 15-29 yaş grubunda %3,5'ten 45-59 yaş grubunda %9,8'e yükselmektedir.

Sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin olarak bir hekim veya sağlık çalışanından tavsiye alma sıklıkları aşağıda sunulmuştur:

- Sigarayı bırakma veya başlamama konusunda tavsiye alma sıklığı %16,5'tir (erkekler %20,0; kadınlar %13,1), bu sıklık 15-29 yaş grubunda %12,8 iken 45-59 yaş grubunda %21,8'e yükselmektedir.
- Diyetle tuzun azaltılması konusunda tavsiye alma sıklığı %23,6'dır (erkekler %22,0; kadınlar %25,2) bu sıklık 15-29 yaş grubunda %14,3 iken yaş ile birlikte artarak 70 yaş ve üzeri grupta %41,1'e yükselmektedir.
- Her gün en az beş porsiyon meyve ve/veya sebze yenmesi konusunda tavsiye alma sıklığı %19,0'dır (erkekler %18,0; kadınlar %19,9), bu sıklık 15-29 yaş grubunda %16,5 iken yaş ile birlikte artarak 70 yaş ve üzeri grupta %29,3 seviyesine yükselmektedir.
- Diyetle yağın azaltılması konusunda tavsiye alma sıklığı %23,0'dır (erkekler %21,6; kadınlar %24,4), bu sıklık 15-29 yaş grubunda %15,2 iken yaşla birlikte artarak 70 yaş ve üzeri grupta %35,8'e yükselmektedir.
- Fiziksel aktiviteye başlama veya daha fazla fiziksel aktivite yapma konusunda tavsiye alma sıklığı %28,0'dır (erkekler %24,8; kadınlar %31,1), bu sıklık 15-29 yaş grubunda %19,1 iken 60-69 yaş grubunda %38,8'e yükselmektedir.
- İdeal vücut ağırlığını koruma veya kilo verme konusunda tavsiye alma sıklığı %24,9'dur (erkekler %22,2; kadınlar %27,7) ve bu sıklık 15-29 yaş grubunda %15,7 iken 60-69 yaş grubunda %36,3'e yükselmektedir.

Son 12 ay içinde, sağlık çalışanları tarafından sağlıklı yaşam tarzı (sağlıklı beslenme, kilo verme, sigarayı bırakma ya da fiziksel aktivite) ile ilgili bir ya da daha fazla konuda danışmanlık ya da eğitim alanlar, nüfusun %46,9'unu oluşturmaktadır; bu sıklık erkekler için %45,2 ve kadınlar için %48,5'dir. Tavsiye alma sıklığı yaşla birlikte artmakta ve 15-29 yaş grubunda %37,0 iken 60-69 yaş grubunda %62,6'ya yükselmektedir.

4.15.1. Sonuçlar

Yaşam tarzı önerileri ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Kendini zayıf ve normal olarak algılama erkeklerde, fazla kilolu ve obez algılama kadınlarda daha yüksektir.

- Hekim ya da sağlık çalışanı tarafından;
 - ◆ Her yedi kişiden birine "sigarayı bırakma veya başlamama",
 - ◆ Her dört kişiden yaklaşık birine "diyetle tuzun azaltılması",
 - ◆ Her beş kişiden yaklaşık birine "her gün en az beş porsiyon meyve ve/veya sebze yenmesi",
 - ◆ Her dört kişiden yaklaşık birine "diyetle yağın azaltılması",
 - ◆ Her dört kişiden birine, "fiziksel aktiviteye başlama veya daha fazla fiziksel aktivite yapma",
 - ◆ Her dört kişiden yaklaşık birine "ideal vücut ağırlığını koruma veya kilo verme"

konularında tavsiye verilmiştir.

Genel olarak erkeklere "sigarayı bırakma veya başlamama" konusunda daha fazla öneride bulunulurken, diğer konularda (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) kadınlara tavsiye verilmektedir. Nüfusun beşte ikisi (%46,9-erkekler için %45,2 ve kadınlar için %48,5) son 12 ay içinde sağlık çalışanlarından sağlıklı yaşamla ilgili bir veya daha fazla konuda danışmanlık veya eğitim almıştır.

4.16. Seçilmiş Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Risk Faktörlerinin Olumsuz Sağlık Etkilerinin Farkındalığı

Tütün önlenabilir ölümlerin en önemli nedenlerinden biridir. Tütün kullanımı, KDH, kronik solunum yolu hastalığı, kanser ve diyabet dâhil olmak üzere önemli bir morbidite nedenidir. 2020 yılında dünya nüfusunun %22,3'ünün tütün kullanmaktadır (erkeklerde %36,7; kadınlarda %7,8) ve tütün kullanımı her yıl 8 milyondan fazla insanın ölümüne neden olmaktadır (75). Küresel olarak, 15 yaş ve üzeri kişiler arasında mevcut tütün kullanımının yaşa göre standardize edilmiş 2020 yılında %22,3'tür. Yaşa göre standardize edilmiş mevcut tütün kullanım yaygınlığı, dünya genelinde erkekler arasında kadınlardan daha yüksektir. Küresel düzeyde erkek/kadın oranı 2000 yılında 3,0 iken 2020 yılında 4,7'ye yükselmiş ve erkekler arasında kadınlara kıyasla daha yavaş bir azalmaya işaret etmiştir (62).

Fiziksel olarak aktif olmayanlar, haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapanlara göre daha yüksek ölüm riskine sahiptir (19). Fiziksel aktivitenin vücut yağ oranını azalttığı, KDH ve metabolik hastalık riskini azalttığı, kemik sağlığını iyileştirdiği ve anksiyete ve depresyon belirtilerini azalttığı gösterilmiştir (21).

Yaşa göre standardize edilmiş obezite prevalansı 18 yaş ve üzeri yetişkinler arasında 1970'lerden bu yana artmaktadır. Dünya genelinde yetişkin obezite oranı 2016 yılında %13,1'dir. Diğer birçok sağlık riskinin aksine, obezitenin yaygınlığı yetişkin kadınlar arasında erkeklerden daha yüksektir. Küresel olarak, yaşa göre standardize edilmiş obezite prevalansının kadın-erkek oranı 2016 yılında 1,4'dür ve erkek obezitesinde daha hızlı bir artış mevcuttur (62). Türkiye'de ise kadınlarda fazla kilolu ve obez oranı %55,2 iken erkeklerde %57,6 olarak saptanmıştır (49).

Seçilmiş BOH risk faktörlerinin olumsuz sağlık etkilerinin farkındalığı herhangi bir BOH risk faktörünün iki veya daha fazla olumsuz sağlık etkisini belirtenlerin yüzdesi ile değerlendirilmiştir. Katılımcılar arasında en yüksek farkındalık %84,0 ile tütün kullanımına ilişkin iken, en düşük farkındalık %36,7 ile düşük meyve ve/veya sebze tüketiminin sağlığa olumsuz etkilerine ilişkindir (Tablo 61).

**Tablo 61:** Seçilmiş BOH Risk Faktörleri İçin İki ya da Daha Fazla Olumsuz Sağlık Etkisi Bilen Erişkinlerin Yüzdesi

BOH risk faktörleri	Erkek		Kadın		Her iki cinsiyet	
	%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA
Tütün ve tütün mamulleri kullanımı	85,6	83,9-87,4	82,5	80,6-84,3	84,0	82,6-85,4
Tuzlu diyet	75,2	72,9-77,4	74,9	72,8-76,9	75,0	73,4-76,7
Yetersiz meyve ve/veya sebze tüketimi	38,1	35,5-40,7	35,4	32,9-37,9	36,7	34,7-38,7
Fiziksel inaktivite	59,4	56,8-62,0	59,2	56,7-61,7	59,3	57,3-61,3
Yüksek yağlı diyet	65,8	63,1-68,4	64,9	62,5-67,4	65,4	63,4-67,3
Alkol kullanımı	83,2	81,1-85,2	80,9	78,9-82,8	82,0	80,4-83,6
Madde bağımlılığı	84,4	82,4-86,4	80,4	78,5-82,4	82,4	80,8-84,0

Her bir risk faktörünün iki veya daha fazla olumsuz sağlık etkilerini bilme yüzdeleri Tablo 61 ve 62'de sunulmuştur;

- Tütün ve tütün mamulleri kullanımının olumsuz sağlık etkisini bilme sıklığı %84,0'tür (erkekler %85,6; kadınlar %82,5) bu sıklık 15-29 yaş grubunda %86,1 iken 70 yaş ve üzeri grubunda %76,5'e düşmektedir.
- Tuzlu diyetin olumsuz sağlık etkisini bilme sıklığı %75,0'dır (erkekler %75,2; kadınlar %74,9). Bu farkındalık düzeyi 45-59 yaş grubunda %76,2 iken 70 yaş ve üzeri grubunda %68,9'a düşmektedir.
- Yetersiz meyve ve/veya sebze tüketiminin olumsuz sağlık etkisini bilme sıklığı %36,7'tür (erkekler %38,1; kadınlar %35,4), bu bilinç 45-59 yaş grubunda %38,5 iken 60-69 yaş grubunda %31,4'e düşmektedir.
- Yetersiz fiziksel aktivitenin olumsuz sağlık etkisini bilme sıklığı %59,3'dür (erkekler %59,4; kadınlar %59,2). Bu sıklık 30-44 yaş grubunda %60,7 iken ≥70 yaş grubunda %54,5'e düşmektedir.
- Yüksek yağlı diyetin olumsuz sağlık etkisini bilme sıklığı %65,4'tür (erkekler %65,8; kadınlar %64,9); yaşla birlikte azalan bu farkındalık 15-29 yaş grubunda %67,3 iken 70 yaş ve üzeri grubunda %60,7'ye düşmektedir.
- Alkol tüketiminin olumsuz etkisini bilme sıklığı %82,0'dır (erkekler %83,2; kadınlar %80,9), bu bilinç 15-29 yaş grubunda %85,7 iken 70 yaş ve üzeri grubunda %74,7'ye düşmektedir.
- Madde bağımlılığının olumsuz sağlık etkisini bilme sıklığı %82,4'tür (erkekler %84,4; kadınlar %80,4), yaşla birlikte azalan madde bağımlılığının olumsuz sağlık etkilerini belirtme 15-29 yaş grubunda %88,3 iken 70 yaş ve üzeri grubunda %72,3'e düşmektedir.

Farklı risk faktörlerinin iki veya daha fazla olumsuz sağlık etkisini belirtme açısından cinsiyet farkı bulunmamıştır.

Tablo 62: Yaş Gruplarına Göre Seçilmiş BOH Risk Faktörlerinin İki ya da Daha Fazla Olumsuz Sağlık Etkisini Bilen Erişkinlerin Yüzdesi

Yaş Grubu (yıl)	Riskli Davranışlar (%)							
	N	Tütün ve tütün mamulleri kullanımı	Tuzlu diyet	Düşük meyve ve/veya sebze tüketimi	Fiziksel inaktivite	Yüksek yağlı diyet	Alkol kullanımı	Madde bağımlılığı
15-29	1001	86,1	76,2	37,8	58,9	67,3	85,7	88,3
30-44	1526	84,2	74,3	37,1	60,7	65,5	81,7	81,8
45-59	1677	84,9	76,2	38,5	59,8	64,9	81,3	80,8
60-69	987	81,7	75,7	31,4	58,9	64,0	79,7	78,8
≥70	826	76,5	68,9	33,2	54,5	60,7	74,7	72,3
TOPLAM	6017	84,0	75,0	36,7	59,3	65,4	82,0	82,4

4.16.1. Sonuçlar

Türkiye'de 15 yaş ve üstü nüfusta;

- Beş kişinin dördünden fazlası tütün içmenin,
- Dört kişiden üçü tuzlu diyetin,
- Üç kişiden yaklaşık ikisi düşük meyve ve/veya sebze tüketiminin,
- Beş kişiden yaklaşık üçü fiziksel hareketsizliğin,
- Üç kişiden yaklaşık ikisi yüksek yağlı diyetlerin,
- Beş kişiden dörtten fazlası alkol tüketiminin ve madde bağımlılığının

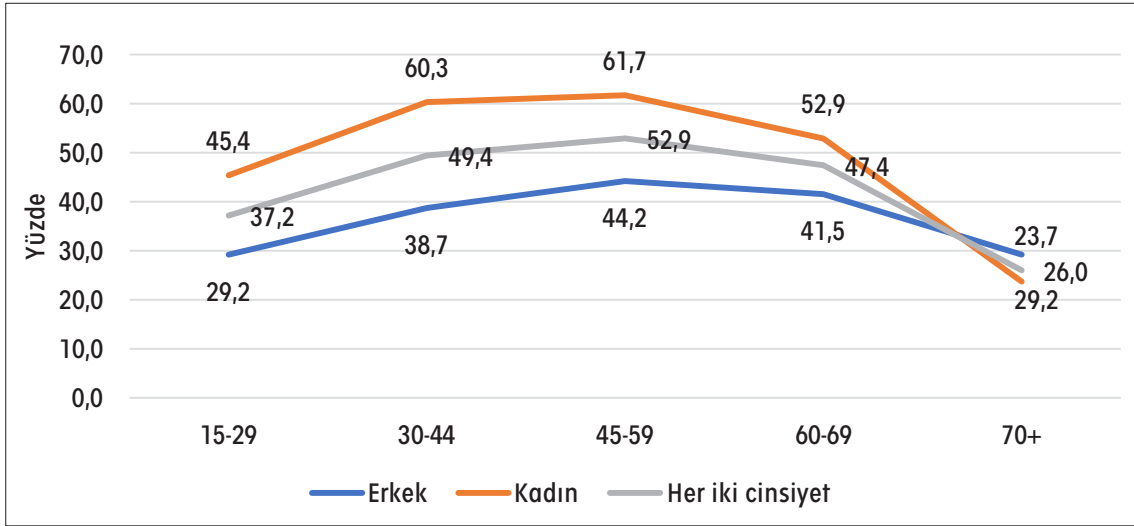
iki veya daha fazla olumsuz sağlık etkisini belirtebilmektedir.

4.17. Kanser Tarama Testleri

Meme kanseri sıklıkla kadınlarda görülse de, nadiren erkekler de etkilenebilir (63). Bir kadın için yaşam boyu meme kanseri teşhisi konma riski yaklaşık 1/8'dir. Meme kanseri risk faktörleri arasında hormon tedavisi, kilo ve fiziksel inaktivite, ırk, 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, siyah ırk, sağlıksız diyet, düşük egzersiz, diyabet ve ailede kolorektal kanser öyküsü bulunmaktadır (67). Serviks kanseri kadın üreme sisteminin bir kanseridir. İnsan papillomavirüsü (HPV) enfeksiyonu, sigara içme, immün yetmezlik, yoksulluk, PAP taramasına erişimin olmaması ve aile öyküsü serviks kanseri için risk faktörleri arasında yer almaktadır.

Kanser taramalarının Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) ve Kanseri Erken Tanı Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) ücretsiz olduğunu duyanlar nüfusun %44,6'sıdır (erkeklerde %36,8, kadınlarda %52,3).

THSA 2017'de, ASM ve KETEM'lerde kanser taraması yapıldığını duyanların oranı 15-29 yaş grubunda %34,8 iken 45-59 yaş grubunda %50,0'a yükselmiş ve düşüş göstermiştir (45).



Grafik 5: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre ASM ya da KETEM'lerde Ücretsiz Kanser Taraması Yapıldığından Haberdar Olma Yüzdesi

THSA 2023 çalışma sonuçlarına göre kanser taramalarının ASM ve KETEM'de ücretsiz olduğunu bilme sıklığı 45-59 yaş grubunda %52,9 iken 70 yaş ve üzeri grubunda %26,0'a düşmektedir (Grafik 5).

50-70 yaş arası her beş katılımcıdan üçü hiç gaitada gizli kan testi yaptırmamıştır.

50-70 yaş grubunda son 10 yılda kolonoskopi yapılanlar grubun %16,0'ıdır ve bu sıklık erkeklerde %14,8 iken kadınlarda %17,1'dir.

40-69 yaş kadınların %56,5'i mamografi, 30-65 yaş kadınların %54,1'i serviks kanseri taraması yaptırmıştır.

4.17.1. Sonuçlar

Kanser tarama testleri ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Beş kişiden ikisi kanser taramalarının ücretsiz olduğunu duymuştur. Erkeklerin farkındalığı (%36,8) kadınlarınkinden (%52,3) daha düşüktür.
- 50-70 yaş grubunda her beş kişiden üçü gaitada gizli kan testi yaptırmamıştır.
- Son on yılda, 50-70 yaş grubunda her dokuz kişiden yaklaşık ikisine kolonoskopi yapılmıştır.
- 40-69 yaş grubundaki beş kadından yaklaşık üçü mamografi yaptırmıştır.
- 30-65 yaş grubundaki kadınların yaklaşık yarısına hiç serviks kanseri taraması yapılmamıştır.

4.18. Kazalar ve Yaralanmalar

Türkiye'de hastalık yükünün %7'sini yaralanmalar oluşturmaktadır ve erkeklerde toplam DALY kadınların iki katı daha yüksektir (76). THSA 2017'de nüfusun %3,9'u (erkeklerde %5,4; kadınlarda %2,4) son 12 ayda kaza sonucu yaralanmışlardır ve yaralanma sıklığı 15-29 yaş grubu erkeklerde (%7,5) en yüksek değere ulaşmıştır (45). THSA 2023 araştırma sonuçlarına göre ise nüfusun %4,4'ü son 12 ayda kaza sonucu yaralanmışlardır ve yaralanma sıklığı erkeklerde (%5,6), kadınlardan (%3,3) yüksektir. Son 12 aydaki kazalarda en yüksek yaralanma sıklığı 15-29 yaş grubu erkeklerdedir (%8,3).

Son 12 ayda bir kaza sonucu yaralananların %26,3'ü trafik kazaları, %37,6'sı ev içi kazalar, %16,0'ı meslek/iş kazaları ve %21,2'si ise diğer kaza türlerinden kaynaklanmaktadır (Tablo 63).

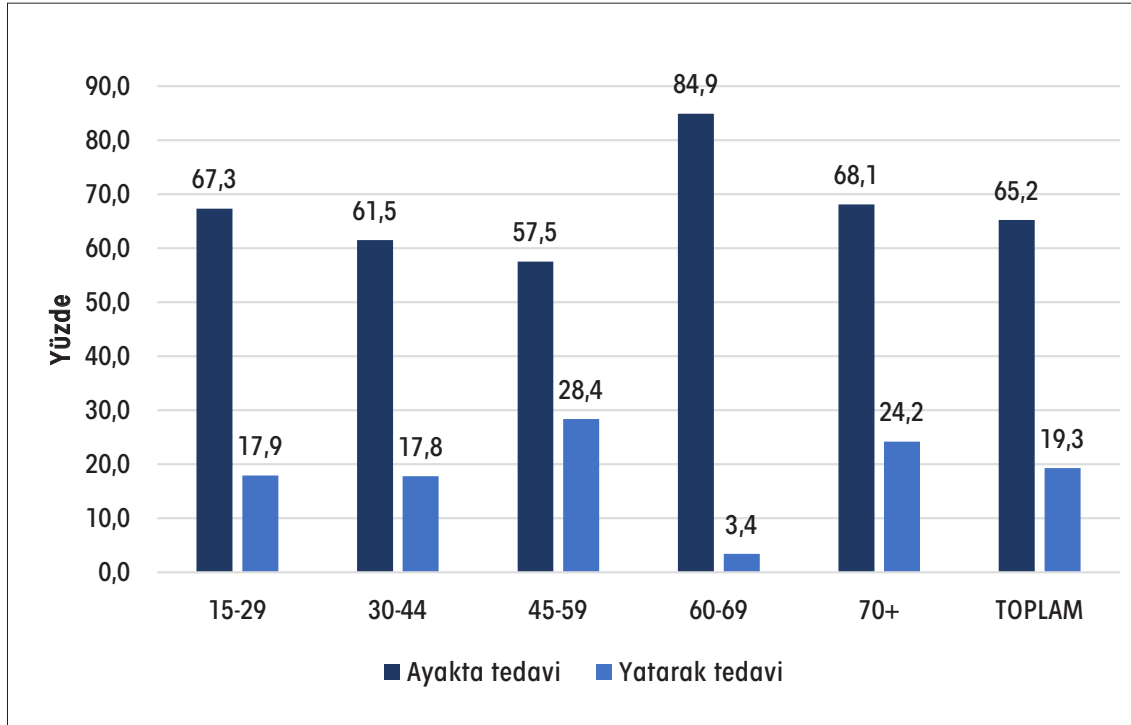
Tablo 63: Son 12 Ay İçerisinde Bir Kaza Sonucu Yaralananların Nedenlerine ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımlarının Yüzdesi

Kaza türleri	Erkek ¹		Kadın ²		Her iki cinsiyet ³	
	%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA
Trafik kazaları	30,9	20,5-41,4	18,6	10,2-27,1	26,3	19,0-33,7
Ev içi kazalar	24,8	16,8-32,7	59,2	48,2-70,3	37,6	30,4-44,8
Meslek /iş kazaları	20,8	12,5-29,0	7,9	1,4-14,5	16,0	10,2-21,7
Diğer	24,7	14,5-34,9	15,2	7,4-23,0	21,2	14,0-28,3

¹N=131²N=113³N=244

Son 12 ayda bir kaza sonucu yaralanan kişilerin %65,2'si ayakta tedavi görmüştür (kadın ve erkekler için de aynı değer bulunmuştur). Yatarak tedavi görme sıklığı ise %19,3 iken, erkeklerde %19,5 ve kadınlar da %18,8'dir.

Son 12 ayda bir kaza sonucu yaralananların ayakta veya yatarak tedavi alma durumları yaş grupları arasında farklılık göstermektedir. 15-29 yaş grubu bireylerin %67,3'ü ayakta tedavi almıştır. Bu sıklık, 60-69 yaş grubunda %84,9'a yükselmektedir. Öte yandan, son 12 ayda bir kaza sonucu yaralanan 15-29 yaş grubu bireylerin %17,9'u yatarak tedavi görürken, 45-59 yaş grubunda bu sıklık %28,4'e yükselmektedir (Grafik 6).

**Grafik 6:** Yaş Gruplarına Göre Son 12 Ayda Kaza Sonucu Yaralananların Ayakta veya Yatarak Tedavi Alma Durumlarının Dağılımı (%)

4.18.1. Sonuçlar

Kazalar ve yaralanmalar ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Son 12 ayda bir kaza sonucu yaralanma sıklığı %4,4'tür.



- Bu yaralanmaların %26,3'ünden trafik kazaları, %37,6'sından ev kazaları, %16,0'ından meslek kazası/iş kazaları ve %21,2'sinden diğer kaza türleri sorumludur.
- Yaralanan her 10 kişiden 8'i ayakta veya yatarak tedavi almıştır.
- Cinsiyetler arasında yaralanma sıklığı, yaralanma nedenleri ve bu yaralanmalar için alınan tıbbi bakım çeşitleri bakımından farklılıklar bulunmaktadır. Son 12 ayda meydana gelen 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 almışlardır.

4.19. Ayakta ya da Yatarak Tedavi

2017 çalışmasında, son 12 ayda hipertansiyon, KDH, inme, diyabet, kanser, kronik obstrüktif solunum yolu hastalığı veya astım tedavisi sebebiyle hastaneye başvuru oranı %30,3 bulunmuştur ve başvuru sıklığı erkeklerle (%28,8) kadınlarda (%31,4) benzerdir. Çalışmada, yukarıda sayılan nedenlerle hastaneye başvurma sıklığı 15-29 yaş grubunda %15,9'dan, 70 yaş ve üzeri grubunda %39,7'ye yükselmiştir ve yaşla birlikte artmaktadır (45).

Bu çalışmada ise son 12 ayda benzer nedenlerle hastaneye başvuru %34,0'dır (erkeklerde %33,7; kadınlarda %34,2) ve yaşla birlikte artmaktadır (15-29 yaş grubu için %15,5; ≥70 yaş grubu için %40,6) (Tablo 64).

Tablo 64: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre, Son 12 Ayda Hipertansiyon, KDH, İnme, Diyabet, Kanser, Kronik Obstrüktif Solunum Yolu Hastalığı veya Astım Tedavisi Sebebiyle Hastaneye Başvurma Yüzdesi

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	41	20,6	7,4-33,8	85	13,0	5,6-20,3	126	15,5	8,9-22,1
30-44	104	19,9	11,8-27,9	242	27,2	20,6-33,7	346	23,9	18,8-29,0
45-59	300	36,8	30,6-42,9	568	37,4	32,5-42,3	868	37,1	33,1-41,1
60-69	296	38,1	31,0-45,2	408	42,4	36,0-48,8	704	40,5	35,6-45,3
≥70	305	42,9	36,0-49,8	350	39,0	32,1-45,8	655	40,6	35,5-45,7
TOPLAM	1046	33,7	30,2-37,3	1653	34,2	31,1-37,2	2699	34,0	31,5-36,4

Son 12 ayda hipertansiyon, KDH, inme, diyabet, kanser, kronik obstrüktif solunum yolu hastalığı veya astım tedavisi için hastaneye başvuranların %79,4'ü ayakta tedavi görmüştür; ayakta tedavi görme erkeklerde (%75,4) kadınlardan (%82,5) düşüktür. Yukarıda sayılan nedenlerle hastaneye başvuranların %10,5'i 24 saatten daha az süre hizmet almışlardır. 24 saatten az süreli hizmet alma erkeklerde %8,6 ve kadınlarda %12,0'dır. Hastaneye başvuranların yüzde 13,3'ü ise 24 saatten daha uzun süreli bakım almıştır. 24 saatten uzun süreli bakım alma sıklığı erkeklerde %18,2 ve kadınlarda %9,6'dır (Tablo 65).

Tablo 65: Son 12 Ay İçinde Hipertansiyon, KDH, Felç, Diyabet, Kanser, Kronik Obstrüktif Solunum Yolu Hastalığı veya Astım Tedavisi İçin Hastaneye Başvuru ve Alınan Hizmet Dağılımı

Yaş grubu (yıl)	Ayakta tedavi hizmeti alanlar (%)								
	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	8	65,3	32,5-98,2	12	80,7	59,4-100,0	20	73,9	54,7-93,0
30-44	21	72,3	52,4-92,2	66	86,7	78,2-95,2	87	81,4	72,1-90,6
45-59	109	84,2	77,1-91,4	209	81,5	74,1-88,8	318	82,7	77,5-87,9
60-69	108	74,9	61,8-88,0	178	81,8	75,0-88,5	286	78,8	72,0-85,7
≥70	129	64,0	54,6-73,5	128	82,6	74,8-90,4	257	74,7	68,4-81,0
TOPLAM	375	75,4	69,8-81,0	593	82,5	78,5-86,5	968	79,4	76,0-82,8
Yaş grubu (yıl)	24 saatten daha az süre hizmet alanlar (%)								
	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	8	24,5	0,0-54,5	12	9,2	0,0-26,4	20	16,0	0,0-32,6
30-44	21	13,8	0,0-28,6	66	13,4	4,4-22,4	87	13,5	5,6-21,5
45-59	109	5,3	1,0-9,5	209	13,1	6,5-19,7	318	9,6	5,4-13,8
60-69	108	8,0	2,4-13,7	178	10,5	5,3-15,7	286	9,4	5,6-13,3
≥70	129	9,2	3,1-15,4	128	11,6	5,4-17,7	257	10,6	6,3-14,8
TOPLAM	375	8,6	5,1-12,2	593	12,0	8,7-15,3	968	10,5	8,1-13,0
Yaş grubu (yıl)	24 saatten daha fazla süre hizmet alanlar (%)								
	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	8	10,1	0,0-29,3	12	10,1	0,0-24,0	20	10,1	0,0-21,6
30-44	21	18,7	1,4-36,1	66	3,7	0,0-7,8	87	9,3	2,2-16,4
45-59	109	11,1	4,6-17,6	209	10,6	5,5-15,7	318	10,8	6,7-14,9
60-69	108	20,3	7,8-32,8	178	11,4	5,9-17,0	286	15,2	8,8-21,6
≥70	129	29,9	20,6-39,2	128	9,5	3,9-15,0	257	18,2	12,7-23,7
TOPLAM	375	18,2	13,1-23,3	593	9,6	6,8-12,4	968	13,3	10,4-16,1

4.19.1. Sonuçlar

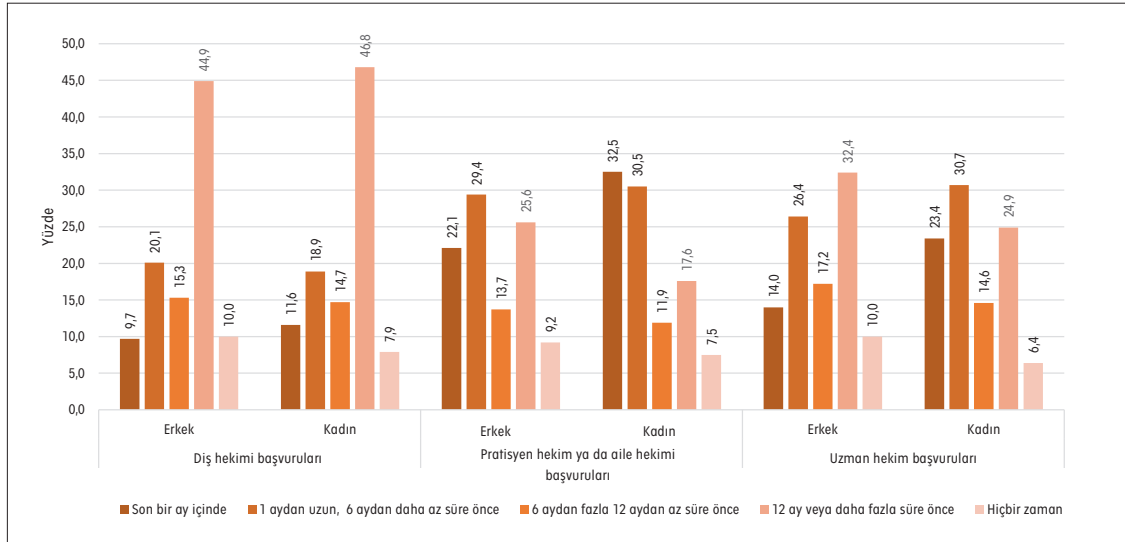
Ayakta veya yatarak bakım alma ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Her üç kişiden 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 yaklaşık 5 kişiden 4'ü ayakta tedavi hizmeti almıştır.

4.20. Ayakta Tanı, Tedavi ve Evde Bakım

Ayakta tanı, tedavi ve evde bakım; farklı sağlık profesyonellerine başvurular üzerinden değerlendirilmiştir. Nüfusun %8,9'unun hiç diş hekimine başvurmadığı, %10,6'sının ise son bir ay içinde diş hekimine başvurduğu görülmüştür. Toplumun %8,4'ünün hiç pratisyen hekim/aile hekimine başvurmadığı %27,3'ünün ise son bir ay içinde bir pratisyen hekim/aile hekimine başvurduğu tespit edilmiştir. Ayrıca nüfusun %8,2'sinin hiç uzman hekime başvurmadığı da bulgular arasındadır.

Cinsiyete göre katılımcıların sağlık personeline başvuru sıklığı Grafik 7'de verilmiştir.



Grafik 7: Cinsiyete Göre Katılımcıların Sağlık Profesyoneline Başvuru Yüzdesi

Sağlık hizmeti sunucularına başvuru yaş grupları arasında farklılık göstermektedir. 15-29 yaş grubundakilerin %14,1'i diş hekimine hiç başvurmamıştır. Diş hekimine başvurmama diğer yaş gruplarında benzerdir ve on kişiden biri diş hekimine hiç başvurmamıştır. 15-29 yaş grubundakilerin %10,6'sı pratisyen hekim/aile hekimine, %12,8'i uzman hekime hiç başvurmamıştır. Pratisyen hekim/aile hekimine veya uzman hekime başvurmama yaşla birlikte azalmakta ve 70 yaş ve üzeri grubunda en düşük değeri almaktadır (sırasıyla %5,3 ve %2,6).

Sağlık profesyonellerine başvuru yaşla birlikte artmaktadır. 15-29 yaş grubundakilerin %12,6'sı son bir ay içinde bir diş hekimine başvurmuştur. Bu yaş grubundakilerin %18,6'sı pratisyen hekim/aile hekimine ve %18,2'si uzman hekime aynı dönemde başvurmuştur. Son bir ay içinde 70 yaş ve üzeri grubundakilerin %4,6'sı diş hekimine, %43,7'si pratisyen hekim/aile hekimine ve %20,7'si uzman hekime başvurmuştur (Tablo 66).

Tablo 66: Yaş Grubuna Göre Son Bir Ayda Bir Sağlık Profesyoneline Başvuru Yüzdesi

Yaş Grubu (yıl)	N	Diş Hekimi		Pratisyen veya Aile Hekimi		Uzman Hekim	
		%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA
15-29	1001	12,6	10,1-15,0	18,6	15,8-21,4	18,2	15,3-21,0
30-44	1526	12,1	10,3-13,9	21,8	19,3-24,3	17,5	15,3-19,7
45-59	1677	9,4	7,7-11,0	32,8	30,0-35,5	18,9	16,7-21,2
60-69	987	8,7	6,7-10,8	42,3	38,4-46,2	21,8	18,5-25,1
≥70	826	4,6	3,0-6,3	43,7	39,3-48,2	20,7	16,9-24,5
TOPLAM	6017	10,6	9,6-11,7	27,3	25,8-28,8	18,7	17,4-20,0

Çalışma bulgularına göre son bir ay içinde bir pratisyen hekim/aile hekimine başvuranların ortalama ziyaret sayıları 1,5'tir ve erkeklerle (1,4 kez) kadınlarda (1,5 kez) yakındır.

Tablo 67: Yaş Grubuna Göre Son Bir Ayda Ortalama Hekime Başvuru Sayısı

Yaş Grubu (yıl)	Erkek		Kadın		Her iki cinsiyet	
	Pratisyen veya Aile Hekimi	Uzman Hekim	Pratisyen veya Aile Hekimi	Uzman Hekim	Pratisyen veya Aile Hekimi	Uzman Hekim
15-29	1,6	1,4	1,5	1,4	1,6	1,4
30-44	1,4	1,4	1,5	1,3	1,4	1,4
45-59	1,5	1,4	1,5	1,4	1,5	1,4
60-69	1,3	1,6	1,4	1,4	1,3	1,5
≥70	1,3	1,4	1,8	1,3	1,6	1,3
TOPLAM	1,4	1,4	1,5	1,4	1,5	1,4

4.20.1. Sonuçlar

Ayakta tanı, tedavi ve evde bakım ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Yaklaşık sekiz kişiden birisi hiç diş hekimine başvurmamıştır, bununla beraber yarından fazlası son 12 ayda muayene olmuşlardır.
- Nüfusun %8,4'ü hiç pratisyen hekim/aile hekimine başvurmamıştır, bununla beraber yaklaşık %59,9'u son 6 ayda muayene olmuşlardır.
- Son dört haftada pratisyen hekim/aile hekimine başvuranların ortalama ziyaret sayısı 1,5 iken uzman hekime başvuruların 1,4'tür.
- Yaklaşık her 10 kişiden biri uzman bir hekimi hiç ziyaret etmemiştir.

4.21. Fiziksel Ölçümler

BOH için risk faktörü olan tansiyon yüksekliği, kan basıncı ölçümleri ile değerlendirilmiştir. 2017 çalışmasında nüfusun (hâlen kan basıncı yüksekliği için ilaç kullananlar da dâhil) ortalama sistolik kan basıncı (SKB) 123,0 mmHg (erkeklerde 125,3 mmHg; kadınlardan 120,8 mmHg) olarak bulunmuştur. Sistolik kan basıncı yaşla birlikte artmakta ve 15-29 yaş grubunda 117,3 mmHg'dan 70 yaş ve üzeri grubunda 139,9 mmHg'ya yükselmektedir (45).

2023 çalışmasında nüfusun (hâlen kan basıncı yüksekliği için ilaç kullananlar da dâhil) ortalama sistolik kan basıncı (SKB) 120,3 mmHg olarak bulunmuştur. Ortalama sistolik kan basıncı (SKB) erkeklerde (123,4 mmHg), kadınlardan (117,2 mmHg) yüksektir. Sistolik kan basıncı (SKB) yaşla birlikte artmakta ve 15-29 yaş grubunda 111,4 mmHg'dan 70 yaş ve üzeri grubunda 135,1 mmHg'ya yükselmektedir (Tablo 68).

Tablo 68: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Ortalama Sistolik Kan Basıncı Değerleri (mmHg)

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15-29	366	115,9	114,2-117,6	458	106,7	104,7-108,8	824	111,4	110,0-112,8
30-44	457	120,5	118,9-122,1	859	111,2	109,9-112,6	1316	115,9	114,7-117,0
45-59	577	128,7	127,2-130,3	907	123,9	122,5-125,3	1484	126,3	125,3-127,4
60-69	412	132,9	130,7-135,2	502	132,5	130,4-134,6	914	132,7	131,1-134,3
≥70	359	136,9	134,5-139,3	381	133,7	130,3-137,1	740	135,1	132,9-137,3
TOPLAM	2171	123,4	122,5-124,4	3107	117,2	116,2-118,3	5278	120,3	119,6-121,1

2017 çalışmasında nüfusun ortalama DKB 78,4 mmHg olarak bulunmuştur ve yaşla birlikte artmaktadır (45).

Nüfusun (hâlen kan basıncı yüksekliği için ilaç kullananlar da dâhil) ortalama diyastolik kan basıncı (DKB) 77,9 mmHg olarak bulunmuştur. Ortalama diyastolik kan basıncı (DKB) erkeklerle (77,8 mmHg), kadınlarda (78,0 mmHg) yüksektir. Diyastolik kan basıncı (DKB) yaşla birlikte artmakta ve 15-29 yaş grubunda 74,0 mmHg'dan 45-59 yaş grubunda 81,5 mmHg'ya yükselmektedir (Tablo 69).

Tablo 69: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Ortalama Diyastolik Kan Basıncı Değerleri (mmHg)

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15-29	366	73,7	72,5-74,9	458	74,3	72,9-75,7	824	74,0	73,1-74,9
30-44	457	78,3	77,2-79,4	859	77,2	76,5-78,0	1316	77,8	77,1-78,5
45-59	577	81,6	80,6-82,7	907	81,4	80,6-82,2	1484	81,5	80,9-82,2
60-69	412	80,0	78,6-81,5	502	80,8	79,6-81,9	914	80,4	79,5-81,3
≥70	359	77,7	76,3-79,1	381	80,1	78,4-81,8	740	79,1	77,9-80,3
TOPLAM	2171	77,8	77,2-78,5	3107	78,0	77,4-78,6	5278	77,9	77,5-78,4

2017'de yapılan çalışmada hipertansiyon saptananlar yada kan basıncı yüksekliği sebebiyle ilaç kullananlar iki farklı biçimde yer almaktadır. Nüfusun %27,7'sinin SKB ≥ 140 mmHg ve/veya DKB ≥ 90 mmHg'dir. Nüfusun %17,1'ini ise SKB ≥ 160 mmHg ve/veya DKB ≥ 100 mmHg olanlar oluşturmaktadır. Kan basıncı yüksekliği sebebiyle ilaç kullananlar ile hipertansiyon saptananlar (SKB ≥ 140 mmHg ve/veya DKB ≥ 90 mmHg), 15-29 yaş grubunda %11,2'den 70 yaş ve üzeri grubunda %73,0'a yükselmektedir. SKB ≥ 160 mmHg ve/veya DKB ≥ 100 mmHg olanlar (kan basıncı yüksekliği sebebiyle ilaç kullananlar dâhil), 15-29 yaş grubunda %5,5'den, 70 yaş ve üzeri grubunda %58,0'a yükselmektedir. Her iki grupta da değerler yaşla birlikte artmaktadır (45).

THSA 2023 çalışmasında hipertansiyon saptananlar yada kan basıncı yüksekliği sebebiyle ilaç kullananlar değerlendirilmiştir. SKB ≥ 140 mmHg ve/veya DKB ≥ 90 mmHg olanlar nüfusun %27,4'ünü, SKB ≥ 160 mmHg ve/veya DKB ≥ 100 mmHg olanlar ise nüfusun %18,5'ini oluşturmaktadır. Hipertansiyon saptananlar (kan basıncı yüksekliği sebebiyle ilaç kullananlar dahil) arasında SKB ≥ 140 mmHg ve/

veya DKB ≥ 90 mmHg olanlar, 15-29 yaş grubunda %6,2 iken 70 yaş ve üzeri grupta %76,9'a; SKB ≥ 160 mmHg ve/veya DKB ≥ 100 mmHg olanlar, 15-29 yaş grubunda %1,7 iken 70 yaş ve üzeri grupta %67,5'e yükselmektedir (Tablo 70, 71).

Tablo 70: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Yüksek Kan Basıncına Sahip Olan (SKB ≥ 140 mmHg ve/veya DKB ≥ 90 mmHg) veya Hâlihazırda Yüksek Kan Basıncı İçin İlaç Kullananların Yüzdeleri

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	366	6,1	3,4-8,8	458	6,2	3,6-8,8	824	6,2	4,3-8,0
30-44	457	16,4	12,5-20,3	859	12,0	9,3-14,6	1316	14,2	11,8-16,6
45-59	577	37,3	32,5-42,0	907	38,7	35,0-42,4	1484	38,0	34,9-41,1
60-69	412	58,3	51,8-64,7	503	65,8	60,3-71,3	915	62,2	57,8-66,5
≥ 70	359	71,4	65,8-77,0	381	80,9	75,7-86,1	740	76,9	73,1-80,7
TOPLAM	2171	26,2	23,8-28,6	3108	28,6	26,6-30,7	5279	27,4	25,8-29,0

Tablo 71: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Yüksek Kan Basıncına Sahip Olan (SKB ≥ 160 mmHg ve/veya DKB ≥ 100 mmHg) veya Hâlihazırda Yüksek Kan Basıncı İçin İlaç Kullananların Yüzdeleri

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	366	1,9	0,4-3,5	458	1,5	0,4-2,6	824	1,7	0,8-2,7
30-44	457	7,0	4,1-9,9	859	5,5	3,6-7,3	1316	6,2	4,5-8,0
45-59	577	24,3	19,8-28,8	907	25,7	22,4-28,9	1484	25,0	22,1-27,8
60-69	412	42,3	36,0-48,7	503	53,2	47,2-59,2	915	47,9	43,4-52,5
≥ 70	359	60,8	54,7-66,9	381	72,4	66,0-78,7	740	67,5	63,0-72,0
TOPLAM	2171	16,8	14,9-18,7	3108	20,3	18,5-22,0	5279	18,5	17,2-19,9

Kan basıncı yüksekliği saptananlar (SKB ≥ 140 mmHg ve/veya DKB ≥ 90 mmHg) nüfusun %14,3'ünü oluşturmaktadır (erkeklerde %15,6, kadınlarda %13,0). Yüksek kan basıncı sebebiyle ilaç kullananlar hariç olmak üzere kan basıncı yüksekliği saptananlar (SKB ≥ 140 mmHg ve/veya DKB ≥ 90 mmHg), 15-29 yaş grubunda %5,4 iken 70 yaş ve üzeri grupta %40,2'ye yükselmekte ve genel olarak yaşla birlikte artmaktadır.

Benzer şekilde SKB ≥ 160 mmHg ve/veya DKB ≥ 100 mmHg olanlar (kan basıncı yüksekliği sebebiyle ilaç kullananlar hariç), nüfusun %3,8'ini oluşturmaktadır (erkeklerde %4,8, kadınlarda %2,8). Bu değerler 15-29 yaş grubunda %0,9 iken 70 yaş ve üzeri grubunda %15,8'e yükselmektedir (Tablo 72).

**Tablo 72:** Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Yüksek Kan Basıncına Sahip Olanların (hâlihazırda yüksek kan basıncı için ilaç kullananlar hariç) Yüzdeleri

Yaş grubu (yıl)	SKB $\geq$ 140 mmHg ve/veya DKB $\geq$ 90 mmHg								
	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	362	5,3	2,7-7,9	454	5,5	3,0-8,1	816	5,4	3,6-7,2
30-44	441	13,3	9,5-17,0	827	8,6	6,3-10,9	1268	10,9	8,7-13,2
45-59	485	24,9	20,4-29,3	686	20,8	17,0-24,6	1171	22,9	20,0-25,8
60-69	262	34,2	26,7-41,6	251	31,7	24,4-39,0	513	33,0	27,8-38,3
$\geq$ 70	170	38,3	29,6-47,0	131	42,1	28,9-55,3	301	40,2	32,3-48,1
TOPLAM	1720	15,6	13,5-17,7	2349	13,0	11,2-14,7	4069	14,3	12,9-15,7
Yaş grubu (yıl)	SKB $\geq$ 160 mmHg ve/veya DKB $\geq$ 100 mmHg								
	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	362	1,1	0,0-2,4	454	0,7	0,0-1,6	816	0,9	0,1-1,7
30-44	441	3,6	1,1-6,0	827	1,9	0,7-3,1	1268	2,7	1,4-4,1
45-59	485	9,3	6,1-12,5	686	3,9	2,3-5,5	1171	6,7	4,8-8,6
60-69	262	9,0	5,0-13,0	251	6,6	3,5-9,6	513	7,9	5,3-10,5
$\geq$ 70	170	15,4	9,5-21,3	131	16,3	5,3-27,3	301	15,8	9,6-22,0
TOPLAM	1720	4,8	3,6-6,1	2349	2,8	2,0-3,5	4069	3,8	3,1-4,6

2017 çalışmasında, 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. Nüfusun ortalama BKİ 27,4 kg/m² olup kadınlarda (28,3 kg/m²), erkeklerden (26,6 kg/m²) yüksektir. BKİ genel olarak yaşla birlikte artmaktadır ve 15-29 yaş grubunda 23,8 kg/m²'den, 60-69 yaş grubunda 31,1 kg/m²'ye yükselmiştir (45).

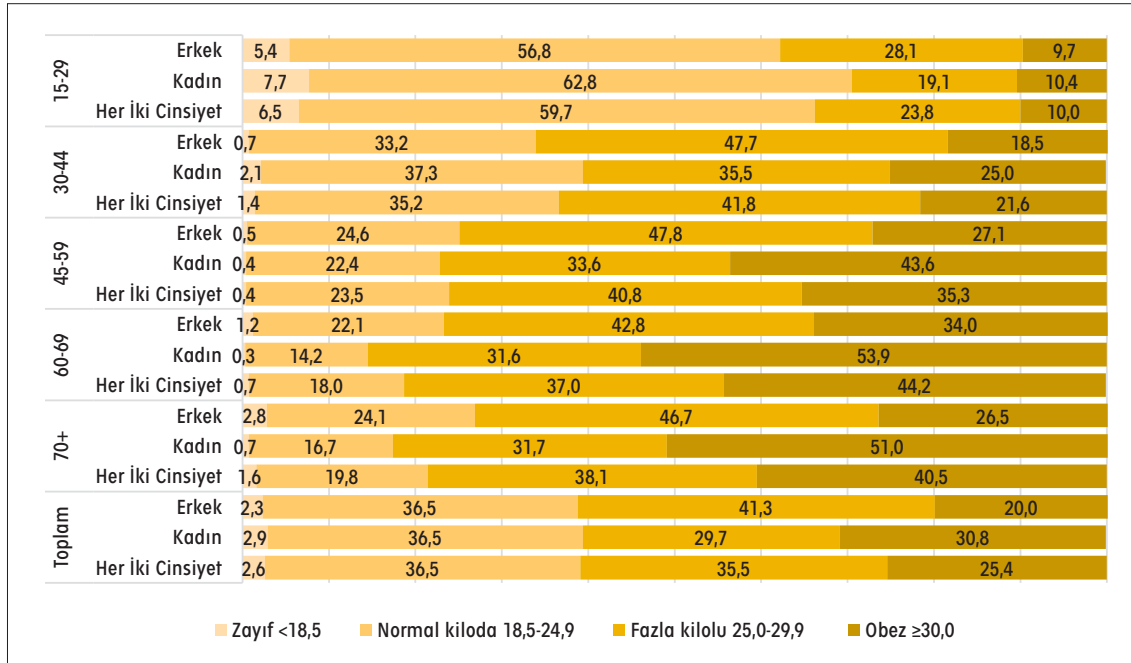
Bu çalışmada ise ortalama boy uzunluğu erkeklerde 173,3 cm ve ağırlık 79,5 kg olup kadınlarda boy uzunluğu 160,0 cm ve ağırlık 70,1 kg'dır. Nüfusun ortalama BKİ, 26,5 kg/m² 'dir. Kadınlarda ortalama BKİ (27,5 kg/m²), erkeklerden (26,5 kg/m²) yüksektir. BKİ bu çalışmada da genel olarak yaşla birlikte artmaktadır ve 15-29 yaş grubunda 23,9 kg/m²'den, 60-69 yaş grubunda 29,7 kg/m²'ye yükselmiştir (Tablo 73).

Tablo 73: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Ortalama BKİ (kg/m²)

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15-29	365	24,2	23,7-24,7	433	23,5	23,0-24,0	798	23,9	23,5-24,2
30-44	459	26,8	26,3-27,2	830	27,1	26,7-27,6	1289	26,9	26,6-27,3
45-59	575	27,9	27,5-28,4	899	29,7	29,2-30,2	1474	28,8	28,4-29,1
60-69	409	28,1	27,5-28,7	501	31,2	30,5-31,9	910	29,7	29,2-30,2
≥70	357	28,1	27,4-28,7	372	30,9	29,9-31,9	729	29,7	29,0-30,3
TOPLAM	2165	26,5	26,2-26,7	3035	27,5	27,2-27,8	5200	27,0	26,8-27,2

2017 çalışmasında nüfusun %1,8'inin düşük kilolu (BKİ <18,5), %33,8'inin normal kilolu (BKİ 18,5-24,9), %35,6'sının fazla kilolu (BKİ 25,0-29,9) ve %28,8'inin obez (BKİ ≥30,0) olduğu saptanmıştır. Erkeklerde en büyük grubu fazla kilolular oluştururken, kadınlarda en büyük grup obezlerdir (45).

2023 çalışmasında nüfusun %2,6'sının düşük kilolu (BKİ <18,5), %36,5'inin normal kilolu (BKİ 18,5-24,9), %35,5'inin fazla kilolu (BKİ 25,0-29,9) ve %25,4'ünün obez (BKİ ≥30,0) olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada da erkeklerde en büyük grubu fazla kilolular oluştururken, kadınlarda en büyük grup obezlerdir (Grafik 8).

**Grafik 8:** Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre BKİ Kategorileri (%)

Erkeklerin ortalama bel çevresi (94,0 cm), kadınlarınkinden (88,3 cm), kadınların ortalama kalça çevresi (104,7 cm) ise erkeklerinkinden (102,7 cm) daha büyüktür. Bel ve kalça çevreleri ile hesaplanan BKO erkeklerde (0,9), kadınlardan (0,8) büyüktür.

4.21.1. Sonuçlar

Fiziksel ölçümler ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Nüfusun ortalama sistolik ve diyastolik basınçları sırasıyla 120,3 mmHg ve 77,9 mmHg olarak bulunmuştur.
- Hipertansiyon saptananlar (kan basıncı yüksekliği sebebiyle ilaç kullananlar dâhil) kadınlarda %28,6 ve erkeklerde %26,2'dir ve bu durum yaşla birlikte artmaktadır.
- Kan basıncı yüksek olanların (SKB ≥ 140 mmHg ve/veya DKB ≥ 90 mmHg) içinde tedavi almayanlar %44,2'dir (erkekler %51,9; kadınlar %37,2).
- Nüfusun ortalama BKİ, 27,0 kg/m² olarak hesaplanmıştır (erkeklerde 26,5 kg/m² ve kadınlarda 27,5 kg/m²).
- Nüfusun %60,9'unun fazla kilolu ve obez (BKİ ≥ 25 kg/m²), %25,4'ünün obez (BKİ ≥ 30 kg/m²) olduğu saptanmıştır (erkeklerde sırasıyla %61,3 ve %20,0, kadınlarda %60,5 ve %30,8).
- Erkeklerin ortalama bel çevresi (94,0 cm), kadınlarınkinden (88,3 cm), kadınların ortalama kalça çevresi (104,7 cm) ise erkeklerinkinden (102,7 cm) daha büyüktür.

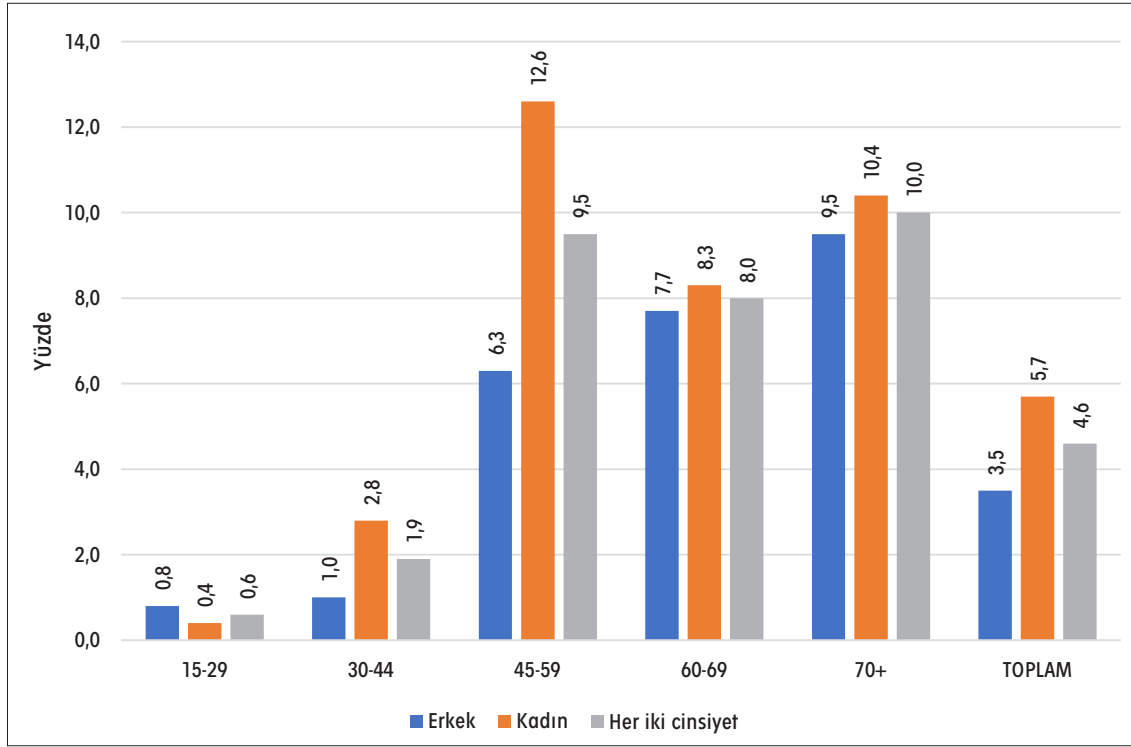
4.22. Biyokimyasal Ölçümler

Toplumdaki diyabet hastalığı, açlık kan glukozu ve HbA1C ölçümleri ile değerlendirilmiştir. Çalışmada diyabet için ilaç kullananlar dâhil ortalama açlık kan glukozu 88,0 mg/dl bulunmuştur. Ortalama açlık kan glukozu 15-29 yaş grubunda 77,7 mg/dl'dir ve genelde yaşla birlikte artarak 60-69 yaş grubunda 104,8 mg/dl'ye yükselmektedir (Tablo 74).

Tablo 74: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Ortalama Açlık Kan Glukozu Değeri (mg/dl) (Yüksek kan glukozu için hâlen ilaç kullananlar dâhil)

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama (mg/dl)	%95 GA	N	Ortalama (mg/dl)	%95 GA	N	Ortalama (mg/dl)	%95 GA
15-29	87	76,4	72,2-80,7	149	78,9	74,6-83,2	236	77,7	74,5-80,8
30-44	153	84,1	79,1-89,0	338	83,6	80,2-87,1	491	83,9	80,8-86,9
45-59	193	90,6	86,0-95,2	376	94,5	89,2-99,9	569	92,6	89,1-96,1
60-69	170	108,3	95,4-121,2	241	101,7	94,9-108,4	411	104,8	97,7-112,0
≥ 70	159	107,0	96,3-117,6	168	101,7	94,4-109,1	327	103,9	97,7-110,0
TOPLAM	762	87,5	84,5-90,4	1272	88,4	86,0-90,9	2034	88,0	86,1-89,9

Nüfusun %4,6'sında bozulmuş açlık kan glukozu (venöz plazma değerinin 110-126 mg/dl arasında olması) saptanmıştır ve bozulmuş açlık kan glukozu sıklığı kadınlarda (%5,7) erkeklerden (%3,5) yüksektir. Bozulmuş açlık kan glukozu sıklığı 15-29 yaş grubunda %0,6'dır ve genelde yaşla birlikte artarak 70 yaş ve üzeri grubunda %10,0'a yükselmektedir (Grafik 9).



Grafik 9: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Bozulmuş Açlık Kan Glukozu* Yüzdesi

*Bozulmuş açlık kan glukozu, venöz plazma değerinin 110mg/dl-125mg/dl arasında olması şeklinde tanımlanmaktadır.

Öte yandan, nüfusun %9,3'ü, yüksek açlık kan glukozu (venöz plazma değeri ≥ 126 mg/dl olması) sap-tananlar ile diyabet için ilaç kullananlardan oluşmaktadır (erkeklerde %9,8; kadınlarda %8,8). Açlık kan glukozu yüksekliği 15-29 yaş grubunda %2,7'dir ve genelde yaşla birlikte artarak 70 yaş ve üzeri grubunda %22,8'e yükselmektedir (Tablo 75).

Tablo 75: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Yüksek Açlık Kan Glukozu* Yüzdesi (Yüksek kan glukozu için hâlen ilaç kullananlar dâhil)

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	87	0,8	0,0-2,2	149	4,5	0,0-9,1	236	2,7	0,2-5,2
30-44	153	8,1	2,7-13,4	338	4,7	1,0-8,4	491	6,4	3,1-9,8
45-59	194	12,0	5,8-18,1	378	8,1	4,8-11,4	572	10,0	6,6-13,4
60-69	171	24,2	13,7-34,8	241	21,6	13,6-29,5	412	22,8	16,3-29,4
≥ 70	163	25,4	15,3-35,4	171	20,9	12,3-29,6	334	22,8	16,2-29,3
TOPLAM	768	9,8	7,1-12,5	1277	8,8	6,6-11,1	2045	9,3	7,6-11,0

*Yüksek açlık kan glukozu, venöz plazma değeri ≥ 126 mg/dl olarak tanımlanır.

2017 yılında gerçekleşen çalışmada nüfusun ortalama HbA1c seviyesi %5,9 olarak hesaplanmış olup (diyabet için ilaç kullananlar dâhil) ve erkekler ve kadınlarda benzerdir. Ortalama HbA1c seviyesi 15-29 yaş grubunda %5,5'tir ve genelde yaşla birlikte artarak 70 yaş ve üzeri grubunda %6,5'e ulaşmaktadır (45).

Bu çalışmada nüfusun ortalama HbA1c seviyesi %5,8 olarak hesaplanmış olup (diyabet için ilaç kullananlar dâhil) ve erkekler (%5,8) ve kadınlarda (%5,9) benzerdir. Ortalama HbA1c seviyesi 15-29 yaş grubunda %5,4'tür ve genelde yaşla birlikte artarak 60-69 yaş grubunda %6,5'e ulaşmaktadır (Tablo 76).

Tablo 76: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına 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	93	5,4	5,3-5,5	156	5,4	5,4-5,5	249	5,4	5,4-5,5
30-44	158	5,7	5,6-5,8	348	5,6	5,5-5,6	506	5,6	5,5-5,7
45-59	207	6,0	5,8-6,2	387	6,2	6,0-6,3	594	6,1	6,0-6,2
60-69	179	6,5	6,1-6,8	251	6,5	6,3-6,7	430	6,5	6,3-6,7
≥70	174	6,5	6,2-6,8	175	6,4	6,2-6,6	349	6,5	6,3-6,6
TOPLAM	811	5,8	5,7-5,9	1317	5,9	5,8-5,9	2128	5,8	5,8-5,9

Nüfusun %12,5'inde HbA1c yüksekliği ($\geq 6,5$) olduğu saptanmış ve HbA1c yüksekliği erkekler (%11,9) ve kadınlarda (%13,2) birbirine yakındır. HbA1c yüksekliği, 15-29 yaş grubunda %0,7'dir ve genelde yaşla birlikte artarak, 70 yaş ve üzeri grubunda %35,0'a yükselmektedir (Tablo 77).

Tablo 77: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre HbA1c Değeri Yüksek ($\geq 6,5$) Olanların Yüzdesi

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	93	0,7	0,0-2,0	156	0,7	0,0-1,8	249	0,7	0,0-1,6
30-44	158	7,1	2,7-11,5	348	1,5	0,2-2,8	506	4,4	2,0-6,7
45-59	207	17,4	8,8-25,9	387	24,6	13,3-35,9	594	21,0	14,1-27,8
60-69	179	30,7	20,3-41,2	251	33,5	24,4-42,7	430	32,2	25,3-39,1
≥70	174	34,8	22,8-46,7	175	35,3	24,7-45,8	349	35,0	27,0-43,1
TOPLAM	811	11,9	9,0-14,7	1317	13,2	9,7-16,7	2128	12,5	10,4-14,7

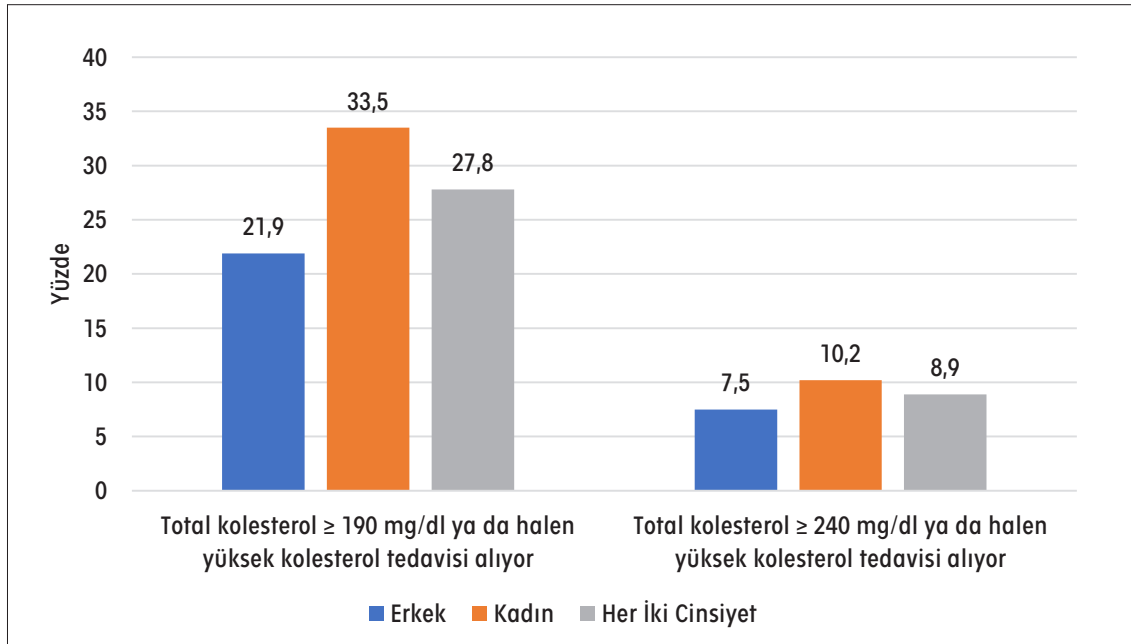
2017 THSA çalışmasında kolesterol yüksekliği için ilaç kullananlar da dâhil ortalama total kolesterolü 161,2 mg/dl bulunmuştur. Total kolesterol kadınlarda (167,3 mg/dl) erkeklerden (154,9 mg/dl) yüksektir ve ortalaması 15-29 yaş grubunda 139,7 mg/dl'den 45-59 yaş grubunda 178,6 mg/dl'ye yükselmektedir (45).

Bu çalışmada, kolesterol yüksekliği için ilaç kullananlar da dâhil ortalama total kolesterol 163,5 mg/dl bulunmuştur (erkekler için 155,7 mg/dl, kadınlar için 171,1 mg/dl). Total kolesterol ortalaması 15-29 yaş grubunda 142,4 mg/dl'dir ve genelde yaşla birlikte artarak, 60-69 yaş grubunda 181,6 mg/dl'ye yükselmektedir (Tablo 78).

Tablo 78: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Total Kolesterol Ortalaması (mg/dl) (Hâlen yüksek kolesterol için ilaç kullananlar dâhil)

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15-29	93	135,5	125,9-145,1	156	149,7	142,9-156,5	249	142,4	136,3-148,5
30-44	158	163,7	149,7-177,8	352	164,2	159,0-169,3	510	164,0	156,4-171,5
45-59	202	165,1	157,9-172,2	391	187,6	181,6-193,5	593	176,4	171,4-181,4
60-69	178	167,4	159,4-175,5	252	194,3	184,4-204,2	430	181,6	174,8-188,4
≥70	170	161,7	154,4-169,0	173	191,1	180,1-202,1	343	178,8	171,0-186,6
TOPLAM	801	155,7	149,7-161,6	1324	171,1	167,5-174,8	2125	163,5	159,9-167,0

Total kolesterol düzeyi ≥ 190 mg/dl'nin üzerinde olanlar ile yüksek kolesterol için ilaç kullananlar, nüfusun %27,8'ini oluşturmaktadır ve kadınlarda (%33,5), erkeklerden (%21,9) yüksektir. Diğer taraftan, total kolesterol düzeyi yüksek (≥ 240 mg/dl) olanlar ile yüksek kolesterol için ilaç kullananlar nüfusun %8,9'unu oluşturmaktadırlar (kadınlarda %10,2; erkekler %7,5) (Grafik 10).

**Grafik 10:** Cinsiyete Göre Total Kolesterol Düzeylerinin Yüzdesi (Total kolesterol yüksekliği için ilaç kullananlar dâhil)

2017 çalışmasında nüfusun ortalama HDL kolesterol ortalaması 45,9 mg/dl'dir. Bu değer kadınlarda 51,2 mg/dl ve erkeklerde 40,5 mg/dl'dir. HDL kolesterol ortalaması kadınlarda 15-29 yaş grubunda 50,1 mg/dl'dir ve genel olarak yaşla birlikte artarak 70 yaş ve üzeri 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 70 yaş ve üzeri grubunda 43,2 mg/dl'ye yükselmektedir (45).

2023 çalışmasına göre; nüfusun ortalama HDL seviyesi 47,0 mg/dl olarak bulunmuştur (erkekler için 43,3 mg/dl ve kadınlar için 50,7 mg/dl). Her iki cinsiyette de HDL kolesterol ortalama değeri 70 yaş ve üzeri grupta en yüksektir (erkekler 48,4; kadınlar 52,3).

**Tablo 79:** Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre HDL Kolesterol Ortalaması (mg/dl)

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15-29	93	42,5	39,4-45,6	156	51,4	48,2-54,5	249	46,8	44,4-49,2
30-44	157	43,3	39,9-46,7	350	49,0	47,1-50,9	507	46,1	44,2-48,1
45-59	201	43,4	40,8-46,0	390	50,8	47,9-53,7	591	47,2	45,2-49,1
60-69	177	42,1	40,5-43,8	252	51,4	49,0-53,7	429	47,1	45,5-48,7
≥70	171	48,4	44,9-51,8	174	52,3	48,8-55,8	345	50,7	48,2-53,2
TOPLAM	799	43,3	41,7-44,9	1322	50,7	49,3-52,0	2121	47,0	46,0-48,1

Çalışma sonuçlarına göre nüfusun %49,8'i düşük HDL kolesterole sahiptir (erkekler için %43,4 ve kadınlar için %56,1) (Tablo 80).

Tablo 80: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Düşük HDL Kolesterolü Olan Nüfus Yüzdeleri (Kadınlar için <50 mg/dl ve Erkekler için <40 mg/dl)

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
15-29	93	42,9	29,3-56,5	156	58,8	48,8-68,7	249	50,6	42,1-59,2
30-44	157	47,2	37,3-57,0	350	58,9	51,1-66,8	507	53,0	46,4-59,6
45-59	201	39,9	30,1-49,6	390	57,9	49,6-66,2	591	49,0	41,7-56,3
60-69	177	46,2	36,0-56,4	252	43,2	34,1-52,2	429	44,6	37,9-51,3
≥70	171	36,2	26,6-45,8	174	50,1	38,3-61,8	345	44,3	36,2-52,5
TOPLAM	799	43,4	37,5-49,2	1322	56,1	51,8-60,5	2121	49,8	46,0-53,7

Bir önceki çalışmaya göre, toplumun ortalama tuz alımı günde 9,9 g; erkekler için 11,0 g ve kadınlar için 8,7 g'dır (45).

Benzer şekilde bu çalışmada da ortalama tuz alımı günde 9,9 g olarak saptanmıştır (erkekler için 11,3 g, kadınlar için 8,5 g).

Tablo 81: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Ortalama Günlük Tuz Alımı (g/gün)

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA	N	Ortalama	%95 GA
15-29	76	10,9	10,0-11,8	106	8,4	8,1-8,7	182	9,7	9,1-10,3
30-44	105	11,4	10,8-12,0	265	9,1	8,8-9,3	370	10,3	9,9-10,7
45-59	181	11,5	11,0-11,9	339	8,9	8,7-9,1	520	10,2	9,9-10,5
60-69	146	11,7	11,1-12,2	206	8,0	7,8-8,3	352	9,8	9,4-10,2
≥70	134	11,6	11,3-12,0	120	6,3	5,8-6,8	254	8,7	8,1-9,3
TOPLAM	642	11,3	10,9-11,6	1036	8,5	8,3-8,6	1678	9,9	9,7-10,1

4.22.1. Sonuçlar

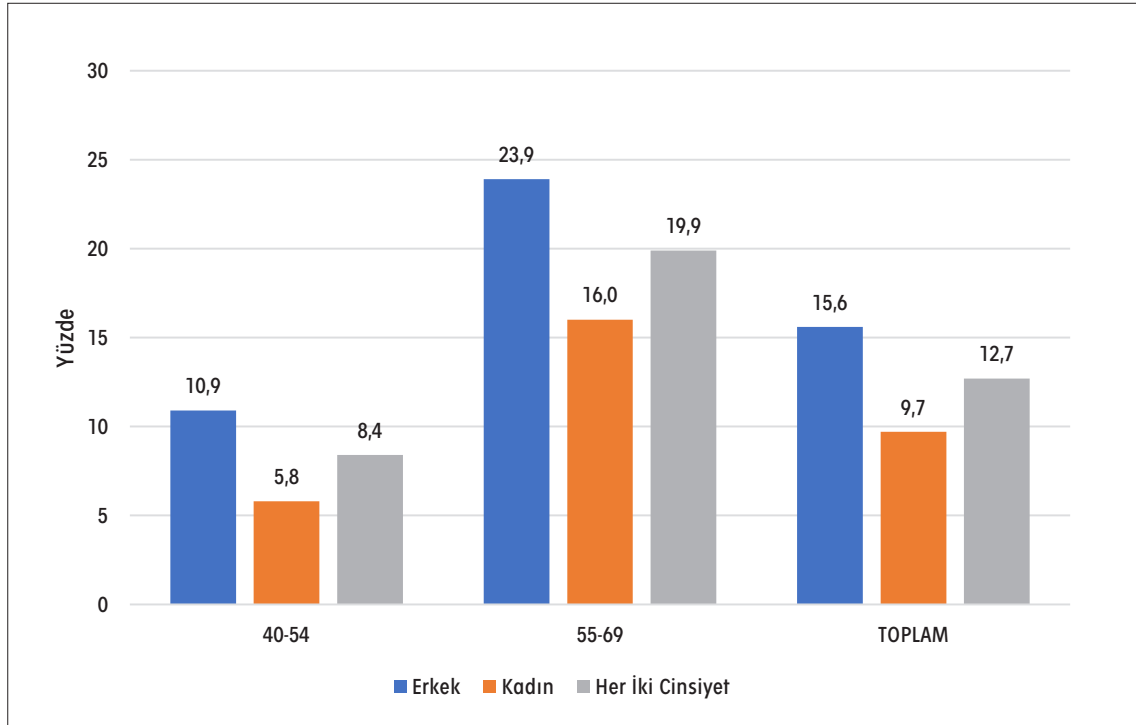
Biyokimyasal ölçümler ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Ortalama açlık kan glukozu değeri 88,0 mg/dl'dir (erkeklerde 87,5 mg/dl, kadınlarda 88,4 mg/dl) ve yaş ile artmaktadır (diyabet için hâlen ilaç kullananlar dâhil).
- Bozulmuş açlık kan glukozu (venöz plazma değerinin 110 -126 mg/dl arasında olması) nüfusun %4,6'sında saptanmıştır ve bozulmuş açlık kan glukozu sıklığı kadınlarda (%5,7) erkeklerden (%3,5) yüksektir.
- Yüksek açlık kan glukozu (venöz plazma değeri ≥126 mg/dl) olanlar ile hâlen yüksek açlık kan glukozu için ilaç kullananlar nüfusun %9,3'ünü oluşturmaktadırlar (erkekler için %9,8; kadınlar için %8,8).
- Ortalama HbA1c düzeyi kadın ve erkekte benzerdir (erkekler için %5,8; kadınlar için %5,9). Yüksek HbA1c (≥%6,5) düzeyine sahip olma sıklığı %12,5'tir ve yaşla birlikte artmaktadır.
- Hiperlipidemi için ilaç kullananlar da dâhil ortalama total kolesterol 163,5 mg/dl olarak saptanmıştır ve kadınlarda (171,1 mg/dl), erkeklerden (155,7 mg/dl) daha yüksektir.
- Total kolesterol düzeyi ≥190 mg/dl'nin üzerinde olanlar ile yüksek kolesterol için ilaç kullananlar nüfusun %27,8'ini oluşturmaktadırlar ve kadınlarda (%33,5) erkeklerden (%21,9) daha yüksektir.
- Erkeklerin %43,4'ünde ve kadınların %56,1'inde HDL kolesterol optimal düzeyin altında saptanmıştır.
- Günlük ortalama tuz tüketimi 9,9 g'dır ve erkekler kadınlara göre daha fazla tuz tüketmektedir (erkekler için 11,3 g/gün, kadınlar için 8,5 g/gün).

4.23. Kalp Damar Hastalığı Riski

Günümüz birincil koruma uygulamasında kişinin toplam KDH riski değerlendirilmekte ve tedavi yaklaşımı buna göre belirlenmektedir. On yıllık KDH riskinin ≥%30 olması; 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 glukozu venöz plazma değeri ≥126 mg/dl) göz önüne alınarak tanımlanmaktadır.

THSA 2017 çalışmasına göre; 40-69 yaş grubunun %10,5'i, 10 yıllık KDH riski ≥%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 ≥%30 olanların sıklığı (mevcut kalp damar hastaları dâhil), 55-69 yaş grubunda iki katından fazla artarak %17,0'a çıkmaktadır (45).



Grafik 11: Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre 10 Yıllık KDH Riski ≥ 30 Olanlar veya Hâlen KDH Olanların Yüzdesi

*10 yıllık KDH riski ≥ 30 olması, yaş, cinsiyet, kan basıncı, sigara içme durumu (mevcut içiciler veya değerlendirilmeden önce 1 yıldan kısa süre önce bırakmış olanlar), total kolesterol ve diyabete (önceden tanı almış ya da plazma glikoz konsantrasyonu $>7,0$ mmol/l (126 mg/dl) göre tanımlanmıştır.

THSA 2023 çalışmasında 40–69 yaş arası nüfusun %12,7'sinde 10 yıllık KDH riski ≥ 30 veya KDH mevcuttur (erkeklerde %15,6, kadınlarda %9,7). 10 yıllık KDH riski ≥ 30 olanların sıklığı (mevcut kalp damar hastaları dâhil) 40–54 yaş arası grupta %8,4 iken iki katından fazla artarak 55–69 yaş grubunda %19,9'a çıkmaktadır (Grafik 11).

2017 çalışmasında kalp krizlerini ve felçleri önlemek için ilaç tedavisi ve danışmanlık (glisemik kontrol dâhil) alan kişilerin sıklığı %55,9 (erkeklerde %55,1, kadınlarda %57,0) olarak saptanmış iken 2023 çalışmasında danışmanlık alan kişi sıklığı %68,1'e yükselmiştir (kadınlar %76,7; erkekler %61,5) (45).

Bu amaçla ilaç tedavisi ve danışmanlık alma yaş ve cinsiyet ile değişmektedir. 45–54 yaş grubundaki erkekler (%75,8), kadınlardan (%65,5) daha fazla ilaç tedavisi ve danışmanlık hizmeti almaktadır. Buna karşın 55–69 yaş grubundaki kadınlar (%75,5) erkeklerden (%47,1) daha fazla ilaç tedavisi ve danışmanlık almıştır (Tablo 82).

Tablo 82: Kalp Hastalığı ve İnmeden Korunmak İçin İlaç Tedavisi ve Danışmanlık Alan Kişilerin* Yüzdesi

Yaş grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA	N	%	%95 GA
45–54	17	75,8	53,6–98,0	22	65,5	39,6–91,5	39	72,4	55,5–89,3
55–69	44	47,1	24,3–69,9	56	75,5	58,9–92,2	100	58,9	42,1–75,7
TOPLAM	61	60,0	43,6–76,3	78	71,9	58,1–85,7	139	64,5	52,2–76,8

*Uygun kişi: 40 yaş ve üzerinde, 10 yıllık KDH riskinde ≥ 30 olanlar ile hâlen KDH olanlar



4.23.1. Sonuçlar

Kalp damar hastalığı riski ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- 40-69 yaş arasındaki nüfusun %12,7'sinde 10 yıllık kalp damar hastalığı riski $\geq$ %30'dur veya kalp damar hastalığı mevcuttur ve erkekler (%15,6) kadınlardan (%9,7) daha fazla riske sahiptir.
- 10 yıllık kalp damar hastalığı riski $\geq$ %30 veya kalp damar hastalığı mevcut olanların %50'sinden daha fazlası kalp krizi ve inmelerini önlemek için ilaç tedavisi ve danışmanlık almaktadır.
- İlaç tedavisi ve danışmanlık alma cinsiyet ve yaşa göre değişmektedir.
- Kalp hastalığı ve inmeden korunmak için ilaç tedavisi ve danışmanlık alması gereken kişilerin ancak %64,5'i almaktadır (kadınlar için %71,9 ve erkekler için %60,0).

4.24. Birleşik Risk Faktörlerinin Özeti

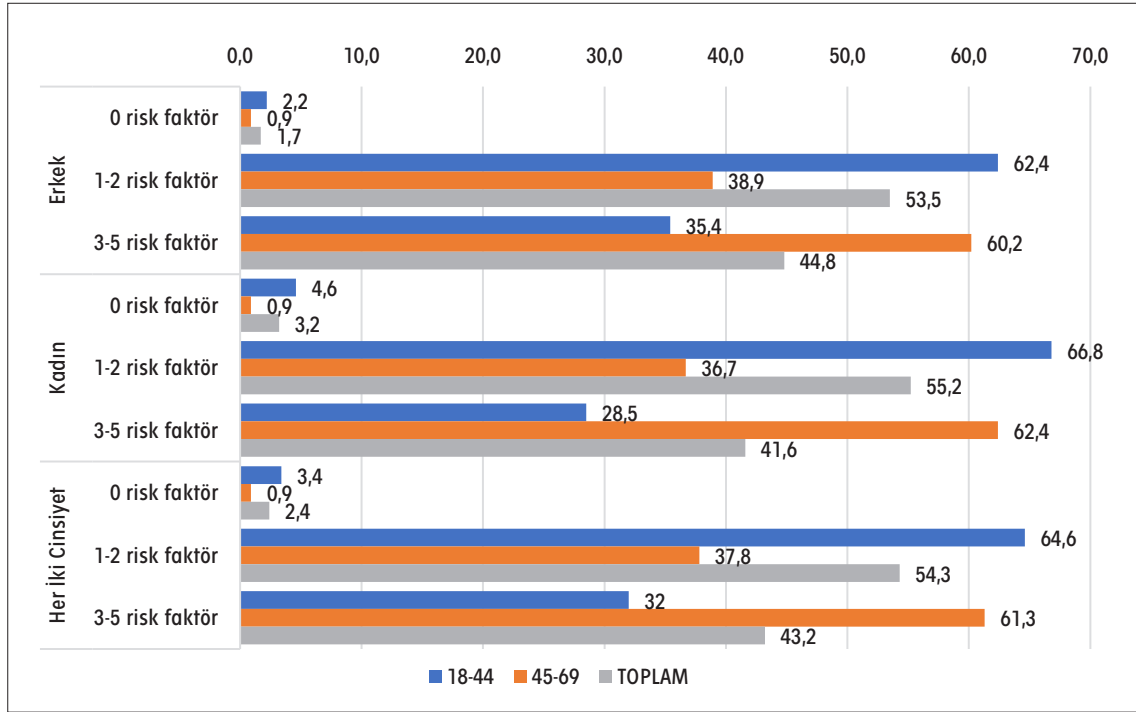
BOH için birleşik risk faktörlerinin özeti aşağıdaki risk faktörleri ile oluşturulmaktadır:

- Her gün sigara içme
- Meyve ve/veya sebzenin günde beş porsiyondan daha az tüketimi
- Haftada 150 dakikalık orta düzey veya eşdeğer etkinlikten daha düşük fiziksel aktivite
- Aşırı kilolu veya obez ($BKİ \geq 25 \text{ kg/m}^2$) olma
- Yükselmiş kan basıncı ($SKB \geq 140 \text{ mmHg}$ ve/veya $DKB \geq 90 \text{ mmHg}$) veya yüksek tansiyon için ilaç kullanıyor olma

BOH için birleşik risk faktörleri, yukarıda sayılan risk faktörlerinden hiç birinin olmaması, 1-2'sinin veya 3-5'inin olması şeklinde değerlendirilmiştir.

2017 yılı çalışmasında 18-69 yaş grubunun %1,3'ünde hiçbir risk faktörü yoktur, %47,8'inde 1-2 ve %51,0'ında 3-5 risk faktörü bulunmaktadır. Hiç risk olmaması ile 1-2 risk faktörü bulunma yüzdeleri yaşla birlikte azalırken 3-5 riski bulunma sıklığı yaşla birlikte artmaktadır (18-44 yaş grubunda %42,2 ve 45-69 yaş grubunda %65,9). Söz konusu çalışmada sonuçlar cinsiyete göre de farklılıklar göstermiştir: 18-69 yaş grubunda erkeklerin %1,7'sinde hiçbir risk faktörü yokken kadınlarda bu sıklık çok daha düşüktür (%0,8). 1-2 risk faktörü bulunma (erkekler için %46,8 ve kadınlar için %48,7) ve 3-5 risk faktörü bulunma durumu (erkekler için %51,5 ve kadınlar için %50,5) benzerdir (45).

2023 çalışmasında 18-69 yaş grubunun %2,4'ünde hiçbir risk faktörü yokken, %54,3'ünde 1-2 ve %43,2'sinde 3-5 risk faktörü bulunmaktadır. Yaş ilerledikçe risk faktörü bulunma sıklığında artış görülmüştür. Sonuçlar cinsiyete göre de farklılıklar göstermektedir: 18-69 yaş grubunda hiç risk faktörü bulunmama sıklığı (kadınlar %3,2; erkekler %1,7) ve 1-2 risk faktörü bulunma sıklığı (kadınlar %55,2; erkekler %53,2) kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Ancak 3-5 risk faktörü bulunma durumu erkeklerde daha sık görülmektedir (erkekler %44,8; kadınlar %41,6) (Grafik 12).



Grafik 12: 18-69 Yaş Grubunda Olanların Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Birleşik Risk Faktörlerinin Özeti (%)

Tablo 83'te üç yaş grubunda (15-44, 45-69 ve ≥70) nüfusun tamamı ile ilgili sonuçlar sunulmuştur. Nüfusun %2,5'inde herhangi bir risk faktörü yoktur (erkekler %1,9 ve kadınlarda %3,1). 15 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık yarısında (%52,7), 1-2 risk faktörü (erkeklerle %53,0, kadınlarda %52,4) ve %44,8'inde 3-5 risk faktörü bulunmaktadır (erkeklerle %45,1; kadınlarda %44,5). Az sayıda risk faktörüne sahip olma yaşla birlikte azalırken çok sayıda risk faktörüne sahip olma yaşla birlikte artmaktadır.

Tablo 83: Cinsiyet ve Farklı Üç Yaş Grubuna Göre Birleşik Risk Faktörlerinin Özeti

Yaş grubu (yıl)	Erkek						
	N	0 risk faktörü		1-2 risk faktörü		3-5 risk faktörü	
		%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA
15-44	789	2,6	1,1-4,1	63,8	59,8-67,8	33,6	29,7-37,4
45-69	968	0,9	0,2-1,6	38,9	35,1-42,7	60,2	56,4-64,0
≥70	352	0,3	0,0-0,9	29,4	23,7-35,1	70,3	64,6-76,0
TOPLAM	2109	1,9	1,0-2,8	53,0	50,1-55,9	45,1	42,2-48,0
Yaş grubu (yıl)	Kadın						
	N	0 risk faktörü		1-2 risk faktörü		3-5 risk faktörü	
		%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA
15-44	1228	4,9	1,7-8,1	67,5	63,6-71,4	27,6	24,3-31,0
45-69	1359	0,9	0,2-1,5	36,7	33,6-39,9	62,4	59,2-65,6
≥70	363	0,2	0,0-0,5	18,7	13,5-23,9	81,1	75,9-86,3
TOPLAM	2950	3,1	1,2-4,9	52,4	49,8-55,1	44,5	41,9-47,1
Yaş grubu (yıl)	Her iki cinsiyet						
	N	0 risk faktörü		1-2 risk faktörü		3-5 risk faktörü	
		%	%95 GA	%	%95 GA	%	%95 GA
15-44	2017	3,7	2,0-5,5	65,6	62,8-68,3	30,7	28,2-33,2
45-69	2327	0,9	0,4-1,4	37,8	35,3-40,3	61,3	58,8-63,8
≥70	715	0,2	0,0-0,5	23,3	19,6-27,1	76,4	72,7-80,2
TOPLAM	5059	2,5	1,4-3,5	52,7	50,8-54,7	44,8	42,9-46,7

4.24.1. Sonuçlar

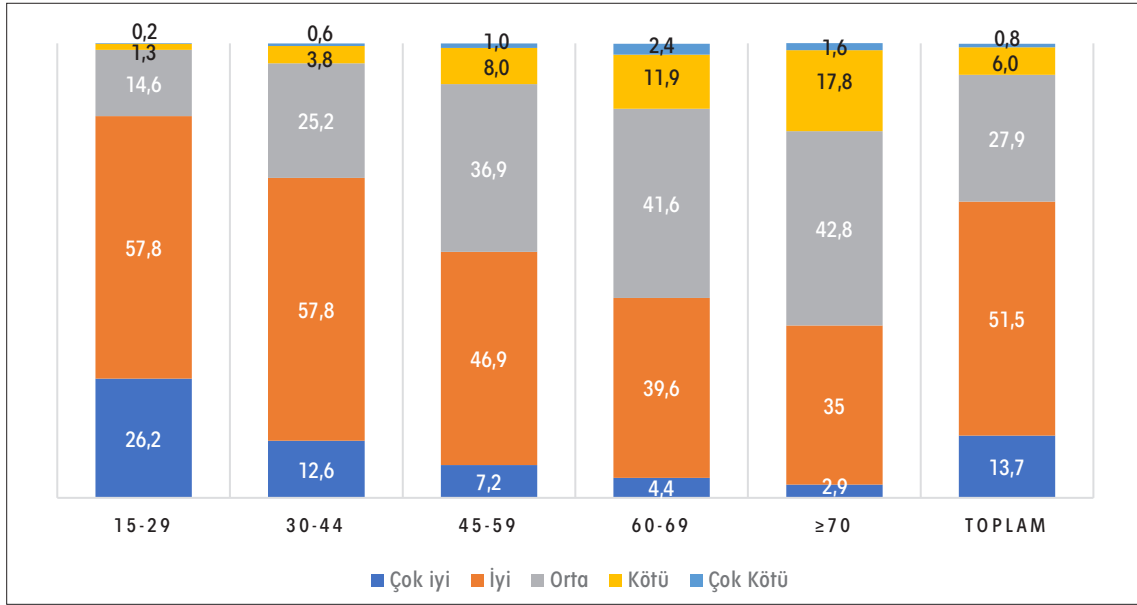
Birleşik risk faktörlerinin özeti ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Nüfusun %3'ünden azında belirtilen risk faktörlerinin hiçbirisi yoktur, ancak %44,8'i en az 3 risk faktörüne sahiptir.
- En az 3 risk faktörüne sahip olma sıklığı yaşla birlikte artarken, 3'den az risk faktörüne sahip olma sıklığı yaşla birlikte azalmaktadır.

4.25. Sağlık Algısı

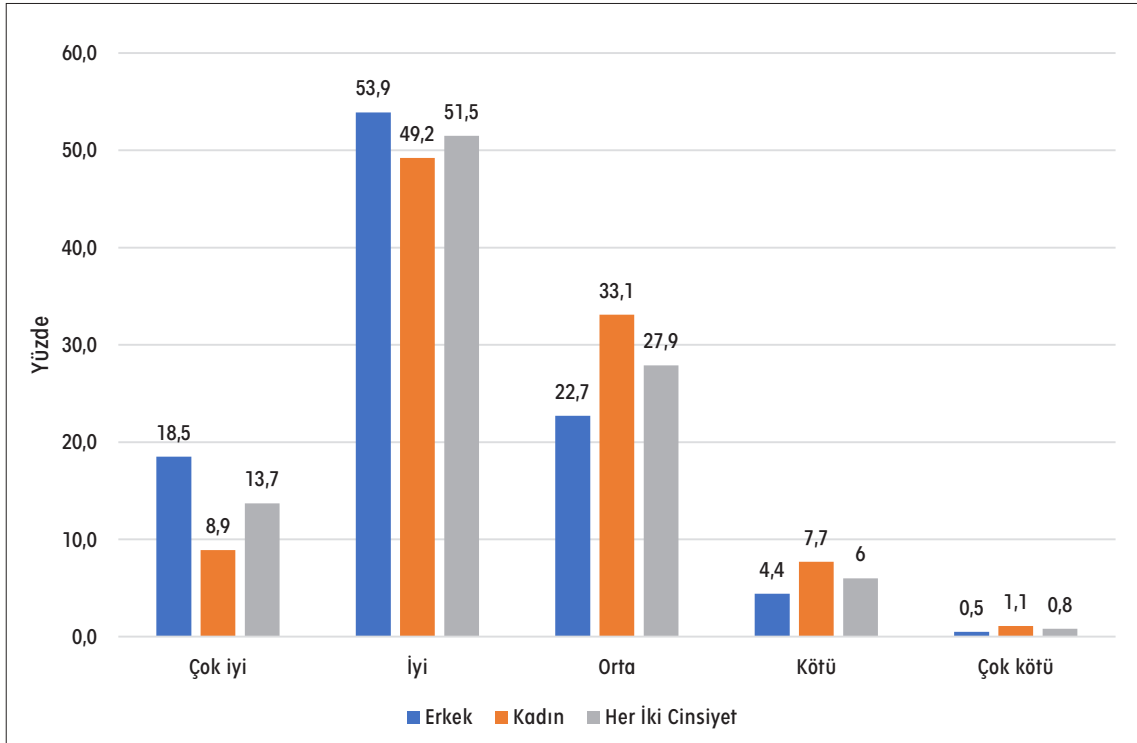
Sağlık algısı (veya algılanan sağlık durumu), bireyin kendi sağlık durumunu subjektif olarak değerlendirmesidir. Bireylerin sağlık algısı, 5'li likert ölçeği kullanılarak "Sizce sağlık durumunuz genel olarak nasıldır?" sorusuna 1-Çok İyi ... 5-Çok Kötü olacak şekilde verdikleri cevaba göre değerlendirilmiştir. 2017 çalışmasında nüfusun yarıdan fazlasının (%53,3) sağlık durumlarını "iyi" olarak algıladığı saptanmıştır. Sağlık durumunu "iyi" olarak algılama erkeklerde (%54,8) kadınlardan (%51,8) yüksektir (45).

2023 çalışma sonuçlarına göre yaşa göre sağlık durumu algısı Grafik 13'de sunulmuştur. Sağlık durumunu "Çok iyi" ve "İyi" olarak algılama yaşı artması ile azalırken, diğer seçenekler yaşla birlikte artmaktadır.



Grafik 13: Yaş Gruplarına Göre Sağlık Durumu Algıları Dağılımı (%)

Sağlık durumlarını "çok iyi" ve "iyi" olarak belirtme sıklığı erkeklerde (%72,4) kadınlara (%58,1) göre daha yüksektir. Cinsiyete göre sağlık durumu algısı Grafik 14'te sunulmuştur.



Grafik 14: Cinsiyete Göre Sağlık Durumu Algıları Dağılımı (%)

4.25.1. Sonuçlar

Sağlık algısı ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Sağlık durumunu olumlu algılama yaşla birlikte azalmaktayken, diğer seçenekler artmaktadır.
- Nüfusun %51,5'i sağlık durumlarını "iyi" olarak algılamakta iken %13,7'si "çok iyi" olarak belirtmiştir. Bunun yanında %0,8'i sağlık durumlarını "çok kötü" olarak algılamaktadır.

5. THSA 2017 ve THSA 2023 ÇALIŞMALARININ ANA SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Bu bölümde karşılaştırma amacıyla 2017 ve 2023 çalışmalarından seçilmiş bazı değişkenler tablolar halinde sunulmaktadır. Bu değişkenlerin dışında her iki çalışmada da yer alan değişkenler çalışmalara ait veri kitaplarında incelenebilir.

Bu bölümde sunulan tablolar, 2017 ve 2023 yıllarındaki çalışmaların sonuçlarından elde edilen her göstergenin ortalama değerlerini ve parantez içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılığın belirlendiği %95 GA'yı göstermektedir. Güven aralıklarının örtüşmemesi durumunda göstergenin 2023 yılında 2017 yılına göre iyileşmesi yeşil renkle, kötüleşmesi ise kırmızı renkle vurgulanmıştır. Güven aralıklarının birbiri ile örtüştüğü yani ortalama değerlerinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği değişkenlerde renk kullanılmamıştır. Bu, tüm nüfus için bu göstergelerin analiz edilen dönem boyunca değişmeden kaldığı anlamına gelmektedir.

"Tütün kullanımı" bölümü için THSA 2017 ve 2023 sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 84'te sunulmaktadır.

Seçilen tütün kullanımı göstergelerinin karşılaştırmalı analizi, yalnızca bir değişkende istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğunu göstermektedir. Toplumda her gün mamul sigara içenlerin oranı 2017'de %97,3 iken 2023'te %94,1'e düşmüştür ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Tütün tüketimine ilişkin incelenen diğer değişkenlerde genel olarak olumsuz bir ilerleme olmasına rağmen analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

**Tablo 84: "Tütün ve Tütün Mamulleri Kullanımı" Bölümü İçin THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması**

Gösterge	Yıl	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
Hâlen tütün ürünü kullananların yüzdesi (dumanlı veya dumansız)	2017	%31,5 (29,7-33,3)	%43,4 (40,8-46,0)	%19,7 (17,6-21,8)
	2023	%34,8 (33,1-36,4)	%46,1 (43,5-48,6)	%23,6 (21,7-25,4)
Hâlen her gün tütün ürünü içenlerin yüzdesi	2017	%29,2 (27,5-31,0)	%40,4 (37,8-42,9)	%18,2 (16,1-20,3)
	2023	%31,3 (29,7-33,0)	%41,6 (39,1-44,2)	%21,1 (19,3-22,9)
Hâlen tütün ürünü kullananların tütün ürünü kullanmaya başlama yaşı (ortalama)	2017	18,1 (17,8-18,5)	17,2 (16,9-17,5)	20,2 (19,5-20,9)
	2023	18,3 (18,0-18,6)	17,7 (17,3-18,0)	19,7 (19,2-20,2)
Her gün tütün ürünü kullananların her gün mamul sigara kullanma yüzdesi	2017	%97,3 (96,3-98,3)	%97,3 (96,1-98,5)	%97,2 (95,4-99,0)
	2023	%94,1 (92,4-95,8)	%93,9 (91,7-96,1)	%94,5 (92,3-96,7)
Her gün tütün ürünü kullananlar arasında mamul sigara kullananların günde içtikleri sigara sayısı (ortalama)	2017	15,5 (14,8-16,2)	16,8 (16,0-17,7)	12,7 (11,6-13,7)
	2023	15,6 (15,0-16,2)	17,1 (16,3-17,9)	12,8 (12,0-13,5)
Her gün tütün ürünü kullananlar arasında dumansız tütün ürünü kullananların yüzdesi	2017	%0,3 (0,1-0,6)	%0,6 (0,1-0,6)	%0,1 (0,0-0,3)
	2023	%0,2 (0,1-0,4)	%0,3 (0,1-1,0)	%0,1 (0,0-0,2)
Şu anda tütün ürünü kullanmayanların (dumanlı ve/veya dumansız) geçmişte tütün ürünü kullanma yüzdesi	2017	%10,7 (9,7-11,8)	%14,8 (13,1-16,5)	%6,6 (5,5-7,8)
	2023	%9,7 (8,8-10,6)	%12,7 (11,3-14,2)	%6,6 (5,6-7,7)
Hiç tütün ürünü kullanmayanların yüzdesi	2017	%57,8 (55,9-59,7)	%41,8 (39,0-44,5)	%73,7 (71,4-75,9)
	2023	%55,6 (53,8-57,3)	%41,2 (38,6-43,9)	%69,8 (67,7-71,9)
Son 12 ay içinde tütün ürünü kullanmayı bırakmayı denemiş olan kullanıcıların yüzdesi	2017	%27,4 (24,5-30,4)	%29,4 (25,8-33,1)	%23,0 (18,5-27,6)
	2023	%25,4 (23,0-27,9)	%24,1 (21,0-27,2)	%28,0 (24,2-31,9)
Son 12 ay içinde bir sağlık çalışanı tarafından tütün ürünü kullanmayı bırakma tavsiyesi almış kullanıcıların yüzdesi ¹	2017	%22,3 (19,5-25,1)	%21,2 (17,8-24,6)	%24,7 (20,0-29,3)
	2023	%26,1 (23,3-28,8)	%24,9 (21,4-28,4)	%28,2 (24,2-32,2)

¹Son bir yıl içinde sağlık çalışanına giden kişiler hesaplamaya dâhil edilmiştir.

"Alkol tüketimi" bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 85'te sunulmaktadır.

Tablo 85: "Alkol Tüketimi" Bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması

Gösterge	Yıl	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
Hayat boyu hiç alkol kullanmayanların yüzdesi	2017	%83,6 (82,1–85,1)	%74,4 (72,0–76,8)	%92,7 (91,3–94,1)
	2023	%81,0 (79,6–82,5)	%72,6 (70,2–75,0)	%89,4 (87,9–90,9)
Son 1 yıldır hiç alkol kullanmayanların yüzdesi	2017	%4,3 (3,6–5,0)	%6,5 (5,3–7,6)	%2,1 (1,4–2,9)
	2023	%4,1 (3,5–4,8)	%5,8 (4,7–7,0)	%2,4 (1,7–3,2)
Son 30 günde alkol kullananların yüzdesi	2017	%8,0 (7,0–9,1)	%13,1 (11,2–15,0)	%3,0 (2,1–4,0)
	2023	%10,2 (9,1–11,3)	%15,1 (13,3–16,9)	%5,4 (4,2–6,6)
Dönemsel yoğun alkol tüketimi yüzdesi ¹	2017	%5,2 (4,3–6,2)	%8,7 (7,0–10,3)	%1,8 ² (1,0–2,6)
	2023	%5,9 (5,0–6,7)	%8,6 (7,3–10,0)	%3,1 ² (2,1–4,2)

¹Son 30 gün içerisinde her seferinde 6 veya daha fazla "standart içki" tüketimi, yoğun alkol tüketimi olarak değerlendirilmiştir.

²n <50

2023 araştırmasında hiç alkol kullanmayanların yüzdesi 2017 araştırmasına göre azalmıştır (sırasıyla %81,0 ve %83,6). Bu azalma her iki cinsiyette de görülse de kadınlarda %3'ün üzerinde bir azalma söz konusudur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

2023 araştırmasında son 30 gün içinde alkol kullananların yüzdesi 2017 araştırmasına göre artmıştır (sırasıyla %10,2 ve %8,0). Bu artış her iki cinsiyette de meydana gelmiş olsa da kadınlarda %2'nin üzerinde bir artış saptanmıştır ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır.

Analiz sonuçlarına göre alkol tüketimi artmaktadır. Alkol tüketimine ilişkin incelenen diğer değişkenlerde genel olarak olumsuz bir ilerleme görülmesine karşın yapılan analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

"Beslenme: meyve ve sebze tüketimi" bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 86'da sunulmaktadır.

**Tablo 86:** "Beslenme: Meyve ve Sebze Tüketimi" Bölümü İçin THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması

Gösterge	Yıl	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
Bir haftada meyve tüketilen ortalama gün sayısı	2017	4,6 (4,5-4,7)	4,5 (4,4-4,6)	4,8 (4,7-4,9)
	2023	4,3 (4,2-4,4)	4,2 (4,1-4,3)	4,4 (4,3-4,5)
Günlük tüketilen ortalama meyve porsiyonu sayısı	2017	1,4 (1,3-1,5)	1,4 (1,3-1,5)	1,5 (1,3-1,6)
	2023	1,2 (1,2-1,3)	1,2 (1,1-1,3)	1,3 (1,1-1,4)
Bir haftada sebze tüketilen ortalama gün sayısı	2017	5,1 (5,0-5,2)	4,9 (4,8-5,1)	5,2 (5,1-5,3)
	2023	4,9 (4,9-5,0)	4,9 (4,8-5,0)	5,0 (4,9-5,1)
Günlük tüketilen ortalama sebze porsiyonu sayısı	2017	1,7 (1,5-1,8)	1,6 (1,4-1,8)	1,7 (1,6-1,9)
	2023	1,5 (1,4-1,6)	1,5 (1,4-1,6)	1,6 (1,5-1,7)
Bir günde 5 porsiyondan daha az meyve ve/veya sebze tüketenlerin yüzdesi	2017	%87,8 (86,4-89,3)	%87,8 (85,8-89,8)	%87,9 (86,3-89,5)
	2023	%87,9 (86,5-89,3)	%88,2 (86,5-89,9)	%87,6 (85,7-89,5)
Yemekten önce veya yemek sırasında yemeklerine tuz veya tuzlu sos ekleyenlerin yüzdesi	2017	%28,1 (26,3-29,9)	%29,3 (26,7-31,9)	%26,8 (24,6-29,0)
	2023	%20,9 (19,4-22,4)	%21,8 (19,7-23,9)	%20,1 (18,2-21,9)
Her zaman veya sık olarak tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketenlerin yüzdesi	2017	%25,5 (23,7-27,4)	%27,8 (25,3-30,3)	%23,3 (21,0-25,6)
	2023	%24,5 (22,8-26,1)	%26,5 (24,2-28,7)	%22,5 (20,4-24,6)
Tuz tüketimini azaltmanın çok önemli olduğunu düşünenlerin yüzdesi	2017	%75,6 (73,7-77,6)	%73,2 (70,4-76,0)	%78,1 (75,9-80,3)
	2023	%73,9 (72,0-75,7)	%69,9 (67,2-72,6)	%77,8 (75,7-79,9)

Meyve ve sebze tüketiminin THSA 2023'te THSA 2017'ye göre azaldığı görülmüştür.

Tipik bir haftada meyve tüketilen ortalama gün sayısı her iki cinsiyette ve toplamda azalmıştır. Tipik bir haftada meyve tüketilen gün sayısı ortalaması 2017 yılında 4,6 gün iken 2023 yılında 4,3 güne düşmüştür. Tabloda görüldüğü gibi benzer bir azalma erkekler ve kadınlar için de geçerlidir ve bu azalma istatistiksel olarak anlamlıdır.

THSA 2017'ye göre THSA 2023'de yemekten önce veya yemek sırasında yemeklere tuz veya tuzlu sos eklemede düşüş gözlenmektedir ve bu düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır.

"Her zaman veya sık olarak tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketme" ve "Tuz tüketimini azaltmanın çok önemli olduğunu düşünme" değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışsa da olumlu yönde değişim görülmektedir.

"Fiziksel aktivite" bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 87'de sunulmaktadır.

Tablo 87: "Fiziksel Aktivite" Bölümü İçin THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması

Gösterge	Yıl	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
Yetersiz fiziksel aktivite yapanların yüzdesi (haftada 150 dakikadan az, orta derecede fiziksel aktivite veya eşdeğeri) ¹	2017	%43,6 (41,8–45,4)	%33,1 (30,5–35,6)	53,9 (51,6–56,3)
	2023	%32,1 (30,4–33,9)	%25,9 (23,5–28,3)	38,4 (36,3–40,6)
Günlük fiziksel aktivite ile geçirilen süre (ortanca) (dakika) (çeyrekler arası aralıkta verilmiştir)	2017	30,0 (4,3–90,0)	51,4 (11,4–180,0)	17,1 (0,0–55,0)
	2023	47,1 (11,4–125,7)	64,3 (17,1–215,0)	34,3 (8,6–85,7)
Yoğun olarak fiziksel aktivite yapmayanların yüzdesi	2017	%81,3 (79,7–82,8)	%70,1 (67,5–72,6)	%92,2 (90,8–93,6)
	2023	%82,3 (80,8–83,8)	%71,4 (68,9–73,9)	%93,2 (92,0–94,3)

¹Yetersiz 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) bakınız

2017 ve 2023 çalışmaları karşılaştırıldığında, toplumda fiziksel aktivite konusunda önemli gelişmeler olduğu görülmektedir.

Bu değişikliklerden birisi yetersiz fiziksel aktivite yüzdesinin azalmış olmasıdır: 2017'de toplumun %43,6'sının fiziksel aktivite düzeyi yetersiz olarak bulunmuşken, 2023'te %32,1'e düşmüştür. Düşüş hem erkek (2023'te %25,9 ve 2017'de %33,1) hem de kadın (2023'te %38,4 ve 2017'de %53,9) gruplarında görülmektedir.

Benzer bir değişim günde ortalama fiziksel aktivite için harcanan sürenin ortanca değeri için de söz konusudur. Fiziksel aktivitede geçirilen sürenin ortanca değeri erkeklerde yaklaşık 13 dakika artmış, kadınlarda ise yaklaşık 17 dakika artarak iki katına çıkmıştır.

"Kanser tarama testleri" bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 88'de sunulmaktadır.

Tablo 88: "Kanser Tarama Testleri" Bölümü İçin THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması

Gösterge	Yıl	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
En az bir kere servikal smear yaptıran 30–65 yaş arası kadınların yüzdesi	2017			%54,2 (51,2–57,1)
	2023			%54,1 (51,5–56,7)
En az bir kere mamografi çektiren 40–69 yaş kadınların yüzdesi	2017			%57,4 (54,1–60,7)
	2023			%56,5 (53,6–59,5)
En az bir kere gaitada gizli kan testi yaptıran 50–70 yaş arası nüfus yüzdesi	2017	%25,5 (22,8–28,2)	%23,5 (19,7–27,2)	%27,6 (24,0–31,3)
	2023	%33,7 (30,7–36,0)	%31,5 (28,0–35,1)	%35,2 (31,6–38,8)
Son 10 yılda kolonoskopi yaptıran 50–70 yaş arası nüfus yüzdesi	2017	%12,1 (10,1–14,2)	%11,1 (8,1–14,0)	%13,2 (10,4–16,0)
	2023	%16,0 (14,1–17,8)	%14,8 (12,2–17,5)	%17,1 (14,3–19,9)

İki çalışma arasındaki dönemde gaitada gizli kan testi yaptıranlarda önemli bir artış olduğu görülmektedir. Gaitada gizli kan testi yaptırmış olan 50-70 yaş arası kişiler 2023 yılında (%33,7), 2017 yılı çalışmasına göre (%25,5) artış göstermiştir. Bu durum hem erkek (2017: %23,5; 2023: %31,5) hem de kadın (2017: %27,6; 2023: %35,2) gruplarında görülmektedir. Saptanan bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıdır.

Her iki cinsiyette 2023 yılında kolonoskopi yaptırma yüzdesinde bir artış olmasına rağmen, fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tabloda sunulan diğer kanser tarama yöntemlerinde benzer bir iyileşme görülmemektedir.

"Fiziksel ölçümler" bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 89'da sunulmaktadır.

Tablo 89: "Fiziksel Ölçümler" Bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması

Gösterge	Yıl	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
Ortalama Beden Kütle İndeksi (kg/m ²)	2017	27,4 (27,2-27,6)	26,6 (26,3-26,8)	28,3 (28,0-28,6)
	2023	27,0 (26,8-27,2)	26,5 (26,2-26,7)	27,5 (27,2-27,8)
Fazla kilolu kişilerin yüzdesi (BKİ ≥25 kg/m ² , obez kişiler dâhil)	2017	%64,4 (62,6-66,2)	%62,8 (60,2-65,4)	%66,0 (63,7-68,4)
	2023	%60,9 (58,9-62,9)	%61,3 (58,3-64,1)	%60,5 (58,0-63,2)
Obez olan kişilerin yüzdesi (BKİ ≥30 kg/m ²)	2017	%28,8 (27,3-30,4)	%21,6 (19,5-23,8)	%35,9 (33,8-38,0)
	2023	%25,4 (23,8-26,9)	%20,0 (17,8-22,1)	%30,8 (28,6-33,1)
Bel çevresi ortalama değeri (cm)	2017		91,3 (90,5-92,2)	87,9 (87,1-88,8)
	2023		94,0 (93,2-94,8)	88,3 (87,4-89,1)
Kalça çevresi ortalama değeri (cm)	2017		98,7 (97,9-99,4)	102,5 (101,8-103,2)
	2023		102,7 (102,1-103,4)	104,7 (103,9-105,4)
Ortalama SKB (mmHg) (yüksek kan basıncı için ilaç kullananlar dâhil)	2017	123,0 (122,1-123,8)	125,3 (124,2-126,3)	120,8 (119,7-121,8)
	2023	120,3 (119,6-121,1)	123,4 (122,5-124,4)	117,2 (116,2-118,3)
Ortalama DKB (mmHg) (yüksek kan basıncı için ilaç kullananlar dâhil)	2017	78,4 (78,0-78,9)	78,2 (77,6-78,8)	78,7 (78,2-79,2)
	2023	77,9 (77,5-78,4)	77,8 (77,2-78,5)	78,0 (77,4-78,6)
Yüksek kan basıncı olanların (SKB ≥140 mmHg ve/veya DKB ≥90 mmHg) veya yüksek kan basıncı için hâlen ilaç kullananların yüzdesi	2017	%27,7 (26,0-29,4)	%26,1 (23,7-28,5)	%29,3 (27,2-31,5)
	2023	%27,4 (25,8-29,0)	%26,2 (23,8-28,6)	%28,6 (26,6-30,7)
Kan basıncı yüksek olanların (SKB ≥140 mmHg ve/veya DKB ≥90 mmHg) içinde tedavi almayanların yüzdesi	2017	%57,1 (53,8-60,3)	%64,7 (60,3-69,1)	%50,5 (46,4-54,6)
	2023	%44,2 (41,0-47,4)	%51,9 (47,2-56,7)	%37,2 (33,1-41,2)
Kan basıncı kontrol altındaki hipertansif kişilerin yüzdesi	2017	%23,8 (21,0-26,5)	%18,5 (15,2-21,7)	%28,4 (24,5-32,3)
	2023	%30,8 (29,1-32,5)	%29,1 (26,6-31,6)	%32,5 (30,4-34,7)



BKİ ile ilgili göstergelerin tümünde olumlu değişiklikler gözlenmektedir. Ortalama BKİ kadınlar için 2017 yılında 28,3 kg/m² iken 2023 yılında 27,5 kg/m²'ye düşmüştür.

Obez kişilerin yüzdesi de tüm gruplar için 2017 yılında %28,8 iken 2023 yılında %25,4'e düşmüştür. Obez kişilerin yüzdesindeki bu azalma eğilimine en önemli katkı kadın grubundandır (2017: %35,9; 2023: %30,8).

Nüfusun ortalama bel ve kalça çevresi değerlerinde 2023 yılında 2017 yılına göre her iki cinsiyet için de istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu görülmüştür.

Kan basıncı ölçümlerinin sonuçlarına göre, hâlihazırda antihipertansif tedavi alanlar da dâhil olmak üzere hem sistolik kan basıncı (SKB) hem de diyastolik kan basıncı (DKB) ortalama değerlerinin düştüğü tespit edilmiştir: 2017 yılında ortalama SKB seviyesi 123,0 mmHg iken 2023 yılında 120,3 mmHg'ye düşmüştür; benzer şekilde ortalama DKB seviyesi ise 78,4 mmHg iken 77,9 mmHg'ye düşmüştür. Ortalama SKB ve DKB seviyesindeki düşüş eğilimleri hem erkeklerde hem de kadınlarda görülmektedir.

Yüksek kan basıncı (SKB $\geq$ 140 mmHg ve/veya DKB $\geq$ 90 mmHg) olan ve antihipertansif tedavi almayan kişilerin yüzdesi toplumda azalmıştır (2017: %57,1; 2023: %44,2'ye). Bu azalma hem erkek hem de kadın grupları için de istatistiksel olarak anlamlıdır.

Kan basıncı kontrol altındaki hipertansif kişilerin yüzdesi, toplamda (2017: %23,8; 2023: %30,8) ve özellikle erkeklerde (2017: %18,5; 2023: %29,1) artmıştır, fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

"Biyokimyasal ölçümler" bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 90'da sunulmaktadır.

Tablo 90: "Biyokimyasal Ölçümler" Bölümü İçin THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması

Gösterge	Yıl	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
Ortalama açlık kan glukozu değeri (mg/dl) (yüksek kan glukozu için hâlen ilaç kullananlar dâhil)	2017	97,8 (95,6–99,9)	96,2 (93,7–98,8)	99,3 (96,0–102,5)
	2023	88,0 (86,1–89,9)	87,5 (84,5–90,4)	88,4 (86,0–90,9)
Bozulmuş açlık kan glukozu olanların yüzdesi (venöz plazma değeri ≥ 110 mg/dl ve < 126 mg/dl)	2017	%7,9 (6,3–9,5)	%8,1 (5,9–10,4)	%7,7 (5,5–10,0)
	2023	%4,6 (2,9–6,3)	%3,5 (1,6–5,3)	%5,7 (2,4–9,0)
Yüksek açlık kan glukozu (venöz plazma değeri ≥ 126 mg/dl) olanların veya hâlen yüksek açlık kan glukozu için ilaç kullananların yüzdesi	2017	%11,1 (9,4–12,8)	%10,6 (8,3–13,0)	%11,5 (9,1–13,9)
	2023	%9,3 (7,6–11,0)	%9,8 (7,1–12,5)	%8,8 (6,6–11,1)
HbA1c seviyesi $\geq 6,5$ olanların yüzdesi	2017	%12,0 (10,5–13,6)	%11,9 (9,6–14,1)	%12,2 (10,1–14,4)
	2023	%11,9 (9,0–14,7)	%13,2 (9,7–16,7)	%12,5 (10,4–14,7)
HbA1C değeri yüksek olanlar ($\geq 6,5$) veya hâlen diyabet için tedavi alanlar yüzdesi	2017	%17,3 (15,3–19,3)	%16,3 (13,5–19,1)	%18,3 (15,5–21,1)
	2023	%16,9 (14,4–19,3)	%16,2 (12,8–19,5)	%17,6 (13,7–21,5)
Toplam kan kolesterolü ortalaması (mg/dl) (hâlen yüksek kolesterol için ilaç kullananlar dâhil)	2017	161,2 (158,5–163,8)	154,9 (151,4–158,5)	167,3 (163,7–171,0)
	2023	163,5 (159,9–167,0)	155,7 (149,7–161,6)	171,1 (167,5–174,8)
Yüksek kolesterol düzeyi (≥ 190 mg/dl) olanların veya hâlen yüksek kolesterol için ilaç kullananların yüzdesi	2017	%24,7 (22,3–27,1)	%20,9 (17,6–24,1)	%28,5 (25,0–31,9)
	2023	%27,8 (24,6–31,0)	%21,9 (17,3–26,5)	%33,5 (29,1–37,9)
HDL kolesterol düzeyi optimal düzeyin altında (erkekler için < 40 mg/dl ve kadınlar için < 50 mg/dl) olanların yüzdesi	2017	%52,3 (49,4–55,3)	%55,6 (51,3–59,9)	%49,1 (45,1–53,1)
	2023	%49,8 (46,0–53,7)	%43,4 (37,5–49,2)	%56,1 (51,8–60,5)
Ortalama günlük tuz tüketimi (gram)	2017	9,9 (9,7–10,1)	11,0 (10,8–11,3)	8,7 (8,5–8,8)
	2023	9,9 (9,7–10,1)	11,3 (10,9–11,6)	8,5 (8,3–8,6)

Hâlihazırda yüksek kan glukozu seviyeleri (mg/dl) için ilaç kullananlar da dâhil olmak üzere ortalama açlık kan glukozu 2017'de 97,8 mg/dl iken 2023'te 88,0 mg/dl'ye düşmüştür. Benzer gelişme hem erkeklerde (2017: 96,2 mg/dl; 2023: 87,5 mg/dl) hem de kadınlarda (2017: 99,3 mg/dl; 2023: 88,4 mg/dl) görülmektedir.

Açlık kan glukozu bozukluğu olan kişilerin oranı erkeklerde 2017 yılında %8,1 iken 2023 yılında %3,5'e düşmüştür. Kadınlar arasında da benzer bir düşüş gözlenirse de aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Her iki çalışmanın karşılaştırılmasında, HDL kolesterol düzeyi optimal düzeyin altında olanların yüzdesinde düşüş olumlu olarak değerlendirilmektedir. Erkeklerde optimal düzeyin altında HDL'si olanların yüzdesi 2017'de %55,6 iken 2023'te %43,4'e düşmüştür. Fark, istatistiksel olarak anlamlıdır.

"Kalp damar hastalığı riski" bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 91'de sunulmaktadır.

Tablo 91: "Kalp Damar Hastalığı Riski" Bölümü İçin THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması

Gösterge	Yıl	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
40-69 yaş arasındaki nüfusta 10 yıllık kalp damar hastalığı riski $\geq$ %30 olanlar veya hâlen kalp damar hastalığı olanların yüzdesi ¹	2017	%10,5 (8,1-12,9)	%13,3 (9,2-17,4)	%7,8 (5,3-10,3)
	2023	%12,7 (9,3-16,1)	%15,6 (9,8-21,4)	%9,7 (6,6-12,9)
Kalp hastalığı ve inmeden korunmak için ilaç tedavisi ve danışmanlık alan uygun kişilerin yüzdesi	2017	%55,9 (45,3-66,6)	%55,1 (39,6-70,7)	%57,0 (44,3-69,8)
	2023	%64,5 (52,2-76,8)	%60,0 (43,6-76,3)	%71,9 (58,1-85,7)

¹10 yıllık KDH riski yaş, cinsiyet, kan basıncı, sigara kullanma durumu (hâlen 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.

40-69 yaş arası kişilerde KDH'ye yakalanma riski yıllar içinde artış göstermiştir. 10 yıllık KDH riski $\geq$ %30 olan veya KDH varlığı olan 40-69 yaş arası kişilerin yüzdesi 2017'de %10,5 iken 2023'te %12,7'ye yükselmiştir. Benzer bir artış her iki cinsiyette de görülmesine karşın bu artışlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

"Birleşik risk faktörlerinin özeti" bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 92'de sunulmaktadır.

Tablo 92: Birleşik Risk Faktörleri Bölümü İçin THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması

Gösterge	Yıl	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
15 yaş ve üzerinde risk faktörlerinden herhangi birisi olmayanların yüzdesi	2017	%1,3 ¹ (0,7-2,0)	%1,9 ¹ (0,7-3,1)	%0,8 ¹ (0,4-1,2)
	2023	%2,5 [*] (1,4-3,5)	%1,9 [*] (1,0-2,8)	%3,1 [*] (1,2-4,9)
18-44 yaş grubunda üç veya daha fazla risk faktörü olanların yüzdesi	2017	%42,2 (39,4-44,9)	%45,6 (41,4-49,8)	%38,9 (35,6-42,3)
	2023	%32,0 (29,4-34,6)	%35,4 (31,5-39,3)	%28,5 (25,1-32,0)
45-69 yaş grubunda üç veya daha fazla risk faktörü olanların yüzdesi	2017	%65,9 (63,2-68,6)	%61,5 (57,5-65,5)	%70,0 (66,5-73,5)
	2023	%61,3 (58,8-63,8)	%60,2 (56,4-64,0)	%62,4 (59,2-65,6)
18-69 yaş grubunda üç veya daha fazla risk faktörü olanların yüzdesi	2017	%51,0 (48,9-53,0)	%51,5 (48,5-54,5)	%50,5 (47,8-53,1)
	2023	%43,2 (41,2-45,3)	%44,8 (41,8-47,8)	%41,6 (38,9-44,4)
15 yaş ve üzerinde üç veya daha fazla risk faktörü olanların yüzdesi	2017	%51,2 (49,3-53,0)	%50,3 (47,5-53,2)	%51,9 (49,5-54,4)
	2023	%44,8 (42,9-46,7)	%45,1 (42,2-48,0)	%44,5 (41,9-47,1)

¹n <50

Birleşik BOH risk faktörünün olmadığı kişi yüzdesi 2017'de %1,3 iken 2023'te %2,5 olarak bulunmuştur.

Genel olarak, birleşik BOH risk faktörlerinin sıklığında 2017 sonuçlarına göre 2023 yılında bir azalma olduğu görülmektedir.

18-69 yaş arası 3 veya daha fazla risk faktörüne sahip kişiler 2017'de %51,0 iken 2023'te %43,2'ye düşmüştür. Hem erkekler (sırasıyla %51,5 ve %44,8) hem de kadınlar (sırasıyla %50,5 ve %41,6) arasında 18-69 yaş arasında üç ve daha fazla risk faktörüne sahip kişilerin sıklığında azalma gözlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Bu göstergenin 18-44 yaş arası nüfustaki dinamikleri de benzer bir eğilim göstererek 2017'de %42,2 iken 2023'te %32,0'a düşmüştür (erkeklerde %45,6'dan %33,4'e ve kadınlarda %38,9'dan %28,5'e). Bu fark da istatistiksel olarak anlamlıdır.

"Seçilmiş BOH risk faktörleri için hayat tarzı önerileri" bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 93'te sunulmaktadır.

Tablo 93: "Seçilmiş BOH Risk Faktörleri İçin Hayat Tarzı Önerileri" Bölümü İçin THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması

Gösterge	Yıl	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
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	2017	%40,5 (38,4-42,5)	%38,1 (35,3-40,9)	%42,9 (40,4-45,3)
	2023	%46,9 (45,0-48,8)	%45,2 (42,7-47,8)	%48,5 (46,1-51,0)

Son 12 ay içinde sağlık çalışanlarından sağlıklı yaşamla ilgili birden fazla konuda danışmanlık veya eğitim almış kişiler 2017'de %40,5 iken 2023'te %46,9'a yükselmiştir. Son 12 ay içinde sağlık çalışanlarından sağlıklı yaşamla ilgili birden fazla konuda danışmanlık veya eğitim almış kişilerin oranındaki artış hem erkeklerde (2017: %38,1; 2023: %45,2) hem de kadınlarda (2017: %42,9; 2023: %48,5) gözlenmiştir.

"Seçilmiş BOH risk faktörlerinin olumsuz sağlık etkilerinin farkındalığı" bölümü için THSA 2017 ve THSA 2023 sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 94'te sunulmaktadır.

Tablo 94: "Seçilmiş BOH Risk Faktörlerinin Olumsuz Sağlık Etkilerinin Farkındalığı" Bölümü İçin THSA 2017 ve THSA 2023 Sonuçlarının Karşılaştırılması

Göstergeler	Yıl	Her iki cinsiyet (%95 GA)	Erkek (%95 GA)	Kadın (%95 GA)
Seçilen BOH risk faktörlerinden herhangi birinin sebep olduğu iki veya daha fazla sağlık sorununu bilenlerin yüzdesi ¹	2017	%87,3 (85,9–88,6)	%89,1 (87,4–90,8)	%85,5 (83,8–87,1)
	2023	%93,3 (92,3–94,3)	%94,1 (92,9–95,3)	%92,5 (91,3–93,7)
Tütün ürünleri kullanımının sebep olduğu iki veya daha fazla sağlık sorununu bilenlerin yüzdesi	2017	%76,2 (74,4–78,1)	%77,0 (74,3–79,6)	%75,5 (73,4–77,6)
	2023	%84,0 (82,6–85,4)	%85,6 (83,9–87,4)	%82,5 (80,6–84,3)
Yüksek tuz tüketimi sebep olduğu iki veya daha fazla sağlık sorununu bilenlerin yüzdesi	2017	%71,6 (69,8–73,5)	%72,3 (69,8–74,9)	%71,0 (68,8–73,2)
	2023	%75,0 (73,4–76,7)	%75,2 (72,9–77,4)	%74,9 (72,8–76,9)
Yüksek düzey yağ tüketiminin sebep olduğu iki veya daha fazla sağlık sorununu bilenlerin yüzdesi	2017	%64,3 (62,2–66,3)	%65,7 (63,0–68,4)	%62,8 (60,3–65,4)
	2023	%65,4 (63,4–67,3)	%65,8 (63,1–68,4)	%64,9 (62,5–67,4)
Düşük miktarda meyve ve/veya sebze tüketiminin sebep olduğu iki veya daha fazla sağlık sorununu bilenlerin yüzdesi	2017	%33,2 (31,2–35,2)	%32,8 (30,1–35,6)	%33,6 (31,2–36,1)
	2023	%36,7 (34,7–38,7)	%38,1 (35,5–40,7)	%35,4 (32,9–37,9)
Yetersiz fiziksel aktivitenin sebep olduğu iki veya daha fazla sağlık sorununu bilenlerin yüzdesi	2017	%58,3 (56,2–60,5)	%59,6 (56,7–62,4)	%57,1 (54,5–59,8)
	2023	%59,3 (57,3–61,3)	%59,4 (56,8–62,0)	%59,2 (56,7–61,7)
Alkol tüketiminin sebep olduğu iki veya daha fazla sağlık sorununu bilenlerin yüzdesi	2017	%74,2 (72,3–76,1)	%75,9 (73,4–78,4)	%72,5 (70,3–74,7)
	2023	%82,0 (80,4–83,6)	%83,2 (81,1–85,2)	%80,9 (78,9–82,8)
Bağımlılık yapıcı madde kullanımının sebep olduğu iki veya daha fazla sağlık sorununu bilenlerin yüzdesi	2017	%73,4 (71,6–75,3)	%75,5 (73,1–77,9)	%71,4 (69,1–73,6)
	2023	%82,4 (80,8–84,0)	%84,4 (82,4–86,4)	%80,4 (78,5–82,4)

¹BOH 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.

Seçilen BOH risk faktörlerinin sebep olduğu sağlık sorunlarının farkındalığı ile ilgili olumlu değişiklikler gözlenmiştir. Seçilen BOH risk faktörlerinden herhangi birinin sağlık üzerindeki iki ya da daha fazla olumsuz etkisini ifade edebilenler 2017 yılında %87,3 iken 2023 yılında %93,3'e yükselmiştir. Seçilen BOH risk faktörlerinden herhangi birinin sağlık üzerinde iki ya da daha fazla olumsuz etkisi olduğunu belirten kişilerin oranında hem erkekler (2017: %89,1; 2023: %94,1) hem de kadınlarda (2017: %85,5; 2023: %92,5) artış gözlenmiştir.

Seçilen bulaşıcı olmayan hastalık risk faktörlerine ilişkin farkındalıkta genel olarak olumlu bir gelişme görülmekle birlikte, sadece sigara, alkol kullanımı ve madde bağımlılığının zararlarını bilme değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık söz konusudur.

6. SONUÇ

BOH'lar küresel ölçekte, yaygın bir halk sağlığı sorunudur ve birçok ülke ulusal politikalarında, BOH'ları önlemeye öncelik vermiştir. BOH'ları önleyici politikalar, sağlık, eğitim, ulaşım gibi farklı sektörlerin katılımını ve işbirliğini gerektirmektedir. Bu sayede, erken yaştan itibaren sağlıklı yaşam tarzının geliştirilmesi ile risk faktörlerinin kontrolünü ve önlenmesini içeren topluma yönelik müdahaleler mümkün olabilir. BOH'larla mücadelede temel yaklaşımlardan birisi de, toplumu temsil eden ölçümlere dayanarak BOH risk faktörlerinin sürekli izlenmesidir. İlki 2017 yılında gerçekleştirilen bu çalışma, DSÖ tarafından kronik hastalıklar için risk faktörlerinin surveyansına yönelik olarak geliştirilen STEPS metodolojisi kullanılarak Türkiye'de gerçekleştirilen ikinci çalışmadır.

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

► Tütün kullanımına ilişkin en önemli sonuçlar şunlardır:

- Hâlen tütün (dumanlı veya dumansız) kullananların yüzdesi %34,8'dir (erkeklerde %46,1 ve kadınlarda %23,6).
- Her gün tütün ve tütün ürünü içenlerin yüzdesi %31,3'tür (erkeklerde %41,6 ve kadınlarda %21,1). Günlük tütün ve tütün ürünü içenlerin ortalama içmeye başlama yaşı 18,3'tür (erkeklerde 17,7 ve kadınlarda 19,7).
- Her gün tütün ürünü kullananların arasında mamul sigara içenler %94,1'dir (erkeklerde %93,9 ve kadınlarda %94,5).
- Her gün tütün ürünü içenler arasında ortalama içilen mamul sigara sayısı 15,6'dır (erkeklerde 17,1 ve kadınlarda 12,8).
- Nüfusun %9,7'si eskiden tütün ve tütün ürünü kullanmış olup (erkeklerde %12,7 ve kadınlarda %6,6) %55,6'sı hiç tütün ve tütün ürünü kullanmamıştır (erkeklerde %41,2 ve kadınlarda %69,8). Nüfusun %3,4'ü ise her gün tütün ve tütün ürünü kullanmaktadır (erkeklerde %4,4 ve kadınlarda %2,4).
- Hâlen tütün ve tütün ürünü kullananlardan son 12 ay içerisinde tütün içmeyi bırakmayı deneyenler %25,4'tür (erkeklerde %24,1 ve kadınlarda %28,0).
- Hâlen tütün ve tütün ürünü kullananlardan son 12 ay içerisinde hekim ya da sağlık çalışanı tarafından tütün içmeyi bırakması tavsiye edilenler %26,1'dir (erkeklerde %24,9 ve kadınlarda %28,2).

► Alkol ve uyuşturucu kullanımına ilişkin bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Türkiye nüfusunun %81,0'ı hayatları boyunca alkol kullanmamıştır (erkeklerde %72,6 ve kadınlarda %89,4).
- Son 30 günde alkol tüketenler nüfusun %10,2'sidir ve erkeklerde (%15,1) kadınlardan (%5,4) daha yüksektir.
- Son 30 günde en az bir kez tek seferde altı ya da daha fazla alkollü içecek tüketenler %5,9'dur (erkeklerde %8,6 ve kadınlarda %3,1).

- Türkiye nüfusunun %0,9'u bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde kullanmaktadır ve madde kullanımı erkeklerle kadınlarda benzerdir.
- Diyetle ilgili bazı sonuçlar şunları içermektedir:
- Normal bir günde tüketilen ortalama meyve porsiyonu sayısı 1,2'dir (erkeklerde 1,2 porsiyon ve kadınlarda 1,3 porsiyon).
 - Normal bir günde tüketilen ortalama sebze porsiyonu sayısı 1,5'dir (erkeklerde 1,5 porsiyon ve kadınlarda 1,6 porsiyon).
 - Nüfusun %87,9'u günde ortalama beş porsiyondan daha az meyve ve/veya sebze tüketmektedir (erkeklerde %88,2 ve kadınlarda %87,6).
 - Yemeklerini yemeden önce ya da yerken sıklıkla/her zaman tuz ya da tuzlu sos ekleyenlerin sıklığı %20,9'dur (erkeklerde %21,8 ve kadınlarda %20,1).
 - Diyetteki tuzun azaltılmasının çok önemli olduğuna inananların sıklığı %73,9'dur (erkeklerde %69,9 ve kadınlarda %77,8).
- Fiziksel aktivite ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:
- Nüfusun %32,1'i yetersiz fiziksel aktivitede bulunmaktadır (erkeklerde %25,9 ve kadınlarda %38,4). DSÖ, sağlık için haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite ya da eşdeğeri önermektedir.
 - Türkiye'de günlük ortalama fiziksel aktivite zamanı 47,1 dakika olarak hesaplanmıştır (erkeklerde 64,3 dakika/gün ve kadınlarda 34,3 dakika/gün).
- Yüksek kan basıncı öyküsü ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:
- Türkiye nüfusunun %16,7'si şu ana kadar kan basıncını hiç ölçtürmemiştir.
 - Nüfusta yüksek kan basıncı ya da hipertansiyon sıklığı %18,3'tür (erkekler için %14,9 ve kadınlar için %21,7). Sıklık yaşla artmaktadır.
- Diyabet öyküsü ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:
- Her dört katılımcıdan biri daha önce hiç kan glukozu ölçümü yaptırmamıştır.
 - Erişkin Türk nüfusunda yüksek kan glukozu ya da diyabet prevalansı %11,0'dır (erkekler için %10,4 ve kadınlar için %11,5). Prevalans yaşla birlikte artmaktadır.
- Yüksek total kolesterol öyküsü ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:
- Nüfusun %39,4'ü daha önce hiç total kolesterol seviyelerini ölçtürmemiştir.
 - Erişkin Türk nüfusunda artmış total kolesterol sıklığı %11,7'dir (erkekler için %9,8 ve kadınlar için %13,6). Genel olarak prevalans yaşla birlikte artmaktadır.
- Kansere tarama testleri ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:
- Beş kişiden ikisi kanser taramalarının ücretsiz olduğunu bildiğini belirtmiştir. Kansere taramaları ile ilgili olarak, kadınların farkındalığı (%52,3) erkeklere göre (%36,8) daha yüksektir.
 - 50-70 yaş grubunda her 5 kişiden 3'ü gaitada gizli kan testi yaptırmamıştır.
 - Son 10 yılda, 50-70 yaş grubunda yer alan her 10 kişiden yaklaşık ikisine kolonoskopi yapılmıştır.
 - 40-69 yaş grubundaki 5 kadından yaklaşık 3'ü mamografi çekirmiştir.
 - 30-65 yaş grubundaki kadınların yaklaşık yarısına hiç serviks kanseri taraması yapılmamıştır.



- Her 3 kişiden 1'i, son 12 ayda hipertansiyon, KDH, inme, diyabet, kanser, kronik obstrüktif solunum yolu hastalığı veya astım tedavisi nedeniyle hastaneye başvuru yapmıştır.
- Nüfusun %8,4'ü hiç aile hekimine başvurmamıştır, bununla beraber yaklaşık %57,2'si son 6 ayda muayene olmuştur.
- Fiziksel ölçümler ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:
 - Nüfusun ortalama sistolik ve diyastolik kan basınçları sırasıyla 120,3 mmHg ve 77,9 mmHg olarak bulunmuştur.
 - Yüksek kan basıncı sebebiyle ilaç kullananlar dâhil, ölçümlerde yüksek kan basıncı tespit edilenlerin oranı (kan basıncı yüksekliği sebebiyle ilaç kullananlar dâhil) kadınlarda %28,6 ve erkeklerde %26,2'dir ve bu durum yaşla birlikte artmaktadır.
 - Nüfusun ortalama BKİ değeri 27,0 kg/m² olarak hesaplanmıştır (erkeklerde 26,5 kg/m² ve kadınlarda 27,5 kg/m²)
 - Nüfusun %60,9'u fazla kilolu ve obez (BKİ ≥ 25 kg/m²) ve %25,4'ü obez (BKİ ≥ 30 kg/m²) olup bu değerler erkeklerde sırasıyla %61,3 ve %20,0; kadınlarda ise sırasıyla %60,5 ve %30,8'dir.
- Biyokimyasal ölçümler ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur.
 - Ortalama açlık kan glukozu değeri 88,0 mg/dl'dir (erkeklerde 87,5 mg/dl, kadınlarda 88,4 mg/dl) ve yaş ile artmaktadır (diyabet için hâlen ilaç kullananlar dâhil).
 - Ortalama HbA1c düzeyi kadın ve erkekte benzerdir (erkekler için %5,8; kadınlar için %5,9). Yüksek HbA1c ($\geq 6,5$) düzeyine sahip olma sıklığı %12,5'tir ve yaşla birlikte artmaktadır.
 - Çalışmada kolesterol yüksekliği için ilaç kullananlar da dâhil ortalama total kolesterol 163,5 mg/dl olarak saptanmıştır ve kadınlarda (171,1 mg/dl), erkeklerden (155,7 mg/dl) daha yüksektir.
 - Erkeklerin %43,4'ünde ve kadınların %56,1'inde HDL kolesterol optimal düzeyin altında saptanmıştır.
 - Günlük ortalama tuz tüketimi 9,9 gramdır ve erkekler kadınlara göre daha fazla tuz tüketmektedir (erkekler için 11,3 g/gün, kadınlar için 8,5 g/gün).
- 40-69 yaş arasındaki nüfusun %12,7'sinde 10 yıllık kalp damar hastalığı riski ≥ 30 'dur veya kalp damar hastalığı mevcuttur ve erkekler (%15,6) kadınlardan (%9,7) daha fazla riske sahiptir.
- Sağlık algısı ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur:
 - %51,5 sağlık durumlarının "iyi" olarak algılamaktadırlar (erkeklerde %53,9; kadınlarda %49,2).
 - Sağlık durumunu olumlu algılama yaşla birlikte azalmaktadır.
- 2017 çalışması ile 2023 çalışmasının karşılaştırılması neticesinde elde edilen bazı değişiklikler aşağıda özetlenmiştir:
 - Toplumda her gün mamul sigara içenlerin yüzdesi 2017'de %97,3 iken 2023'te %94,1'e düşmüştür.
 - Alkol tüketimi kadınlarda artmaktadır.
 - Toplumda fiziksel aktivite konusunda önemli gelişmeler olduğu görülmektedir.
 - Normal bir haftada meyve tüketilen ortalama gün sayısı her iki cinsiyette azalmıştır.



- BKİ ile ilgili göstergelerin tümünde olumlu değişiklikler gözlenmektedir. Obez yüzdesi de tüm gruplar için %28,8'den (2017) %25,4'e (2023) düşmüştür. Obez yüzdesindeki bu azalma eğilimine en önemli katkı kadın grubundandır (2017: %35,9; 2023: %30,8).
- Yüksek kan basıncı (SKB ≥ 140 ve/veya DKB ≥ 90 mmHg) olan ve antihipertansif tedavi almayan kişilerin yüzdesi (2017: %57,1; 2023: %44,2) toplumda azalmıştır.
- Her iki çalışmanın karşılaştırılmasında, erkeklerde HDL kolesterol düzeyi optimal düzeyin altında olanların yüzdesinde saptanan düşüş olumlu olarak değerlendirilmektedir.

Çeşitli yaş, cinsiyet ve bölgelerdeki BOH risk faktörleri hakkında değerli bilgiler edinmenin yanı sıra, araştırma sonuçları politika yapıcılar için önemli bir veri kaynağı oluşturmaktadır. Çalışmada elde edilen sonuçlar, Türk toplumunda BOH risk faktörleri hakkında mevcut durumu ortaya koymaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörlerine yönelik tekrarlayan izlem çalışmaları, karar vericilerin mevcut politikaları izlemesi ve değerlendirmesine katkı sağlayarak, gelecek çalışmaların planlanmasında önemli rol oynayabilmektedir.



KAYNAKÇA

1. Allen L. Are we facing a noncommunicable disease pandemic? J Epidemiol Glob Health. 2017;7(1):5-9.
2. 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.
3. World Health Organization. Noncommunicable diseases Geneva2023 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>].
4. Ali MK, Jaacks LM, Kowalski AJ, Siegel KR, Ezzati M. 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.
5. NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. Lancet. 2020;396(10255):918-34.
6. World Health Organization. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva; 2023. Contract No.: 978-92-4-007432-3.
7. World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor 2022. Geneva; 2022. Contract No.: 978-92-4-004776-1
8. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results: Institute for Health Metrics and Evaluation-IHME; 2020 [Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>].
9. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014 Geneva; 2014 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564854>].
10. World Health Organization. The top 10 causes of death Geneva2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>].
11. Horton R. Non-communicable diseases: 2015 to 2025. Lancet. 2013;381(9866):509-10
12. NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the Sustainable Development Goal target 3.4 in low-income and middle-income countries. Lancet. 2022;399(10331):1266-78.
13. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006;3(11):e442.
14. Nugent R. A Chronology of Global Assistance Funding for NCD. Glob Heart. 2016;11(4):371-4.
15. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. Geneva; 2023.
16. World Health Organization. Sodium reduction Geneva; 2023 [cited 2023 25 November]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction#:~:text=For%20adults%2C%20WHO%20recommends%20less-based%20on%20their%20energy%20requirements>.
17. Mente A, O'Donnell MJ, Rangarajan S, McQueen MJ, Poirier P, Wielgosz A, et al. Association of urinary sodium and potassium excretion with blood pressure. N Engl J Med. 2014;371(7):601-11.
18. Pfister R, Michels G, Sharp SJ, Luben R, Wareham NJ, Khaw KT. 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.
19. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Geneva; 2018. Contract No.: 978-92-4-151418-7.
20. World Health Organization. Physical inactivity Geneva; 2023 [Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3416>].
21. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva; 2010.
22. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva; 2018. Report No.: 978-92-4-156563-9.



23. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva; 2000. Report No.: 0512-3054 (Print)
24. World Health Organization. Obesity Geneva; 2023 [Available from: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1.
25. World Health Organization. Obesity and overweight Geneva; 2021 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
26. Murer SB, Saarsalu S, Zimmermann MB, Aeberli I. Pediatric adiposity stabilized in Switzerland between 1999 and 2012. Eur J Nutr. 2014;53(3):865-75.
27. de Wilde JA, Verkerk PH, Middelkoop BJ. Declining and stabilising 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.
28. Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 2020;396(10258):1223-49.
29. World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva; 2023.
30. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. BMJ. 2009;338:b1665.
31. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016;387(10022):957-67.
32. Di Cesare M, Bennett JE, Best N, Stevens GA, Danaei G, Ezzati M. The contributions of risk factor trends to cardiometabolic mortality decline in 26 industrialized countries. Int J Epidemiol. 2013;42(3):838-48.
33. World Health Organization. Diabetes Geneva; 2023 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
34. Levitan EB, Song Y, Ford ES, Liu S. Is nondiabetic hyperglycemia a risk factor for cardiovascular disease? A meta-analysis of prospective studies. Arch Intern Med. 2004;164(19):2147-55.
35. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396(10258):1204-22.
36. World Health Organization. WHO methods and data sources for global causes of death 2000-2019 Geneva; 2020 [Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.
37. TURKSTAT. Türkiye Health Survey, 2022 Ankara: Turkish Statistical Institute; 2023 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>.
38. Bahadır H, Çevik C, Girgin S, Ünal B. Sağlık Sistemi, Politika ve İnsan Gücü, Sağlık Ekonomisi. In: Üner S, Okyay P, editors. Türkiye Sağlık Raporu-2020. Ankara: Hipokrat Yayıncılık; 2020. p. 71-4.
39. Ministry of Health. Health Statistics Yearbook 2022. Ankara: General Directorate of Health Research; 2024.
40. World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor 2017. Geneva; 2017.
41. World Health Organization. NCD global monitoring framework Geneva; 2018 [cited 2017 20 November]. Available from: http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en.
42. United Nations. Sustainable Development knowledge platform New York 2018 [Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>.
43. World Health Organization. The WHO STEPwise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance Geneva; 2017 [cited 2017 20 November]. Available from: http://www.who.int/chp/steps/STEPS_Manual.pdf?ua=1.
44. Ministry of Health of Türkiye. Multisectoral Action Plan of Türkiye for Noncommunicable Diseases 2017-2025. Ankara; 2017.
45. Üner S, Balçılar M, Ergüder T (ed) National Household Health Survey-Prevalence of Noncommunicable Disease Risk Factors in Turkey 2017 (STEPS) World Health Organization Country Office in Turkey, Ankara, 2018. ISBN 9789289053136
46. How to obtain measures of population-level sodium intake in 24-hour urine samples. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. WHO-EM/NUT/279/E

47. WHO, Health Topics: Tobacco [Internet] https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1
48. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
49. TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2019. [Internet] http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095
50. OECD. Alcohol consumption among adults in Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris; 2017.
51. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease. Geneva; 2007.
52. Llopis E. Funding mechanisms for the prevention and treatment of alcohol and substance disorders Geneva: World Health Organization; 2017 [Available from: http://www.who.int/fadab/msb_adab_funding.
53. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2023 Austria; 2023.
54. Charlson FJ, Baxter AJ, Dua T, Degenhardt L, Whiteford HA, Vos T. 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.
55. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2017: Trends and Developments. Luxembourg; 2017.
56. Republic of Türkiye, Ministry of Interior. Türkiye National Drug Report, Trends and Developments. Ankara; 2023.
57. WHO, Data, The Global Health Observatory, Indicator Metadata Registry List, Fruit and vegetable intake [Internet] <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3417>
58. World Health Organization. WHO global report on sodium intake reduction. Geneva; 2023.
59. Erdem Y, Akpolat T, Derici Ü, Şengül Ş, Ertürk Ş, Ulusoy Ş, et al. Dietary sources of high sodium intake in Turkey: SALTURK II. Nutrients. 2017;9(9):933.
60. GBD 2021 Diabetes Collaborators. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet. 22 June 2023. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01301-6.
61. Max Roser, Hannah Ritchie and Fiona Spooner Burden of Disease How is the burden of disease distributed and how did it change over time? February 2024 [Internet] <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>
62. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
63. World Health Organization Fact Sheet for Noncommunicable diseases [Internet] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
64. Kontas M, Ergüder T, Tello J, Loring B, Hawkins L, Jakab M. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems: Turkey: country assessment. 2014.
65. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2014 Geneva; 2014 [Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en>.
66. TÜİK, ölüm istatistikleri 2022 [Internet] <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022>,
67. Global Strategy for the Diagnosis. Management and Prevention of COPD Fontana2016 [Available from: <http://goldcopd.org/global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd-2016>.
68. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396(10258):1204–22
69. World Health Organization. Asthma fact sheet Geneva; 2017 [Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en>.
70. World Health Organization. Chronic respiratory diseases Geneva; 2018 [Available from: <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en>.



71. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx. [Last accessed on 2017 Jun 20].
72. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory [Internet] <https://gco.iarc.fr/>
73. Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD: 2023 Report [Internet] <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
74. Ministry of Health of Türkiye. Türkiye Kanser Kontrol Programı [Cancer Control Programme of Türkiye] Ankara 2015.
75. World Health Organization Fact Sheet for Tobacco [Internet] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
76. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021, Küresel Hastalık Yüğü 2019 Türkiye Sonuçları, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sayfa 98-116, Ankara 2023

TÜRKİYE HANEHALKI SAĞLIK ARAŞTIRMASI
"BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN RİSK FAKTÖRLERİ PREVALANSI", 2023
VERİ TOPLAMA ARACI

Anket Bilgileri		
	Başlangıç Kare Kodu	
Rıza formundaki katılımcının KAREKOD'unu tarayın.		
KAREKOD'u tarayamıyorsanız, lütfen aşağıya elle girin.		
Hanehalkı Ziyareti ve Katılımcı Seçimi	Cevap	Kod
İl adı		I1
İlçe/Şehir		I2
Küme	_ _ _ _ _ _ _	I2b
Bu kümedeki hane no.		
Veri derleme uzmanının kimlik no. Tabletin numarası ile aynı olabilir.		
Ziyaret sayısı	Ziyaret-1 Ziyaret-2 Ziyaret-3	S1
Şu anda bu hanede **15 yaş ve üzeri** kaç kişi yaşıyor? Bir hanede ikamet varsa ancak katılım reddedilirse '88' girin. Hanehalkı değilse veya hanede oturulmuyorsa '0' girin		S2
Hanehalkı hakkında daha fazla ayrıntı sağlayın	Bir hanehalkı değil Adreste ikamet yok	S2a
İletişim numarası Bilinmiyorsa '77' girin.		S3
Yorumlar		S4
Hanehalkı Üyeleri	Cevap	Kod
Soyadı		S5
Adı		S6
Yaş (yıl olarak)		S7
Cinsiyet	Erkek Kadın	S8
Girilen: Girilen hanehalkı üyelerinin detaylarını kontrol edin		
Tüm uygun hanehalkı üyelerinin girildiğini ve seçime devam etmeye hazır olduğunuzu onaylayın.		
Seçilen Katılımcı		
Katılım için seçilen HH üyesi:		
HH üye sıralamasında seçilen sayı:		
KAREKOD: Katılımcı no		
Seçilen HH üyesi **ilk ziyarette** evde mi?	Evet 1 Hayır 2	S9a



Seçilen HH üyesi **ikinci ziyarette** evde mi?	Evet 1 Hayır 2	S9b
Seçilen HH üyesi **üçüncü ziyarette** evde mi?	Evet 1 Hayır 2	S9c
Seçilen HH üyesi anketi gerçekleştirmeye istekli mi? Katılımcının rızasını, rıza formunu imzalatarak alın	Evet, hemen şimdi 1 Evet, daha sonra 2 Hayır, reddetti 3	S10
Anket için hazır olma Görsel doğrulama	Anket için hazır 1 Erteledi 2 Reddedildi 3	
Anket yapılan kişinin Rıza Beyanı (oluru)/İsmi,	Cevap	Kod
Anket yapılan kişinin Rıza Beyanı okundu ve onayı alındı (yazılı veya sözlü) Anketör için bilgi: Uygun cevabı seçiniz	Evet 1 Hayır 2	I5
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



Adım 1: 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? Katılımcının doğum tarihini girin. Eğer bilmiyorsa, gün, ay, yıl için "Bilmiyor" şıkkını seçin. Anketör için bilgi: Eğer doğrudan yaş söylenirse hesaplanarak doğum yılı olarak yazılacaktır.	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? Anketör için bilgi: okul öncesi hariç	Yıl	C4
Eğitim durumunuz nedir? Anketör için bilgi: En son bitirdiği okul sorulacaktır. Eğer okul bitirmemiş ise okuma yazma durumu sorulacaktır	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 Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dâhil) mezunu 8 Doktora mezunu 9	C5
Medeni durumunuz nedir? Anketör için bilgi: Uygun olan seçeneği işaretleyiniz	Bekar 1 Evli 2 Boşanmış 3 Eşi ölmüş 4	C7
Anne babanız akraba mı? Anketör için bilgi: Uygun olan seçeneği işaretleyiniz	Evet 1 Hayır 2	CC1
Son 12 ay boyunca yaptığınız işiniz nedir? Anketör için bilgi: Uygun olan seçeneği işaretleyiniz	Devlet (kamu sektörü) çalışanı 1 Özel sektör çalışanı 2 Kendi hesabına çalışan (esnaf, çiftçi vb.) 3 Ücretsiz çalışan 4 Öğrenci 5 Ev hanımı 6 Emekli 7 İşsiz (çalışabilir durumda) 8 Çalışamayacak durumda engelli veya çok hasta 9 Reddetti 88	C8



Hanenizde siz de dâhil olmak üzere kaç kişi yaşamaktasınız? Bilmiyor için '77', Reddetti için '88' giriniz.	Kişi sayısı	CC2
Hanenizde siz de dahil olmak üzere 15 yaşından büyük kaç kişi yaşıyor? Anketör için bilgi: 15 yaş ve üzerinin tanımı yıl olarak belirtilecektir. Bilmiyor için '77', Reddetti için '88' giriniz.	Kişi sayısı	CC3
Hanenizde siz de dahil olmak üzere 18 yaşından büyük kaç kişi yaşıyor? Anketör için bilgi: 18 yaş ve üzerinin tanımı yıl olarak belirtilecektir. Bilmiyor için '77', Reddetti için '88' giriniz.	Kişi sayısı	C9
Son bir yıllık süreyi göz önüne aldığınızda evinize bir ay içerisinde giren toplam ortalama gelir yaklaşık ne kadardır? TL/AY Anketör için bilgi: Hanehalkının ortalama aylık gelirini yazınız. Eğer cevap vermek istemez ise boş bırakın ve aşağıdan Reddetti veya Bilmiyor'u seçin ve sonraki soruya geçin. Katılımcı reddetti veya bilmiyor ise uygun olanı seçiniz. Bilmiyor için '77', Reddetti için '88' giriniz.	Her ay Bilmiyor 77 Reddetti 88	C10
Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı?	Var, Sosyal Güvenlik Kurumu (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur) 1 Var, Yeşil Kart 2 Var, Özel Sigorta 3 Diğer 4 Yok 5 Bilmiyor 6	CC4
Şu anda yaşadığınız yere deprem sebebiyle başka bir şehirden taşınarak mı geldiniz?	Evet 1 Hayır 2	CX5
Nereden taşındınız? (Veri derleme uzmanı için bilgi: başka yerden taşındığını belirtirse seçenekler okunmalıdır)	Adıyaman 1 Kahramanmaraş 2 Hatay 3 Other 4	CX6
Sağlık Durumu		
Soru	Cevap	Kod
Sizce sağlık durumunuz genel olarak nasıldır? Anketör için bilgi: Seçenekler okunmalıdır	Çok iyi 1 İyi 2 Orta 3 Kötü 4 Çok kötü 5	HS1



Adım 1: 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
Şu anda sigara, puro veya nargile gibi herhangi bir tütün ürünü kullanıyor musunuz? (KART veya tabletteki resmi KULLAN) Anketör için bilgi: Katılımcıya kullanmakta olduğu herhangi bir tütün ürününü sorunuz	Evet 1 Hayır 2	T1
Her gün tütün ya da tütün ürünü içiyor musunuz? Anketör için bilgi: Bu soru halen tütün ve tütün ürünü kullananlar içindir	Evet 1 Hayır 2	T2
Tütün ya da tütün ürünü içmeye ilk başladığınızda kaç yaşındaydınız? Anketör için bilgi: Bu soru halen tütün ve tütün ürünü kullananlar içindir. Katılımcıya herhangi bir tütün ürününü ne zaman kullanmaya başladığını sorunuz. Bilmiyorsa '777' girin.	Yaş (yıl)	T3
Ne kadar süre önce tütün ya da tütün ürünü içmeye başladığınızı hatırlıyor musunuz? Yıl, Ay, Hafta seçin veya Bilmiyor seçin. Anketör için bilgi: Eğer katılımcı hangi yaşta tütün kullanmaya başladığını hatırlamıyor ise o zaman hafta, ay veya yıl olarak uygun zamanı belirtiniz.	Yıl Ay Hafta Bilmiyor	T4
Sigara, ortalama olarak Bilmiyor ise '777' girin. Anketör için bilgi: Bu soru halen tütün kullananlar içindir. Eğer kullanmıyor ise her seçenekte boş bırakmak yerine 0 yazınız. Eğer her gün tütün kullanan daha az kullanıyor ise haftalık kullandığını ayrıca her gün kullanmayanlar için de haftalık kullandığını yazınız, her hafta kullanmıyorsa aylık kullanımını yazınız.	GÜNDE HAFTADA AYDA	T5a T5aw T5am
Sarma sigara, ortalama olarak Bilmiyor ise '777' girin. Anketör için bilgi: Bu soru halen tütün kullananlar içindir. Eğer kullanmıyor ise her seçenekte boş bırakmak yerine 0 yazınız. Eğer her gün tütün kullanan daha az kullanıyor ise haftalık kullandığını ayrıca her gün kullanmayanlar için de haftalık kullandığını yazınız, her hafta kullanmıyorsa aylık kullanımını yazınız.	GÜNDE HAFTADA AYDA	T5b T5bw T5bm
Pipo, ortalama olarak Bilmiyor ise '777' girin. Anketör için bilgi: Bu soru halen tütün kullananlar içindir. Eğer kullanmıyor ise her seçenekte boş bırakmak yerine 0 yazınız. Eğer her gün tütün kullanan daha az kullanıyor ise haftalık kullandığını ayrıca her gün kullanmayanlar için de haftalık kullandığını yazınız, her hafta kullanmıyorsa aylık kullanımını yazınız..	GÜNDE HAFTADA AYDA	T5c T5cw T5cm
Puro (Sigar), ortalama olarak Bilmiyor ise '777' girin. Anketör için bilgi: Bu soru halen tütün kullananlar içindir. Eğer kullanmıyor ise her seçenekte boş bırakmak yerine 0 yazınız. Eğer her gün tütün kullanan daha az kullanıyor ise haftalık kullandığını ayrıca her gün kullanmayanlar için de haftalık kullandığını yazınız, her hafta kullanmıyorsa aylık kullanımını yazınız.	GÜNDE HAFTADA AYDA	T5d T5dw T5dm



Nargile, ortalama olarak Bilmiyor ise '777' girin. Anketör için bilgi: Bu soru halen tütün kullananlar içindir. Eğer kullanmıyor ise her seçenekte boş bırakmak yerine 0 yazınız. Eğer her gün tütün kullanan daha az kullanıyor ise haftalık kullandığını ayrıca her gün kullanmayanlar için de haftalık kullandığını yazınız, her hafta kullanmıyorsa aylık kullanımını yazınız.	GÜNDE HAFTADA AYDA	T5e T5ew T5em
Tüketilen diğer tütün ürünlerini giriniz		T5other
Günlük yada haftalık nargile kullanıyorsanız başladığınızda kaç yaşındaydınız? Bilinmiyorsa '777' girin	Yaş	TX1
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	Evet 1 Hayır 2	T6
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	Evet 1 Hayır 2 Geçtiğimiz 12 ay boyunca doktora gitmemiş 3	T7
Geçmişte, herhangi bir tütün ürününü hiç tükettiniz mi? (KART veya tabletteki resmi KULLAN) Anketör için bilgi: Katılımcıya tütün veya tütün ürünü kullanmakta olduğu zamanı düşünmesini sorunuz	Evet 1 Hayır 2	T8
Geçmişte, günlük (her gün) tütün ya da tütün ürünü hiç tükettiniz mi? Anketör için bilgi: Katılımcıya tütün veya tütün ürünü kullanmakta olduğu zamanı düşünmesini sorunuz	Evet 1 Hayır 2	T9
Tütün ya da tütün ürünü kullanmayı bıraktığınızda kaç yaşındaydınız? Anketör için bilgi: Katılımcıya ne zaman tütün kullanmayı bıraktığını sorunuz. Bilinmiyorsa 777 girin.	Yaş (yıl)	T10
Ne kadar süre önce tütün ya da tütün ürünü kullanmayı bıraktınız? Anketör için bilgi: Eğer katılımcı tütün kullanmayı ne zaman bıraktığını bilmiyor ise hafta, ay veya yıl olarak uygun zamanı belirtiniz. Bilmiyorsa BOŞ bırakınız. Cevap yıllık olarak 1 ile maksimum yaş, aylık olarak 1 ile 11, haftalık olarak 1 ile 30 arasında olmalıdır.	Yıl Ay Hafta Bilmiyor	T11
Sigara (tütün) kullanmayı bırakmanızda en önemli neden hangisi idi? Bir şık seçin	Sağlığını korumak için 1 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	TX2



Size tütün ürünlerinin kullanımı soruldu. Şimdi size elektronik nikotin verme sistemleri (ENVS) olan elektronik sigaralar (e-sigaralar) hakkında sorular soracağım. Bunlara ısıtılmış tütün ürünleri (ITÜ'ler) dahil değildi.		
Şu anda elektronik sigara kullanıyor musunuz? Örneğin sigara benzerleri, vape kalemleri, tek kullanımlık POD, ve modlar	Evet 1 Hayır 2	ET1
Şu anda enfiye, çiğneme tütün, betel gibi herhangi bir dumansız tütün ürünü kullanıyor musunuz? (KART veya tabletteki resmi KULLAN) Anketör için bilgi: katılımcıya kullanmakta olduğu herhangi bir dumansız tütün ürününü düşünmesini söyleyiniz.	Evet 1 Hayır 2	T12
Şu anda dumansız tütün ürünlerini günlük olarak kullanıyor musunuz? Anketör için bilgi: Bu soru halen dumansız tütün ürünü kullananlar içindir.	Evet 1 Hayır 2	T13
Geçtiğimiz 30 gün içerisinde evinizde birisi tütün veya tütün ürünü kullandı mı?	Evet 1 Hayır 2	T17
Geçtiğimiz 30 gün içerisinde iş yerinizde birisi (çalışma alanında, binada ve/veya belirli bir ofiste) kapalı alanda tütün veya tütün ürünü kullandı mı?	Evet 1 Hayır 2 Kapalı alanda çalışmıyor 3	T18
Restoran, kafe, kahvehane, bar gibi kapalı mekânlarda ve kamusal alanlarda tütün kullanımını yasaklayan yasa uygulamalarını destekliyor musunuz?	Evet 1 Hayır 2 Kararsızım/Bilmiyorum 3	TX4

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 tabletteki resmi KULLAN) VEYA ÖRNEKLER VER) Anketör için bilgi: katılımcıya ilaç hariç alkol içeren herhangi bir içeceği düşünmesini söyleyiniz.	Evet 1 Hayır 2	A1
Son 12 ay içinde bir alkollü içecek tükettiniz mi? Anketör için bilgi: katılımcıya ilaç hariç alkol içeren herhangi bir içeceği düşünmesini söyleyiniz. Eğer katılımcı son 12 ay içinde birkaç yudum alkol tüketmiş olsa bile cevap "Evet" olmalıdır.	Evet 1 Hayır 2	A2
Son 30 gün içinde alkollü bir içecek tükettiniz mi? Anketör için bilgi: Uygun seçeneği işaretleyiniz. Eğer katılımcı son 30 gün içinde birkaç yudum alkol tüketmiş olsa bile cevap "Evet" olmalıdır.	Evet 1 Hayır 2	A5
Son 30 gün içinde, tek bir içme durumu sırasında kaç kez altı veya daha fazla standart içki tükettiniz? Anketör için bilgi: Katılımcıya son 30 gün içinde 6 veya daha fazla içki içtiği durum sayısını sorunuz. Bilmiyorsa '77' giriniz.	Kaç kez 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	A9

Bağımlılık Yapan Uyuşturucu Madde Kullanımı

Bundan sonraki sorular bağımlılık yapan uyuşturucu madde kullanımı ile ilgilidir ve mevcut sağlık durumunuz hakkında bilgi almak için sorulmaktadır. Uyuşturucu madde örnekleri: esrar ve türevleri, uçucular (uhu, bali, tiner), uyarıcılar (ekstazi, enerji içecekleri), eroin, kokain

Soru	Cevap	Kod
Bağımlılık yapan uyuşturucu madde kullanma ile ilgili durumunuz nedir?	Hiç kullanmadım 1 Denedim 2 Kullandım, kendi kendime bıraktım 3 Kullandım, tedaviyle bıraktım 4 Şu anda kullanıyorum 5	ADD1
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 Evet, diğer sağlık kuruluşunda 2 Hayır 3	ADD2
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? <i>Anketör için bilgi: Alkol ve sigara dışında olduğu belirtilmelidir</i>	Evet 1 Hayır 2	ADD3
Alo 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattını duyduunuz mu?	Evet 1 Hayır 2	ADD4

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
Tipik bir haftada, kaç gün meyve yersiniz? (KART veya tabletteki 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. Bilmiyorsa '77' girin.	Gün sayısı	D1
Meyve yediğiniz bu günlerde kaç porsiyon meyve yersiniz? (KART veya tabletteki resmi KULLAN) Anketör için bilgi: Katılımcıya kolay hatırlayabildiği bir günü sorunuz karttaki porsiyonlara atıfta bulununuz. Bilmiyorsa '77' girin	Porsiyon sayısı	D2
Tipik bir haftada, kaç gün sebze yersiniz? (KART veya tabletteki 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. Bilmiyorsa '77' girin.	Gün sayısı	D3
Sebze yediğiniz bu günlerde kaç porsiyon sebze yersiniz? (KART veya tabletteki resmi KULLAN) Anketör için bilgi: Katılımcıya kolay hatırlayabildiği bir günü sorunuz karttaki porsiyonlara atıfta bulununuz.. Bilmiyorsa '77' girin.	Porsiyon sayısı	D4

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?	Her zaman 1 Sıklıkla 2 Bazen 3 Nadiren 4 Asla 5 Bilmiyorum 77	DX1
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.	Her zaman 1 Sıklıkla 2 Bazen 3 Nadiren 4 Asla 5 Bilmiyorum 77	DX2

Tuz Tüketimi

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 ekmediğiniz, 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

Soru	Cevap	Kod
Yemeklerinize yemeden önce ya da yerken ne sıklıkla tuz ya da soya sosu veya salça gibi tuzlu soslar ekliyorsunuz? (KART veya tabletteki resmi KULLAN) Anketör için bilgi: Cevap seçeneklerini yüksek sesle okuyunuz. Tuz ve tuzlu sosları gösteren kartları kullanınız.	Her zaman 1 Sıklıkla 2 Bazen 3 Nadiren 4 Asla 5 Bilmiyorum 77	D5
Evde yemek pişirirken ne sıklıkla tuz, tuzlu çeşni et tadı veren bulyonlar, baharat ve tuz içeriği yüksek hazır karışımlar vb. veya tuzlu sos ekliyorsunuz? Anketör için bilgi: Cevap seçeneklerini yüksek sesle okuyunuz. Uygun seçeneği işaretleyiniz.	Her zaman 1 Sıklıkla 2 Bazen 3 Nadiren 4 Asla 5 Bilmiyorum 77	D6
Ne sıklıkla tuz oranı yüksek işlenmiş gıda tüketiyorsunuz? Tuz oranı yüksek işlenmiş gıdadan kastım paketlenmiş tuzlu atıştırmalıklar, turşu ve konserve, ayaküstü restoranlarda hazırlanan tuzlu gıdalar, peynir, pastırma, sucuk, sosis, şalgam suyu ve işlenmiş et gibi doğal hali değiştirilmiş gıdalar Anketör için bilgi: Cevap seçeneklerini yüksek sesle okuyunuz. Tuz oranı yüksek işlenmiş gıdaları gösteren kartları kullanınız.	Her zaman 1 Sıklıkla 2 Bazen 3 Nadiren 4 Asla 5 Bilmiyorum 77	D7



Ne kadar tuz ya da tuzlu salça tükettiğinizi düşünüyorsunuz? Anketör için bilgi: Cevap seçeneklerini yüksek sesle okuyunuz. Uygun seçeneği işaretleyiniz	Çok fazla 1 Fazla 2 Hemen hemen gerekli miktarda 3 Çok az 4 Çok çok az 5 Bilmiyorum 77	D8
Günlük beslenmenizde tuzun azaltılması sağlık durumunuz açısından sizce önemli midir? Anketör için bilgi: Uygun seçeneği işaretleyiniz	Çok önemli 1 Biraz önemli 2 Önemli değil 3 Bilmiyorum 77	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 Hayır 2	D11f
Lütfen tuz tüketimini azaltmak için yaptığınız ilave şeyleri açıklayınız	____	D11 other
Hanenizde yemek yapılırken en sık ne tür sıvı veya katı yağ kullanılır? Anketör için bilgi: Uygun seçeneği işaretleyiniz	Zeytin yağı, fındık yağı 1 Ayçiçek yağı, soya yağı, mısırözü yağı 2 Kuyruk yağı 3 Tereyağı 4 Margarin 5 Diğer 6 Özellikle "şudur" diyemem 7 Hiç kullanılmıyor 8 Bilmiyor 9	D12
Lütfen kullanılan diğer yağları giriniz.		D12 other
Ortalama, haftada kaç öğün evde hazırlanmamış yiyecek yersiniz? Öğün olarak, kahvaltı, öğle yemeği ve akşam yemeğini kastediyorum. Bilinmiyorsa 77 girin.	Sayı ____	D13
Günde kaç bardak su içersiniz? Bilinmiyorsa 77 girin.	Sayı ____	DX4

Fiziksel Aktivite



Size bir haftada farklı fiziksel aktiviteler yaparken harcadığınız zamanla ilgili sorular soracağım. Kendinizi fiziksel olarak aktif biri olarak nitelendirmesiniz 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.

Bu bilgiyi yüksek sesle okuyunuz

Soru	Cevap	Kod
İş		
İşiniz (ağır yük taşıma veya kaldırma, kazma veya inşaat işleri vb.) solunum veya kalp atış hızınızda büyük artışlara neden olan şiddetli aktivite içeriyor mu? (KART veya tabletteki resmi KULLAN)	Evet 1 Hayır 2	P1
Normal bir haftada, kaç gün işinizin bir parçası olarak ağır/çok yoğun aktiviteleri yapıyorsunuz?	Gün sayısı	P2
Normal bir gün içinde, işinizde ağır/çok yoğun aktiviteleri yaparken ne kadar zaman harcıyorsunuz? Bilinmiyorsa 77 girin.	Saat : dakika : sa. dak.	P3a
İşiniz, tempolu yürüyüş [veya hafif yük taşıma] gibi solunum veya kalp atış hızınızda küçük artışlara neden olan orta yoğunlukta aktivite içeriyor mu? (KART veya tabletteki resmi KULLAN)	Evet 1 Hayır 2	P4
Normal bir haftada, kaç gün işinizin bir parçası olarak orta/yoğun aktiviteleri yapıyorsunuz? Bilinmiyorsa 77 girin.	Gün sayısı	P5
Normal bir gün içinde, işinizde orta/yoğun aktiviteleri yaparken ne kadar zaman harcıyorsunuz? Bilinmiyorsa 77 girin.	Saat : dakika : sa. dak.	P6

Bir Yerden Bir Yere Ulaşım

Sonraki sorular az önce bahsettiğiniz iş yerindeki fiziksel aktivitelerin dışındakilerdir. Şimdi size nasıl seyahat ettiğinizle ilgili sorular soracağım. Örneğin işe, alışverişe, markete, camiye gitmek gibi. (Gerekirse diğer örnekleri ekleyin)

Soru	Cevap	Kod
Bir yere gidip gelmek için yürüyor veya bisiklet kullanıyor musunuz?	Evet 1 Hayır 2	P7
Normal bir haftada, bir yere gidip gelmek için kaç gün yürür veya bisiklete binersiniz? Bilinmiyorsa 77 girin.	Gün sayısı	P8
Normal bir günde bir yerden bir yere gitmek için yürüyerek ne kadar zaman harcarsınız? Bilinmiyorsa 77 girin.	Saat : dakika : sa. dak.	P9

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.

Soru	Cevap	Kod
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?	Evet 1 Hayır 2	P10
Normal bir haftada, kaç gün ağır/çok yoğun sporlar, fitness veya eğlence (boş zaman) aktiviteleri yaparsınız? Bilinmiyorsa 77 girin.	Gün sayısı	P11

Normal bir gün içinde, ağır/çok yoğun sporları, fitness veya eğlence aktivitelerini yaparken ne kadar zaman harcarsınız? Bilinmiyorsa 77 girin.	Saat : dakika : sa. dak.	P12
En az 10 dakika tempolu yürüyüş, bisiklet, yüzme, voleybol gibi solunum veya kalp atış hızınızda küçük bir artışa neden olan orta yoğunlukta spor, fitness veya boş zaman aktiviteleri yapıyor musunuz? (KART veya tabletteki resmi KULLAN)	Evet 1 Hayır 2	P13
Tipik bir haftada, kaç gün orta/yoğun sporlar, fitness veya eğlence (boş zaman) aktivitelerini yaparsınız?	Gün sayısı	P14
Tipik bir gün içinde orta/yoğun sporlar, fitness veya eğlence (boş zaman) aktivitelerini yaparken ne kadar zaman harcarsınız?	Saat : dakika : sa. dak.	P15

Sedanter Davranış Biçimi

Aşağıdaki sorular işte, evde, bir yerden bir yere giderken veya arkadaşlarla bir arada 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.

Tipik bir gün içinde genellikle oturarak veya uzanarak ne kadar zaman harcarsınız? Bilinmiyorsa 77 girin.	Saat : dakika : sa. dak.	P16
---	--	-----

Yüksek Kan Basıncı Hikayesi

Soru	Cevap	Kod
Hayatınız boyunca Tansiyonunuz doktor veya sağlık çalışanı tarafından ölçüldü mü?	Evet 1 Hayır 2	H1
Yüksek kan basıncınız veya hipertansiyonunuz olduğu bir doktor veya başka bir sağlık çalışanı tarafından hiç söylendi mi?	Evet 1 Hayır 2	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? 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	HX1

Şeker Hastalığı Hikayesi

Soru	Cevap	Kod
Hayatınız boyunca kan şekeriniz doktor veya sağlık çalışanı tarafından ölçüldü mü?	Evet 1 Hayır 2	H6
Bir doktor veya başka bir sağlık çalışanı tarafından yüksek kan şekeri veya şeker hastalığınızın olduğu hiç söylendi mi?	Evet 1 Hayır 2	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
Şeker hastalığı (diyabet) kontrolünüzün bir parçası olarak geçen yıl içinde en az iki defa HbA1c (son üç aylık açlık ve tokluk kan şekeri ortalamasını gösteren değer) testi yaptırdınız mı?	Evet 1 Hayır 2 Bilmiyorum 3	HX4a
HbA1c (son üç aylık açlık ve tokluk kan şekeri ortalamasını gösteren değer) 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	HX4b
Şeker hastalığı (diyabet) kontrolünüzün bir parçası olarak gözleriniz en son ne zaman muayene edildi?	Son 2 yıl içinde 1 2 yıldan daha fazla zaman önce 2 Asla 3 Bilmiyorum 4	HX4c
Diyabet kontrolünüzün bir parçası olarak ayaklarınız en son ne zaman muayene edildi?	Son 1 yıl içinde 1 1 yıldan daha fazla zaman önce 2 Asla 3 Bilmiyorum 4	HX4d
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	H12
Bir doktor ya da bir sağlık çalışanı size yüksek kolesterolünüzün olduğu söyledi mi?	Evet 1 Hayır 2	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

Soru	Cevap	Kod
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	H17
İlk kez kaç yaşında kalp krizi veya kalp hastalığı nedeni ile göğüs ağrısı (anjina) veya inme/felç (serebrovasküler hastalık veya olay) geçirdiniz? Bilinmiyorsa 77 girin.	Yaş	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

Soru	Cevap	Kod
Sizin anne-baba, ağabey-abla, kardeşlerinizde bilinen/tanı konmuş ilaç kullanımını gerektiren süreğen/kronik bir hastalık var mı?	Evet 1 Hayır 2	FH1
Sizin Anne-baba, kardeşlerinizde bilinen/tanı konmuş ilaç kullanımını gerektiren süreğen/kronik hastalık var mı? Anketör için Bilgi: Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz	Tip 2 Diyabet (şeker hastalığı) 1 Hipertansiyon (yüksek tansiyon) 2 Hiperkolesterolemi (kan yağ yüksekliği) 3 Kalp krizi 4 Göğüs ağrınız (anjina) 5 İnme/felç (serebrovasküler hastalık veya olay) 6 Kanser 7 Diğer 8 Hayır 9	FH2
Lütfen diğer kronik hastalıkları giriniz		FH2 other
Anne-baba veya ağabey-abla, kardeşlerinizden birisi erken yaşta (erken yaş erkek ise 55, kadın ise 65 yaşından önce) kalp krizi veya kalp hastalığı nedeni ile göğüs ağrısı (anjina) geçirdi mi? Anketör için Bilgi: Erken yaş erkek ise 55, kadın ise 65 yaşından önce olarak belirtilmelidir.	Evet 1 Hayır 2	FH3

Astım, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Kanser Hikayesi

Soru	Cevap	Kod
------	-------	-----



Hekim tarafından tanısı konulmuş Astım (alerjik astım dahil) hastalığınız var mı?	Evet 1 Hayır 2	CD1
Hekim tarafından tanısı konulmuş Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığınız (KOAHA/amfizem/kronik bronşit) var mı?	Evet 1 Hayır 2	CD2
Son 12 ayda herhangi bir kanser tanısı aldınız mı?	Evet 1 Hayır 2	CD3
Hangi kanser tanısını aldığınızı belirtiniz Tanı alınan kanserin adı:		CD4

Hayat Tarzı Önerileri

Soru	Cevap	Kod
Kilonuzu/Ağırlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?	Zayıf (düşük ağırlıklı) 1 Normal kilolu 2 Toplu, hafif şişman, fazla kilolu 3 Şişman (obez) 4 Çok şişman (morbid obez) 5	BW1
Son 12 ay içerisinde, doktor veya bir sağlık çalışanı size sağlık durumunuza özel olarak aşağıdakilerden birini yapmanızı önerdi mi? Anketör için not: Uygun seçeneği işaretleyiniz. Katılımcıya sadece doktor veya sağlık çalışanından aldığı öneriyi dikkate alması gerektiğini hatırlatınız.		H20
Sigaryayı bırakın ya da başlamayın	Evet 1 Hayır 2	
Diyetinizdeki tuzu azaltın	Evet 1 Hayır 2	
Günde en az 5 porsiyon meyve ve/veya sebze yiyin	Evet 1 Hayır 2	
Yemeklerinizdeki yağı azaltın	Evet 1 Hayır 2	
Fiziksel aktivite yapmaya başlayın ya da fiziksel aktiviteyi artırın	Evet 1 Hayır 2	
Kilo verin ya da kilonuzu koruyun	Evet 1 Hayır 2	
Beslenmenizde şekerli içecekleri azaltın	Evet 1 Hayır 2	

Risk Faktörlerinin Olumsuz Sağlık Etkileri

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

Soru	Cevap	Kod
Sizce, tütün içmek şimdi size okuyacağım sağlık sorunlarından hangisi/hangilerine sebep olur? Bir veya birden fazla şık seçiniz.	Akciğer hastalığı 1 Kanser 2 Kalp krizi 3 İnme (felç) 4 Yüksek tansiyon (hipertansiyon) 5 Hiçbiri 6 Bilmiyorum/Fikrim yok 77	RF1



Sizce, diyetinizde çok fazla tuz ya da tuzlu sos/ salça kullanımı şimdi size okuyacağım sağlık sorunlarından hangisi/hangilerine sebep olur? Bir veya birden fazla şık seçiniz.	Yüksek tansiyon (hipertansiyon) 1 Kalp krizi 2 Böbrek hastalığı 3 İnme (felç) 4 Mide kanseri 5 Hiçbiri 6 Bilmiyorum/Fikrim yok 77	RF2
Sizce , daha az meyve sebze tüketimi şimdi size okuyacağım sağlık sorunlarından hangisi/hangilerine sebep olur? Bir veya birden fazla şık seçiniz.	Kalp krizi 1 İnme (felç) 2 Kanser 3 Şeker Hastalığı (Diyabet) 4 Hiçbiri 5 Bilmiyorum/Fikrim yok 77	RF3
Sizce, 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
Sizce, 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
Sizce, 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
Sizce, bağımlılık yapan uyuşturucu madde kullanmak şimdi size okuyacağım sağlık sorunlarından hangisi/hangilerine sebep olur?	Karaciğer yetmezliği 1 Beyin hasarı 2 Psikiyatrik hastalıklar (depresyon, şizofreni vb.) 3 Cinsel iktidarsızlık 4 Hiçbiri 5 Bilmiyorum/Fikrim yok 77	RF7

Kanser Tarama Testleri

Soru	Cevap	Kod
Kanser taramalarının Aile Sağlığı Merkezleri ve Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) ücretsiz olarak yapıldığını duydunuz mu?	Evet 1 Hayır 2	CA1



Gaitada gizli kan testini en son ne zaman yaptırdınız? Anketör için bilgi: bu soru 50-70 yaş arası katılımcılar içindir.	Son 12 ay içerisinde 1 1 yıldan çok, 2 yıldan az 2 süre önce 2 yıldan çok, 5 yıldan az 3 süre önce 5 yıldan fazla süre önce 4 Hiç yaptırmadım 5	CA2
Son 10 yılda kolonoskopi yaptırdınız mı?	Evet 1 Hayır 2	CA3
En son ne zaman klinik meme muayenesi oldunuz?	Son 12 ay içerisinde 1 1 yıldan çok, 2 yıldan az 2 süre önce 2 yıldan çok, 5 yıldan az 3 süre önce 5 yıldan fazla süre önce 4 Hiç yaptırmadım 5	CA3a
En son ne zaman mamografi (meme filmi) çektirdiniz? Anketör için bilgi: Bu soru 40-69 yaş arası kadınlar içindir.	Son 12 ay içerisinde 1 1 yıldan çok, 2 yıldan az 2 süre önce 2 yıldan çok, 5 yıldan az 3 süre önce 5 yıldan fazla süre önce 4 Hiç yaptırmadım 5	CA4
En son ne zaman servikal smear (rahim ağzı sürüntüsü) testi yaptırdınız? Anketör için bilgi: bu soru 30-65 yaş arası kadınlar içindir.	Son 12 ay içerisinde 1 1 yıldan çok, 2 yıldan az 2 süre önce 2 yıldan çok, 5 yıldan az 3 süre önce 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 Bilmiyor 77 Cevap vermeyi reddetti 88	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
Lütfen diğer kazaları girin		
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 2 tedavi aldım Hayır, tedaviye ihtiyacım 3 olmadı	AC3
Yatarak ya da Ayaktan Tedavi		

Anketör için bilgi: Gününbirlik 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)

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	TRT1
Nasıl bir tedavi aldınız? Anketör için bilgi: birden fazla seçenek işaretlenebilir	Ayaktan tedavi 1 24 saatten daha kısa süreli gününbirlik 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 (KOA/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
Kendiniz için 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	ACH1
Kendiniz için en son ne zaman pratisyen hekimine ya da aile hekimine başvurduğunuz?	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	ACH2
Kendiniz için son 1 ay içerisinde, pratisyen hekime ya da aile hekimine kendiniz için kaç kez başvurduğunuz?	___ kere	ACH3
Kendiniz için uzman hekime en son ne zaman başvurduğunuz?	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	ACH4
Son 1 ay içinde, kendiniz için bir uzman hekime kaç kere başvurduğunuz?	___ kere	ACH5
Son 1 ay içinde, kendiniz için hekim dışı sağlık personellerinden herhangi birine başvurduğunuz mu?	Evet 1 Hayır 2	ACH6



Son 1 ay içinde, kendiniz için şimdi size okuyacağım hangi hekim dışı sağlık personeline başvurdunuz?	Fizyoterapist 1 Psikolog 2 Diyetisyen 3 Diğer sağlık personeli 4	ACH7
Lütfen diğer sağlık personellerini belirtiniz:		ACH7 other
Son 12 ay içerisinde kendiniz için evde sağlık hizmeti aldınız mı?	Evet 1 Hayır 2	ACH8

Adım 2: Fiziksel Ölçümler		
Katılımcı Step 2'ye (fiziksel ölçümlere) katılmayı kabul etti mi?	Evet 1 Hayır 2	
Kan Basıncı ve Kalp Hızı		
Soru	Cevap	Kod
Anketörün Adı ve Soyadı/Kodu	_____	M1
Kan basıncı için cihaz no:	_____	M2
1. Ölçüm Anketör için bilgi: Katılımcı 15 dakika dinlendikten sonra ilk ölçümü yapınız. Katılımcıya ikinci ölçümden önce 3 dakika daha dinlenmesini söyleyiniz.	Sistolik (mmHg) _____ Diyastolik (mmHg) _____ Kalp hızı (vuru/ dakika) _____	M4a M4b M16a
2. Ölçüm Anketör için bilgi: İkinci ölçümü kaydediniz. Katılımcıya üçüncü ölçümden önce 3 dakika daha dinlenmesini söyleyiniz.	Sistolik (mmHg) _____ Diyastolik (mmHg) _____ Kalp hızı (vuru/dakika) _____	M5a M5b M16b
3. Ölçüm Anketör için bilgi: Üçüncü ölçümü kaydediniz.	Sistolik (mmHg) _____ Diyastolik (mmHg) _____ Kalp hızı (vuru/dakika) _____	M6a M6b M16b
Lütfen kan basıncı ve kalp hızının ölçülemedi nedenlerini belirtiniz.		MNAX
Son iki haftadır yüksek kan basıncı için doktor tarafından reçetelenmiş bir ilaç alıyor musunuz?	Evet 1 Hayır 2	M7
Boy ve Kilo		
Soru	Cevap	Kod
Kadınlar için: Gebe misiniz? Anketör için bilgi: Katılımcı hamile ise boy, kilo, bel ve kalça çevresi ölçümlerini atlayınız.	Evet 1 Hayır 2	M8
Anketör Adı ve Soyadı/Kodu	_____	M9
Boy için cihaz no:	Boy _____	M10a
Kilo için cihaz no:	Kilo _____	M10b
Boy Reddettiye '888' giriniz	Santimetre (cm) _____	M11
Kilo Tartım yapılamayacak kadar ağır ise 666, reddettiye '888' giriniz	Kilogram (kg) _____	M12
Bel		
Bel için cihaz adı/kodu	_____	M13
Bel çevresi	Santimetre (cm) _____	M14
Kalça Çevresi		
Kalça çevresi	Santimetre (cm) _____	M15
Lütfen boy/kilo/bel-kalça çevresi değerlerinin ölçülemedi nedenlerini belirtiniz:		M2NAX
Spot İdrar Toplama		
Soru	Cevap	Kod
İdrar numunesi vermenizden önceki süre içerisinde aç kaldınız mı? Anketör için bilgi: Katılımcının idrar numunesini vermeden önce aç olmaması (tok olması) gerekmektedir	Evet 1 Hayır 2	B10
İdrar numunesinin alındığı zaman (24 saat dilimi)	Saat : dakika _____ : _____ sa. dak	B13



24 Saatlik İdrar Toplama		
Soru	Cevap	Kod
Katılımcı dahil etme kriterlerine göre Adım 3'e (24 saatlik idrar toplama) katılabilir mi? Kapsam dışı kişi: Kalp ya da böbrek yetmezliği, felç, karaciğer hastalığı öyküsü olan kişiler; hamile kadınlar; yeni diüretik tedavisine başlamış (iki haftadan daha az) olanlar; 24 saatlik idrar toplamasını zorlaştırabilecek diğer durumlara sahip olan kişiler.	Evet 1 Hayır 2	UX1
Katılımcının bilinen kalp veya böbrek yetmezliği, inme, karaciğer hastalığı öyküsü var mı?	Evet 1 Hayır 2	UX1a
Katılımcı hamile mi?	Evet 1 Hayır 2	UX1b
Katılımcı yakın zamanda diüretik tedavisine başladı mı (iki haftadan az)?	Evet 1 Hayır 2	UX1c
24 saatlik idrar toplamayı zorlaştıracak başka durumlar var mı?	Evet 1 Hayır 2	UX1d
Lütfen 24 saatlik idrar toplamayı zorlaştıracak diğer durumları belirtiniz.		UX1d_ other
Katılımcı Adım 3'e (24 saat idrar toplama) katılmayı kabul etti mi? Onay formunu imzalatarak katılımcıdan onay alın.	Evet 1 Hayır 2	
Katılımcı 24 saatlik idrar toplamaya ne zaman başlayacak? Tarih (gün, ay, yıl)	Şimdi 1 Daha sonra 2	
24 saatlik idrar toplamının kararlaştırılan başlangıç tarihi ve saati nedir? Katılımcının bildirdiği şekilde alınan günlük idrar örneğini kaydedin.	Gün : Ay Yıl : gün ay yıl Saat : dakika : sa. dak.	U1
Tarih, toplama sonu	Gün : Ay Yıl : gün ay yıl Saat : dakika : sa. dak.	U3
Num Kaçırılan boş sayısı (varsa) Hiçbiri kaçırılmamışsa '0' girin. Bilinmiyorsa '77' girin.		U5
Toplanan toplam idrar miktarı, gram (gr)		U6



Adım 3: Biyokimyasal Ölçümler		
Katılımcı Step 2'ye (fiziksel ölçümlere) katılmayı kabul etti mi?	Evet 1 Hayır 2	
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. (Cardiochek)	____	B3
Açlık kan şekeri Mevcut değilse veya Reddettiye '777' girin	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. Total kolesterol mevcut değilse veya Reddettiye '777' girin	_____	B7
Total kolesterol mevcut değilse veya Reddettiye '777' girin	mg/dl _____.	B8
Son iki haftadır yüksek kolesterol için doktor tarafından reçetelenmiş bir ilaç alıyor musunuz?	Evet 1 Hayır 2	B9
HDL Kolesterol& HbA1c		
HDL Kolesterol Mevcut değilse veya Reddettiye '777' girin	mg/dl _____.	B17
Cihaz no. (Siemens HbA1c)	____	B18
HbA1c %	____.	B19
Lütfen kan şekeri/kolestrol/HbA1c değerlerinin ölçülememe nedenlerini yazınız:		NABX



KATKI SAĞLAYAN KURUM VE KURULUŞLAR

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Türkiye İstatistik Kurumu

Dünya Sağlık Örgütü

Dünya Bankası

PGlobal A.Ş.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Doç. Dr. Muhammed Emin DEMİRKOL, Halk Sağlığı Genel Müdürü

Uzm. Dr. Hamit Harun BAĞCI, Halk Sağlığı Genel Müdür Yardımcısı

Prof. Dr. Sedat KAYGUSUZ, Halk Sağlığı Eski Genel Müdürü

Doç. Dr. Mehmet Enes GÖKLER, Halk Sağlığı Eski Genel Müdür Yardımcısı

Dr. Kanuni KEKLİK, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi İrep KARATAŞ ERAY, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Dr. Zübeyde ÖZKAN ALTUNAY, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı

Dr. Hamdiye YILMAZ NEMLİ, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı

Dr. Zekiye ÇİPİL, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı

Sağlık Uzmanı İlayda ÜÇÜNCÜ, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı

Sağlık Uzmanı Asiye KAPUSUZ NAVRUZ, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı

Sağlık Teknikeri Vildan EREN, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı

Görkem ÖZÇELİK, Medya ve Bilişim Koordinatörlüğü

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ

Avrupa Bölge Ofisi

Dr. Ivo RAKOVAC, Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Sürveyansı Bölge Direktörü

Sergei BYCHKOV, Danışman

Enrique Loyola ELIZONDO, Danışman

Laura VREMIS, Danışman

Julianne WILLIAMS, Uzman

Alena STEPANOVA, Program Asistanı

Türkiye Ülke Ofisi

Prof. Dr. Toker ERGÜDER, Program Yöneticisi, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Özel Girişimi ve İnovasyon (SNI)

Doç. Dr. Tufan NAYİR, Halk Sağlığı Uzmanı

Darina ALTUNTAŞ, Program Asistanı

Sıla Saadet TOKER, Program Asistanı

PGLOBAL

Proje Ekibi

Alpaslan GİRAYALP, M.Sc., Proje Genel Koordinatörü, PGlobal

Prof. Dr. Sarp ÜNER, Proje Yöneticisi/Ekip Lideri, Lokman Hekim Ü. Tıp Fak., Halk Sağlığı Anabilim Dalı



Prof. Dr. Mehmet BALCILAR, Proje Baş Danışmanı, Doğu Akdeniz Ü. İşletme ve Ekonomi Fak./The University of New Haven, Ekonomi ve İř Analitięi Bölümü, Connecticut, ABD

Ahmet GÜL, M.Sc., Saha Araştırma Yöneticisi, PGlobal

Süleyman TUZLU, Saha Koordinatörü, B.A, PGlobal

Mehmet Uęur PEKER, B.Sc., Veri İřlemci, PGlobal

Dr. Öğr. Üyesi Gülcan DEMİR, Araştırmacı, Sinop Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Büşra Gülşah ŞAHİN, M.Sc, Proje Asistanı, PGlobal

İbrahim ALTUNCU, B.A., Grafik Tasarım

"Saha çalışmasının her aşamasına katkı sağlayan İl Sağlık Müdürlüğü yöneticilerine ve çalışanlarına teşekkür ederiz."



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

www.hsgm.saglik.gov.tr