

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi  
Doç.Dr.H.Nezih DAĞDEVİREN

**EDİRNE ŞEHİR MERKEZİNDEKİ ERİŞKİNLERDE  
PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ VE  
SONUÇLARI**

**(Uzmanlık Tezi)**

**Dr. Türkan KUTLU**

EDİRNE-2010

## TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalıőmam boyunca gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı anabilim dalı baŐkanı ve tez danıŐmanım Doç.Dr.H.Nezih Dağdeviren'e, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Serdar ztora'ya, Yrd. Doç. Dr. AyŐe aylan'a, istatistik analizlerdeki yardımlarından dolayı Yrd.Doç.Dr. İmran Kurt ömürlü'ye, TÜTF'nin diğer anabilim dallarında görevli hocalarıma, araştırma görevlisi arkadaşlarıma, hastane personeline ve tüm desteklerinden dolayı aileme teŐekkür ederim. Bu alıŐma, TÜBAP 2008-109 numaralı proje ile desteklenmiştir.

## İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ .....	01
GENEL BİLGİLER.....	03
PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ .....	03
TARAMA İÇİN DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ ÖLÇÜTLERİ .....	07
YETİŞKİNLER İÇİN BAZI PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ ÖNERİLERİ.....	07
ERİŞKİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ UYGULAMALARI .....	17
GEREÇ VE YÖNTEMLER .....	18
BULGULAR.....	23
TARTIŞMA.....	50
SONUÇLAR.....	57
ÖZET.....	59
SUMMARY .....	61
KAYNAKLAR .....	63
EKLER	

## SİMGE VE KISALTMALAR

<b>AAFP</b>	: American Academy of Family Physicians (Amerikan Aile Hekimleri Akademisi)
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>AKŞ</b>	: Açlık Kan Şekeri
<b>ADA</b>	: Amerikan Diyabet Birliği
<b>ATP</b>	: Adult Treatment Panel (Erişkin Tedavi Paneli)
<b>BDÖ-BB</b>	: Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği
<b>CTFPHC</b>	: Canadian Task Force for Preventive Health Care (Koruyucu Sağlık Hizmeti için Kanada Çalışma Grubu)
<b>DKB</b>	: Diyastolik Kan Basıncı
<b>DM</b>	: Diabetes Mellitus
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>HDL</b>	: High Density Lipoprotein (Yüksek Yoğunlukta Lipoprotein)
<b>HT</b>	: Hipertansiyon
<b>JNC VII</b>	: The Seventh Report of the Joint National Committee (Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Komitesi 7. Raporu)
<b>KB</b>	: Kan Basıncı
<b>KVH</b>	: Kardiyovasküler Hastalıklar
<b>LDL</b>	: Low Density Lipoprotein (Düşük Yoğunlukta Lipoprotein)
<b>NCEP</b>	: National Cholesterol Education Program
<b>SKB</b>	: Sistolik Kan Basıncı

- T.C.** : Türkiye Cumhuriyeti
- TEKHARF** : Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- TURDEP** : Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması
- TÜBAP** : Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
- USDHHS** : United States Department of Health and Human Services (Birleşik Devletler Sağlık ve İnsan Servisi Departmanı)
- USPSTF** : United States Preventive Services Task Force (Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu)
- VKİ** : Vücut Kitle İndeksi

## GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada her yıl 55,5 milyon insan çeşitli nedenlerden ölmektedir. Ölüm nedenleri ülkeler, coğrafyalar, kültürler ve ırklar arasında değişiklik gösterse de başlıca ölüm nedenlerini %33 ile kalp hastalıkları, %23 ile kanserler, %6 ile serebrovasküler hastalıklar, %4 ile kronik akciğer hastalıkları ve % 4 ile kazalar oluşturmaktadır. Mortalite ve morbidite nedenleri arasında çevresel faktörler, obezite, sedanter yaşam, sigara, alkol ve madde kullanımı, genetik faktörler ve riskli davranışlar ilk sıralarda bulunmaktadır. Önemli morbidite ve mortalite nedenlerinin çoğunun önlenabilir olduğu açıktır. Sağlıklı gözüken insanların görüşme, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri gibi bir dizi standart işlem kullanarak belli aralıklarla değerlendirilmelerine periyodik sağlık muayeneleri denmektedir (1).

Günümüz sağlık bakımının temel amacı tedaviden çok, insanların sağlığını korumada onlara danışmanlık yapmak ve sağlık risklerinden kaçınmada yardımcı olmaktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan koruyucu hizmetler; hastalık riski taşımayan bireylerin bu risklerden uzak tutulması, risk altındaki bireylerin risklerinin azaltılması, mevcut hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile oturmuş kronik hastalıkların kalıcı hasar oluşturmalarının önlenmesini içerir. Bu temel amaçlara çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşlarca standartları belirlenmiş periyodik sağlık muayeneleri yoluyla ulaşılır. Ayrıca kişilerin sağlıklarının iyileştirilmesi için kişisel ve toplumsal destek sistemlerinin en verimli kullanımı sağlanır (2).

Periyodik sağlık muayenesi, halen henüz bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı kişilerin, tarama, muayene ve testleri ile, danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla, sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılan düzenli sağlık kontrolüdür. Her başvuran için, risk faktörlerine göre biçimlendirilmiş, kanıta dayalı olarak yapılandırılmış, spesifik, etkin, uygulanabilir ve kabul edilebilir bir izlem programıdır (3).

Bu izleme, hem birey için gerekli görülen uygulamaların güvenceye alınması, hem de sık karşılaşılan gereksiz test ve müdahalelerin de önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Bu amaç doğrultusunda, bireylere, cinsiyet ve yaş gruplarına uygun olarak, o toplumda mortalite ve morbiditeyi en fazla etkileyen hastalıkların risk faktörlerine yönelik, kanıta dayalı muayene ve tarama testlerinin uygulanmasını, danışmanlık ve hasta eğitimi hizmetlerini, bağışıklamayı da içeren bir hizmet sunumunu içermektedir (3).

Her hasta ziyareti, koruyucu sağlık hizmetlerini, danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin verilmesi için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir (3).

Bu çalışmamızda Edirne şehir merkezinde yaşayan erişkinlerde yaş gruplarına ve cinsiyetlerine göre önerilen periyodik sağlık muayenelerini uygulamayı, bunlarla sosyodemografik ve aile özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi, ayrıca elde edilecek veriler doğrultusunda bu konularda danışmanlık ve tedavi hizmeti alabilmeleri için onları yönlendirmeyi amaçladık. Çalışmamızın ülkemizde bu yönde uygun girişimler için fikir sağlayacağı kanaatindeyiz.

## GENEL BİLGİLER

### PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ

Periyodik sağlık muayenelerindeki temel amaç, sağlıklı bireylerde değiştirilebilir risk faktörlerini belirleyerek hastalıkların erken bulgularını saptamak, oluşabilecek mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır (4). Sağlıklı gözüken insanların bir dizi standart işlem (anamnez, fizik muayene, laboratuvar testleri gibi) kullanılarak belli aralıklar ile değerlendirilmelerini içerir (5). Koruyucu hizmetler tarama, danışmanlık, farmakolojik korunma ve aşılardan meydana gelmektedir (6).

### Tarihçe

Hastalık belirtisi olmayan kişilerin periyodik olarak sağlık kontrolünden geçirilmesi 1861'lere uzanmaktadır. 1921'de bir sigorta şirketinin yaptığı bir araştırmada düzenli sağlık kontrolünden geçen kişilerde mortalitenin düştüğünün saptanması ve yayınlanması ile Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) hasta olmayan kişilerin yıllık sağlık muayenesine gitmeleri popülerite kazanmıştır. 1925'te Amerikan Tıp Birliği ilk kez hasta olmayan 35 yaşından sonraki kişilerin yıllık düzenli kontrollerini destekleyen bir bildiri yayınlamıştır. 1970'lerin ortalarına kadar büyük bir değişiklik olmamıştır (3). P.S. Frame ve S.J. Carlson koruyucu hizmetlerin faydasını bildiren ilk bilimsel değeri olan makaleyi 1975'de yayınlamıştır (6). Daha sonraları yıllık sağlık muayenelerinin yeterli olmadığı görülmüştür. Bazı hastalıkların bu muayeneler sırasında henüz tanınabilir büyüklüğe ya da olgunluğa ulaşmadığı için kolaylıkla gözden kaçabilmekte olduğu, ayrıca bu hastalıklar tanınabilir büyüklüğe ya da olgunluğa ulaştığında ise zaten semptom verdiği için ek tarama ya da tetkik yapılmasına gerek kalmamakta olduğu gözlemlenmiştir. 1977'de Koruyucu Sağlık Hizmeti



için Kanada Çalışma Grubu (CTFPHC) kuruldu ve periyodik sağlık muayeneleri önerileri geliştirilmeye başlandı. 1979'da CTFPHC ilk raporlarını yayınladı ve günümüze kadar 200'ün üzerinde durum ve semptom için önerilerde bulundular. 1981'de Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP) bu tartışmaya yıllık rutin muayenelerin yerine daha seçici koruyucu yaklaşımların yapılması önerisini getirerek katıldı. Bunu 1984'de kurulan USPSTF (Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu) izlemiştir (6-9). CTFPHC, periyodik sağlık değerlendirmeleri önerileri yapabilmek için klinik-epidemiolojik bir yaklaşım oluşturmuştur (7). Bu yaklaşım USPSTF tarafından da kabul edilip kullanılmıştır (9). AAFP ise önerilerini CTFPHC ve USPSTF'nin çalışmalarını özetleyerek ve birinci basamak hekimlerinin kullanımına uygun olacak şekilde düzenleyerek yapmaktadır (8). Morbidite ve mortalitenin sık karşılaşılan nedenleri için tarama metotlarının önemini vurgulayan bu kanıta dayalı kılavuzlar modern sağlık bakım müdahalelerinin temelini oluşturmaktadır. Bu kılavuzlarda yapılan öneriler dayandıkları kanıtın gücüne göre sınıflandırılmaktadır (6,10) (Tablo 1).

**Tablo 1. Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu önerilerinin anlamı (6)**

Seviye	Öneri	Açıklama
<b>A</b>	Kuvvetle önerilen	Gelişmiş sonuçlar ve faydasının zararına göre daha fazla olduğunu gösteren güvenilir kanıt olanlar
<b>B</b>	Önerilen	Gelişmiş sonuçlar ve faydasının zararına göre daha fazla olduğunu gösteren en azından vasat kanıt olanlar
<b>C</b>	Önerilmeyen	Gelişmiş sonuçlar için en azından vasat kanıt fakat faydasının zararına göre daha fazla olup olmadığı net değil
<b>D</b>	Önerilmesine karşı	Etkisizliği ya da zararının faydasından daha fazla olduğunu gösteren vasat kanıt olanlar
<b>I</b>	Önerilmeyen	Eksik, zayıf ya da çelişkili kanıt ve göreceli fayda ve zarar tahmin edilemez

Akciğer kanseri gibi bazı hastalıklarda başlangıç evresinde radyolojik olarak tanısal büyüklüğe ulaşmadığından tedavi için yeterli süre kalmamakta, tedavi için yeterli sürenin bulunduğu dönemde ise radyolojik bulgu vermeyebilmektedir. Bu nedenlerle, yıllık sağlık muayeneleri veya “check-up” yerine periyodik sağlık muayenesi tanımı getirilerek kontrollerin sıklığı, yaş, cinsiyet ve maruziyet gibi kriterlerin ön plana geçtiği her bir parametrenin farklı dönemlerde ele alındığı yeni bir yaklaşım geliştirilmiştir. Bu yeni yaklaşımda, periyodik muayenelerde sağlıklı kişilerde belirli fizik muayene ve laboratuvar testlerinin yapılmasının yanı sıra eğitim ve danışmanlık hizmeti de verilmektedir. Yıllık sağlık muayeneleri bu tanımlamalar ışığında ikincil bir korunma (hastalığın olduğu fakat belirtinin olmadığı dönem) önlemi iken periyodik muayene birincil bir korunma (hastalığın da, belirtisinin de olmadığı ancak risk faktörlerinin olduğu dönem) önlemi olarak karşımıza çıkmaktadır (3).

Genellikle korunma birincil, ikincil ve üçüncül korunma olarak sınıflandırılır.

Birincil korunma sağlıklı bireylerde hastalık oluşumu riskini azaltıcı müdahaleler olarak tanımlanır. Hastalara tütünden kaçınmaları için danışmanlık vermek ve çocuklarda çürükleri önlemek için florür reçete etmek birincil korunma örnekleridir.

İkincil korunma asemptomatik bireylerde bir hastalık için risk faktörlerinin taranmasını veya bir hastalığın erken teşhisini içerir.

Üçüncül korunma bir hastalığa sahip bireyler için sağlanan hizmetlerdir ve amaç da uzun dönem komplikasyonların önlenmesidir (11).

Tablo 2’de bu çalışmanın oluşturulmasında da kullanılan AAFP tarafından derlenen periyodik sağlık değerlendirmeleri önerilerinden bazı örnekler verilmiştir (12).

**Tablo 2. Amerikan Aile Hekimleri Akademisi'ne göre erişkin genel topluma yönelik periyodik sağlık muayenesi önerileri (12)**

<b>Toplum/hedef kitle</b>	<b>Hastalık</b>	<b>Danışmanlık/Tarama/Aşılama</b>
18 yaş ve üzeri	Hipertansiyon	Kan basıncı ölçümü
45-79 yaş arası erkekler 55-79 yaş arası kadınlar	Kardiyovasküler hastalıklar	Aspirin kullanımı
≥ 35 yaş erkekler ≥45 yaş kadınlar	Lipid bozuklukları	Herhangi bir zamanda bakılan total kolesterol ve HDL kolesterol veya açlık lipid profili
Cinsel ilişkide bulunmuş ve serviksi olan kadınlar	Servikal kanser	En az 3 yılda bir Pap smear
50-75 yaş arası	Kolorektal kanser	GGKT/sigmoidoskopi/kolonoskopi
Gebe kalmayı düşünen kadınlar	Nöral tüp defekti	0.4-0.8mg/gün folik asit desteği
Gebelerde ilk prenatal ziyaret	Rh (D) uygunsuzluğu	Rh (D) kan tipi ve antikor testi
Gebelerde 12-16. gebelik haftası ya da ilk prenatal ziyaret	Aseptomatik bakteriüri	İdrar kültürü
Gebelerde ilk prenatal ziyaret	Hepatit B enfeksiyonu	HbsAg
Tüm erişkinler	Difteri, tetanoz	Aşı serileri tamamlandıktan sonra 10 yılda bir rapel
50 yaş üzeri	İnfluenza	Her yıl
≤24 yaş ve cinsel aktif /artmış riski olan >24 yaş kadınlar	Klamidya	Klamidya taraması
Artmış riski olan cinsel aktif kadınlar	Gonore	Gonore taraması
HIV için artmış riski olanlar	HIV	HIV testleri
Tütün kullanıcıları	Tütünün komplikasyonları	Düzenli olarak tütün bırakma danışmanlığı
Tansiyonu 135/80 mmHg üzerinde olan kişiler	Tip II Diabetes mellitus	Diyabet taraması
Alkol kullanıcıları (özellikle gebe ve erişkinler)	Alkol kötüye kullanımı	Alkol kötüye kullanımı hakkında danışmanlık

**GGKT:** Gaitada gizli kan; **HDL:** Yüksek yoğunlukta lipoprotein; **HIV:** İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü.  
**HbsAg:** Hepatit B yüzey antijeni.

## **TARAMA İÇİN DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ ÖLÇÜTLERİ**

1. Araştırılan durum, önemli bir sağlık sorunu olmalıdır.
2. Tanımlanan hastalığa sahip hastalar için kabul edilmiş bir tedavi bulunmalıdır.
3. Tanı ve tedavi tesisleri mevcut olmalıdır.
4. Asemptomatik dönem veya erken bulgu aşaması tanınabilir olmalıdır.
5. Uygun bir test veya muayene yöntemi bulunmalıdır.
6. Test, toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır.
7. Hastalığın asemptomatik halden açık hastalık haline gelişi de dâhil olmak üzere, doğal gelişim tarihçesi yeterince anlaşılmış olmalıdır.
8. Kimlerin hasta olarak kabul edileceği konusunda üzerinde anlaşılmış bir politika bulunmalıdır.
9. Olgu bulma maliyetleri (hastaların tanısı ve tanılanan hastaların tedavisi dâhil olmak üzere), bir bütün olarak sağlık bakımının olası masraflarına kıyasla ekonomik açıdan dengelenmiş olmalıdır.
10. Olgu bulma, bir “tek seferlik” proje değil, sürekli bir süreç olmalıdır (13,14).

## **YETİŞKİNLER İÇİN BAZI PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ ÖNERİLERİ**

### **Hipertansiyon**

Hipertansiyon (HT), dünyada görülme sıklığı giderek artan önemli bir toplum sağlığı sorunudur (15,16). Dünyada 2000 yılında erişkin nüfusta HT prevalansı %26,4 olup, yaklaşık 972 milyon hipertansif hastanın olduğu ve çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı bildirilmiştir. Bununla birlikte 2025 yılında prevalansın %29,2'ye ulaşacağı, toplam hasta sayısının yaklaşık %60 artarak 1,56 milyar olacağı tahmin edilmektedir (16,17). Yüksek prevalansı ve yol açtığı hastalık riski artışına bağlı olarak, hipertansiyon bütün dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. Bu hastalık, mortalite risk faktörleri listesinin ilk sırasında yer almasının yanı sıra hastalık yüküne ilişkin risk faktörleri arasında da üçüncü sıradadır. Hipertansiyon aynı zamanda dünyada en yaygın kardiyovasküler hastalık (KVH) olup gelişmiş ülkelerdeki erişkin nüfusun %20-50'sini etkilemektedir (18-20). Hastalığın görülme sıklığında yaşla birlikte artış olmaktadır (17). HT sıklığı 60 yaş sonrası %65'leri bulmaktadır. HT kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür, öyle ki miyokard enfarktüsünün %35'inden, konjestif kalp yetmezliğinin %49'undan ve yaklaşık her dört prematür ölümün birinden sorumlu tutulmaktadır (Padwel ve arkadaşları 2001) (6).

Ülkemizde de erişkin nüfusta HT yaygın olarak görülmektedir. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması (TEKHARF) çalışmasında, 30 yaş üstü erişkinlerde HT prevalansı %33,7 şeklinde bulunmuştur (17,21). Ayrıca kadın ve erkeklerin ortalama kan basıncı değerlerinde artış olduğu belirlenmiştir (17).

Hipertansiyonu tek başına değerlendirdiğimizde kan basıncı 115/75 mmHg'yı aştığında riskin artmaya başladığı görülmektedir. Bu düzeyin üzerindeki sistolik basınçta 20, diyastolik basınçta 10 mmHg'lik artış kardiyovasküler hastalık riskini 2 kat artırmaktadır (22).

Hipertansiyonun görüntülenmesinde kullanılan birincil yöntem, hastanın uygun bir şekilde en az 5 dakikalık dinlenmeyle deneyimli bir teknisyen tarafından civa veya kalibre edilmiş aneroid veya elektronik sfigmomanometre ile ölçülmesidir. Bu metodun uygun yapıldıktan sonra direkt arteriyel basınç ölçümleri ve kardiyovasküler risk ile iyi korele olduğu gösterilmiştir (Reeves, 1995) (6).

Hipertansiyon erken ölüm, kalp krizi, böbrek yetmezliği, inme gibi önemli olumsuz sağlık sonuçlarına neden olan yaygın bir durumdur. Bu yüzden USPSTF (Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu) 18 yaş üstü tüm yetişkinlerin kan basınçlarının ölçülmesini önermektedir. (Öneri A). Bu öneri bilinen hipertansiyon hastalığı olmayan yetişkinlere uygulanır. USPSTF tarama aralığını belirtmemesine rağmen; Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Komitesi 7. Raporu'nda (JNC VII) tansiyonu normal (<120/80 mmHg) olan kişilerin 2 yılda bir, prehipertansif (120-139/80-90 mmHg) olanların ise her yıl taranmasını önermektedir. Kan basıncının ofis ölçümlerinde en sık olarak sfigmomanometre kullanılır. Yüksek kan basıncı genellikle erişkinlerde sistolik 140 mmHg ve üzeri, veya diyastolik 90 mmHg ve üzeridir. Bireysel kan basıncı ölçümlerindeki değişkenlik nedeniyle hipertansiyon tanısı ancak 1 veya birkaç haftalık bir süre içinde, en az 2 ziyaret sonrası gerçekleşen 2 veya daha fazla ölçüm sonucu konur (6,10). USPSTF erişkinlerde yüksek tansiyon tedavisinin kardiyovasküler olayların sıklığı önemli ölçüde azalttığına dair iyi kanıtlar bulmuştur (23,24).

Hipertansiyona bağlı morbidite ve mortalitenin tedavi ile etkin bir biçimde azaltıldığı ispatlanmıştır. Miyokard enfarktüsü riski %25'e kadar, inme riski %40'a kadar ve konjestif kalp yetmezliği riski yarı yarıya incek şekilde azaltılabilmektedir (USDHHS, Birleşik Devletler Sağlık ve İnsan Servisi Departmanı 2005). Sistemik bir derleme, yaşlılarda izole sistolik hipertansiyonun tedavisinin tüm mortaliteyi %13 oranında azalttığını göstermektedir (Staessen ve ark, 2000). Hipertansiyonun tedavisi ile ilişkili risklerin minör olduğu ve belirgin faydalarının açıkça daha ağır bastığı gösterilmiştir (6). Tablo 3'te JNC VII raporuna göre kan basıncı sınıflandırılması görülmektedir (25).

**Tablo 3. Erişkinler için kan basıncı sınıflandırılması (25)**

<b>Kan Basıncı Sınıflama</b>	<b>Sistolik Kan Basıncı (mmHg)</b>	<b>Diastolik Kan Basıncı (mmHg)</b>
<b>Normal</b>	<120	ve <80
<b>Prehipertansiyon</b>	120-139	veya 80-89
<b>Evre 1 hipertansiyon</b>	140-159	veya 90-99
<b>Evre 2 hipertansiyon</b>	> 160	veya >100

Amerikan Kalp Derneği ve CTFPHC’de 20’li yaşların başlangıcındaki erişkinlere benzer önerilerde bulunmaktadır (7,26).

Amerikan Aile Hekimleri Akademisi de 18 yaş ve üzeri erişkinlerde yüksek kan basıncı için güçlü bir şekilde tarama önermektedir (12).

### **Tip 2 Diabetes Mellitus**

Diyabet akut komplikasyonları önlemek ve uzun vadeli komplikasyon riskini azaltmak için devamlı tıbbi bakım ve hastanın kendini yönetim eğitimini gerektiren kronik bir hastalıktır (27). Artan obezite oranlarına bağlı olarak diyabetin toplum sağlığındaki etkisi giderek artmaktadır. Obez kişilerin diyabeti algılaması ve fazla kilolu ve obez kişilerde diyabet tanısının önemi giderek artan bir yaygınlık göstermektedir (28). 2000 yılında her yaş grubu için %2,8 olan diyabet prevalansının 2030 yılında %4,4’e ulaşacağı tahmin edilmektedir (29). Ülkemizde; Satman ve arkadaşlarının yaptığı TURDEP çalışması sonuçlarına göre diyabet prevalansı %7,2 olarak bildirilmiştir (30).

Diyabetin gösterilmesi için potansiyel metotlar açlık kan şekeri (AKŞ) seviyelerini, 2 saatlik glukoz tolerans testini ve glikolize hemoglobini içermektedir. Basitliği ve yüksek tekrarlanabilirliği nedeniyle Amerikan Diyabet Birliği açlık glukoz seviyesinin primer tarama yöntemi olarak kullanılmasını önermektedir (6,31). Tablo 4’te diyabet için tanı kriterleri gösterilmektedir.

**Tablo 4. Diabetes Mellitus tanı kriterleri (31,32)**

1. Diyabet semptomları ve rastgele plazma glukoz konsantrasyonunun $\geq 200$ mg/dl (11,1 mmol/l) olması. Rastgele son yemek saatine bakılmaksızın günün her saati olarak tanımlanır. Diyabetin klasik semptomları poliüri, polidipsi ve açıklanamayan kilo kaybıdır.
veya
2. Açlık kan glukozu $\geq 126$ mg/dl (7,0 mmol/l) olması. Açlık en az 8 saat kalori alınmaması olarak tanımlanır
veya
3. OGTT sırasında yükleme sonrası 2. saat glukoz konsantrasyonunun $\geq 200$ mg/dl (11,1 mmol/l) olması. Test DSÖ' nün tanımladığı 75 g suda çözülmüş susuz glukozla eşdeğer glukoz içeren bir glukoz yükü kullanılarak yapılmalıdır.

**OGTT:** Oral Glukoz Tolerans Testi; **DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü.

Kan basıncı sürekli 135/80 mmHg'den büyük olan (tedavi altında olsun ya da olmasın) asemptomatik erişkinlerde USPSTF ve AAFP tip 2 diyabet için tarama önerir (Öneri B) (10,12,33). Amerikan Diyabet Birliği (ADA) 45 yaşından itibaren tüm erişkinlerin ve aile öyküsü veya aşırı kilo gibi risk faktörleri olan bireylerin ise daha erken yaşta başlanarak taranmasını önermektedir. Ayrıca uzman görüşleri temelinde, 3 yıllık aralıklarla tarama önerilmektedir (27). USPSTF hipertansiyonu veya hiperlipidemisi olan erişkinlerin diyabet için taranmasını önermektedir. CTFPHC de benzer şekilde kardiyovasküler olayları ve ölümü önlemek için hipertansiyonu ve/veya hiperlipidemisi olan erişkinlerin tip 2 diyabet için taranması yönünde yeterli kanıtlara sahiptir (Öneri B) (34).

Bozulmuş glukoz toleransı veya bozulmuş açlık glukozu olan asemptomatik kişiler için USPSTF rutin tarama öneren ya da karşı çıkan kanıtların yetersiz olduğunu belirtmektedir (Öneri I). (34). Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun diyabet ve hiperglisemi tanı kriterleri Tablo 5'de görülmektedir (35).

**Tablo 5. 2006 Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun diyabet ve hiperglisemi tanı kriterleri (35)**

<b>Diabetes Mellitus</b>	
Açlık Plazma Glukozu	≥126 mg/dl (≥7,0 mmol/l)
VEYA	
2 saat sonra plazma Glukozu *	≥200 mg/dl (≥11,1 mmol/l)
<b>Bozulmuş Glukoz Toleransı (IGT)</b>	
Açlık Plazma Glukozu	<126 mg/dl (<7,0 mmol/l)
VE	
2 saat sonra plazma Glukozu *	≥140 mg/dl ve <200 mg/dl (≥7,8 mmol/l ve < 11,1mmol/l)
<b>Bozulmuş Açlık Glukozu (IFG)</b>	
Açlık Plazma Glukozu	110-125 mg/dl (6,1-6,9 mmol/l)
VE (EĞER ÖLÇÜLMÜŞSE)	
2 saat sonra plazma Glukozu *	<140 mg/dl (<7,8 mmol/l)
* 75 gr oral glukoz alımından 2 saat sonra ölçülen venöz plazma glukoz değeridir	
* Eğer 2 saat sonra plazma glukozu ölçülmezse, diyabet ya da bozulmuş glukoz toleransı tanıları ayırt edilemez	

**IGT:** Bozulmuş Glukoz Toleransı; **IFG:** Bozulmuş Açlık Glukozu.

### **Lipid Bozuklukları**

Lipid bozuklukları, lipoprotein metabolizması anormallikleridir ve total kolesterol, LDL kolesterol veya trigliseriddeki yükseklikleri veya HDL kolesteroldeki düşüklükleri içerir (10).

Koroner kalp hastalığı Avrupa ve Kuzey Amerika'da erişkinler arasında başlıca mortalite ve morbidite nedeni olmaya devam etmektedir (36). Kardiyovasküler hastalıklar ülkemiz için de en önemli mortalite ve morbidite nedenleri arasındadır. Türk Kardiyoloji Derneği'nin öncülüğünde 1990'da başlayan TEKHARF çalışmasının 12 yıllık sonuçlarına göre, Türkiye'de 2 milyon kalp hastası bulunduğu ve her yıl 160 bin kişinin koroner arter hastalığı nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir (37). Öner'in (38) Edirne'de yaptığı çalışmasında hiperkolesterolemi prevalansını erişkinlerde %30,7 olarak saptanmıştır.

20 yaş üstü tüm erişkinlerde her 5 yılda bir lipid profili istenmelidir. Kişi eğer kontrol için geldiğinde aç değilse, sadece total ve HDL kolesterol seviyeleri çalışılır. Böyle bir



durumda eğer total kolesterol  $\geq 200$  mg/dl veya HDL  $< 40$  mg/dl ise sonraki lipid profilinin LDL kolesterole bağı olarak uygun yönetimi şarttır. LDL kolesterol düzeyleri ile koroner kalp hastalığı arasındaki ilişki LDL değeri düşükten yükseğe doğru gittikçe artmaktadır. Bu yüzden ‘Erişkinlerde Yüksek Kan Kolesterolünün Tespiti, Değerlendirilmesi ve Tedavisi Üzerine Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Uzman Paneli’nin Üçüncü Raporu’ (NCEP ATP III) Tablo 6’da yer alan kolesterol seviyelerini benimser (39)

**Tablo 6. Erişkinlerde yüksek kan kolesterolünün tespiti, değerlendirilmesi ve tedavisi üzerine ulusal kolesterol eğitim programı uzman panelinin üçüncü raporuna göre düşük yoğunlukta lipoprotein, total kolesterol, ve yüksek yoğunlukta lipoprotein klasifikasyonu (39)**

<b>LDL Kolesterol (mg/dl)</b>	
<100 mg/dl	En uygun
100-129 mg/dl	En uyguna yakın
130-159 mg/dl	Sınırdaki yüksek
160-189 mg/dl	Yüksek
>190 mg/dl	Çok yüksek
<b>Total Kolesterol (mg/dl)</b>	
<200 mg/dl	Normal
200-239 mg/dl	Sınırdaki yüksek
>240 mg/dl	Yüksek
<b>HDL Kolesterol (mg/dl)</b>	
<40 mg/dl	Düşük
$\geq 60$ mg/dl	Yüksek

**HDL:** Yüksek yoğunlukta lipoprotein; **LDL:** Düşük yoğunlukta lipoprotein.

Amerikan Kalp Birliği tarafından toplanan uzman panelinin son vardığı karar ile (2005), kadın ve erkeklerde, HDL kolesterol düşüklüğü için sınır kabul edilen 40 mg/dl, kadınlar için 50 mg/dl’ye yükseltilmiştir (40).

Dislipidemi için tercih edilen tarama testleri aç ya da tok karnına alınan total kolesterol ve HDL’dir. Erişkinlerde lipid bozuklukları taramasının bir parçası olarak trigliseridin rutin olarak kullanılan ilk tarama testlerine dâhil edilmesinin yararı konusunda şu anda yeterli kanıt bulunmamaktadır. Eğer laboratuvar hizmetleri güvenilir HDL değerleri sağlayamıyorsa tek başına total kolesterol ölçümü tarama için uygundur; koroner kalp

hastalığı riskinin değerlendirilmesi için total kolesterol ve HDL ölçümü tek başına total kolesterol ölçümünden daha duyarlı ve özgüdür. HDL ile birlikte ek olarak LDL veya total kolesterol daha karşılaştırılabilir bilgi sağlayacaktır fakat LDL ölçümü açlık örneği gerektirir ve daha pahalıdır (6,10,11). Anormal kan kolesterol değerleri kardiyovasküler hastalık için majör risk faktörüdür (Tablo 7).

**Tablo 7. Majör kardiyovasküler risk faktörleri (11,39)**

1. Sigara içmek
2. Hipertansiyon (kan basıncı  $\geq 140/90$  mmHg ya da antihipertansif ilaç kullanmak)
3. Düşük HDL kolesterol (HDL  $< 40$  mg/dl)
4. Yüksek LDL kolesterol (LDL  $\geq 130$  mg/dl)
5. Ailede erken yaşta koroner arter hastalığı hikâyesi (Birinci derece akrabalarda erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşından önce koroner kalp hastalığı olması )
6. Yaş (erkeklerde  $\geq 45$ , kadınlarda  $\geq 55$ )

**HDL:** Yüksek yoğunlukta lipoprotein; **LDL:** Düşük yoğunlukta lipoprotein.

Lipid bozuklukları için USPSTF ve AAFP, 35 yaş ve üstü erkekler ile 45 yaş ve üstü kadınların taranmasını güçlü bir şekilde önermektedir (Öneri A). Aynı zamanda artmış koroner kalp hastalığı riski olan erkek ve kadınların 20 yaşından itibaren araştırılmaya başlanmasını da önermektedirler (Öneri B). Tarama için en uygun zaman aralığı belirsizdir. Kılavuzlar ve uzman görüşleri temelinde, en makul seçenek, taramaların her 5 yılda bir yapılması yönündedir, fakat tedavi düzeyine yakın insanların daha kısa ve sürekli olarak, normal lipid düzeylerine sahip artmamış riski olanların ise daha uzun aralıklarla izlenmesi gerekebilmektedir (10,12). ABD’de 2001 yılında yayınlanan NCEP ATP III raporunda, 20 yaş ve üzeri kişilerde en azından her 5 yılda bir tam plazma lipid profilinin (total kolesterol, LDL kolesterol, HDL kolesterol ve trigliserid) ölçülmesini önermektedir. Sekonder veya genetik faktörler trigliseridleri arttırabilir ancak klinik pratikte yüksek trigliserid düzeyleri genelde metabolik sendromlu kişilerde görülür. NCEP ATP III Tablo 8’de görülen Trigliserid Klasifikasyonu’nu benimser (39).

**Tablo 8. Erişkinlerde yüksek kan kolesterolünün tespiti, değerlendirilmesi ve tedavisi üzerine ulusal kolesterol eğitim programı uzman panelinin üçüncü raporuna göre serumda trigliserid klasifikasyonu (39)**

Trigliserid (mg/dl)	
<150	Normal
150-199	Sınırdaki Yüksek
200-499	Yüksek
>500	Çok Yüksek

### **Obezite**

Obezite gerek erkekte, gerekse kadında koroner arter hastalığı için bağımsız bir risk faktörüdür (41). Şu anda erişkin nüfusun en az %27'si obez olan ABD'de şişmanlık prevalansı (VKİ>30 kg/m<sup>2</sup>) artmaktadır. Fazla kilolu prevalansı yaklaşık olarak %34 civarındadır (42). TEKHARF 2001/02 yılı takibinin 30 yaşını aşan kohortunda, >30 kg/m<sup>2</sup> olanların prevalansı, erkeklerde %25,3, kadınlarda %44,2 olarak saptanmıştır. On iki yıl önceki taramaya göre, obez kişi sayısı yaklaşık olarak %90 oranında artmıştır. Buna göre Türkiye'de 3,2 milyon erkek ve 5,5 milyon kadında obezite bulunduğu tahmin edilebilir (43).

Kalp hastalığı, bazı kanserler ve diyabet gibi başlıca mortalite nedenleri için obezite önemli bir risk faktörüdür. Aynı zamanda osteoartrit, safra kesesi hastalıkları, uyku apnesi ve solunum yetmezliği gibi morbidite nedenleri ile de bağlantılıdır. Azalmış hareketlilik ve sosyal damgalanma da dâhil yaşam kalitesi kaygıları ile de ilişkilidir (42).

Tüm erişkinlerde obezite taraması olarak VKİ hesaplanması USPSTF tarafından (Tablo 9) önerilmektedir ve obez hastalara kilo vermek için yardımcı müdahaleler sunulmaktadır (Öneri B) (10). CTFPHC önerileri de USPSTF önerileri ile uyumaktadır (7).

**Tablo 9. Vücut kitle indeksi değerleri (44).**

	Vücut kitle indeksi (kg/m <sup>2</sup> )	Obezite Sınıfı
<b>Düşük kilo</b>	<18,5	—
<b>Normal kilo</b>	18,5-24,9	—
<b>Fazla kilo</b>	25-29,9	—
<b>Obezite</b>	30-34,9	I
	35-39,9	II
<b>Aşırı obezite</b>	≥ 40	III

Amerikan Aile Hekimleri Akademisi aile hekimlerinin tüm erişkinleri obezite için taramasını ve obez erişkinlerde kilo kaybını teşvik için yoğun danışma ve davranışsal müdahaleleri önermektedir. Yoğun danışmanlık en az 3 ay boyunca ayda birden fazla oturum içermelidir (Öneri B) (12).

### **Depresyon**

Depresif bozukluklar kronik, yaygın ve pahalıdır. 1990'da DSÖ dünya çapında hastalıkların önde gelen 4. nedeni olarak iskemik kalp hastalıklarından veya serebrovasküler hastalıklardan daha fazla sakatlığa neden olan majör depresyonu belirtmektedir (45). Majör depresif bozukluk, yaşam boyu tahmini %13,2 prevalans ile oldukça yaygındır (46). Ülkemizde, toplum içinde genel olarak, depresif belirtilerin %20, sağaltımı gerektirir klinik düzeyde depresyonun ise %10 dolayında prevalans oranları olduğu görülmektedir (47).

Majör depresif bozukluğu olan çoğu hastaya kendi birinci basamak hekimleri tarafından tanı konur. Yüksek prevalansı ve önemli etkilerine rağmen depresyonun birinci basamakta yapılan tespit ve tedavisi suboptimaldir (48,49). Aile hekimleri hangi hastaların taranacağına ve depresyon için nasıl taranacaklarına karar vermelidirler. Anketler ve dokümanlar risk durumdan bağımsız olarak belli aralıklarla (örneğin; her 1-2 yılda veya düzenli olarak yapılması planlanan genel muayene sırasında) tüm hastalara uygulanmalıdır. Depresyonu taramak için çok sayıda özel olarak tasarlanmış anketler vardır ve aile hekimleri tarama yöntemlerinden kendi pratiklerine uygun olan herhangi birini seçebilirler (50).

Depresyon için klinik uygulamada doğru tanı, etkili tedavi ve takip sağlamak için USPSTF ve AAFP tarafından erişkinlerin taranması önerilir (Öneri B). Tarama için en uygun zaman aralığı bilinmemektedir. Depresyon öyküsü, açıklanamayan bedensel semptomları, eşlik eden psikolojik durumları (örneğin, panik bozukluk veya yaygın anksiyete gibi), madde kötüye kullanımı veya kronik ağrısı olan hastaların çoğunda tekrarlayan tarama daha verimli olabilir (10). CTFPHC de benzer önerilerde bulunmaktadır (7,51).

### **Danışmanlık**

**Tütünün bırakılması:** ABD'de erişkinler arasında tütün kullanım yaygınlığı yaklaşık olarak %20,8 dir (52). Tütün kullanımı dünyada hastalık ve ölümlerin başlıca önlenabilir nedeni olarak belirtilmektedir ve ABD'de her yıl 435.000'den fazla ölümden sorumlu tutulmaktadır (53). DSÖ ve Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi ile ortaklaşa yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008 verileri çerçevesinde Türkiye genelinde 15 yaş ve üzerindeki bireylerin %31,3'ü her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamullerini

kullanılmaktadır. Bu oran erkeklerde %47,9 iken, kadınlarda %15,2 olarak gözlenmiştir (54,55).

Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu hekimlerinin tütün kullanımı için tüm erişkinleri taramasını ve tütün kullanıcısı olanlar için tütünü bırakma müdahaleleri sağlamalarını güçlü bir şekilde önermektedirler (Öneri A) (10). CTFPHC ve AAFP de benzer önerilerde bulunmaktadır (7,12).

**Alkol kötüye kullanımı:** ABD’de birinci basamak hizmet kapsamında ki tüm nüfusta riskli içicilik %4-29, zararlı içicilik %0,3-10 ve alkol bağımlılığı %2-9 olarak saptanmaktadır. Alkol kötüye kullanımının bu formlarının yaygınlığı genellikle bütün ırk ve etnik kökündeki erkek ve gençlerde daha yüksektir (54,56).

Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu ve AAFP birinci basamak tesislerindeki hekimlerin hamile kadınlarda dâhil olmak üzere erişkinler tarafından alkol kötüye kullanımını azaltmak için tarama ve davranışsal danışmanlık müdahaleleri yapmasını önermektedir (Öneri B) (10,12). Her ne kadar en etkin tarama yöntemi belirsiz olsa da, hekimlerin hastaların alkol kullanım paternini, miktarını ve sıklığını da sorgulayan detaylı bir alkol öyküsü alması tavsiye edilir (57).

**Sağlıklı diyet:** ABD’de önde gelen hastalık ve ölüm nedenleri arasında sağlıksız beslenme davranışı ile ilişkili hastalıklar giderek artmaktadır (58). Beslenme şekli birden fazla sağlık sonucu ile ilişkili olmasına rağmen beslenme alışkanlıklarını değiştirmek ve sağlığı geliştirmek için danışmanlık net değildir (59).

Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu, CTFPHC ve AAFP birinci basamak tesislerinde seçilmemiş hastalarda sağlıklı diyete teşvik etmek için rutin davranışsal danışmanlık hizmetleri önermek ya da karşı tavsiyede bulunmak için kanıtların yetersiz olduğunu belirtmektedir (Öneri I). USPSTF hiperlipidemi veya bilinen diğer risk faktörleri olan erişkin hastalara, kardiyovasküler ve diyetle ilişkili kronik hastalıklar için, yoğun davranışsal diyet danışmanlığı önerir. Yoğun danışmanlık birincil basamak hekimlerince yapılabilir veya beslenme uzmanı veya diyetisyen gibi diğer uzmanlara teslim edilebilir (Öneri B) (7,10,12).

**Fizik aktivite:** Düzenli fiziksel aktivite kalp-damar hastalığı, hipertansiyon, tip 2 diyabet, obezite ve osteoporozu önlemeye yardımcı olur. Ayrıca morbiditeyi azaltabilir ve yaşam süresini uzatabilir (10). Fiziksel aktivitenin yararları açık olmasına rağmen, hekim

tavsiyelerinin uzun dönemde hastaların aktivite seviyelerinde artışla sonuçlandığını gösteren az kanıt mevcuttur (6). Bu nedenle USPSTF ve AAFP hastaların egzersizine yönelik veya karşıt biçimde tavsiye için öneride bulunmamaktadır (Öneri I) (10,12).

## **ERİŞKİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ UYGULAMALARI**

Erişkin dönemde trafik kazaları yanında her tür travma ve ateşli silah yaralanmaları daha belirgin ortaya çıkmaktadır. Kadınlarda servikal smear ile takibe ek olarak kırk yaştan itibaren mamografik takipler mutlaka yapılmalıdır. Daha geç dönemde 50 yaş üzerinde yıllık gaitada gizli kan takibi ve beş yılda bir sigmoidoskopi mutlaka yapılmalıdır. Diyet ve egzersiz özellikle bu dönemin hipertansiyon, diyabet, metabolik sendrom gibi ileride hayati organlarda önemli hasara yol açabilecek hastalıklarından korunmada mutlaka önerilmelidir. Sağlam kişilerin periyodik muayeneleri sırasında yıllık kan basıncı takibi, obezite yönünden boy ve ağırlık takibi konusunda eğitim verilmesi kesinlikle önerilmektedir. İki yaşından itibaren obezitenin izlenmesi önerilirken lipid profilinin erkeklerde 35, kadınlarda 45 yaşından itibaren takibi önerilmektedir. Obezitenin önlenmesi için yapabileceğimiz sık takipler fiziksel rahatsızlıklar dışında bireylerin kendilerini daha iyi hissetmelerine yol açarak hem fiziksel hem ruhsal performanslarında artışa yol açabilmektedir.

Aşılamada gebelik öncesinde tetanoz, önceden geçirilmemişse suçiçeği aşılı yapılabılır. Erişkin dönemin sonunda yıllık influenza aşısı ve polivalan pnömokok aşısı önerilebilir. Özellikle risk grubunda bulunanlara hepatit B aşısı önerilmelidir. Rutin aşılar dışında farklı bölgelere yolculuk yapanlarda gidecekleri yere özgü hastalıklardan korunmak için ek aşılar önerilebilir. Bu konuda geliştirilmiş, çok sayıda rehber bulunmaktadır.

Erişkinlerde özellikle koroner arter hastalığı olanlarda ya da bu hastalığa yakalanma riski olanlarda 35 yaşından itibaren asetilsalisilik asit ile profilaksi önerilmektedir. Kadınlarda gebe kalmadan 3 ay öncesinden itibaren folik asit kullanımı da nöral tüp defektlerinin önlenmesi için önerilen bir kemoprofilaktik yöntemdir.

Erişkin ölümlerin yaklaşık yarısının sağlıksız alışkanlıklardan kaynaklanması nedeniyle erken erişkinlik döneminde alınabilecek önlemler geç erişkinlik ve yaşlılık döneminde genel sağlık durumu hakkında belirleyicidir. Geç erişkinlik döneminde fizik muayenede özellikle pelvik muayene, rektal muayene belirgin şekilde önem taşımaktadır. Mamografi iki yılda bir rutin önerilirken klinik meme muayenesi için yıllık periyotlarda kontrol yapılması istenmektedir. Sağlıklı kişilerde kesinlikle yapılması önerilen ve 5 yılda bir kontrolü istenen lipid profili tayini en önemli laboratuvar tetkiki olarak görülmektedir (3).

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, Edirne şehir merkezinde yaşayan 35 yaş üstü erişkinlerde yaş gruplarına ve cinsiyetlerine göre sık görülen bazı hastalıklarla ilgili önerilen periyodik sağlık muayenelerini uygulamayı amaçlayan tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

Anket sorularının ve yönlendirmelerin okunabilirlik ve anlaşılabilirlik özelliklerini belirlemek üzere, Trakya Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine çeşitli sebeplerle başvurmuş, çalışma evreni dışından gelen farklı sosyoekonomik düzeylerden 20 kadın ve erkeğe deneme uygulaması yapılmış ve gerekli düzeltmelerden sonra ankete son hali verilmiştir. Anket formunun bir örneği Ek-1’de sunulmuştur.

Araştırma öncesinde, anket formlarının uygulanması ve ölçümler konusunda standardizasyonun sağlanabilmesi amacıyla araştırmacılara kısa bir eğitim verilmiştir. Çalışma erkekler için 35 yaş üstü ve kadınlar için 45 yaş üstü olmak şartıyla, Trakya Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine Ocak 2009-Şubat 2010 tarihleri arasında başvuran 559 kişiden katılmayı kabul eden 488 kişi arasında yapılmıştır. Katılımcılara gerekli açıklama yapıldıktan sonra onayları istenmiştir. Çalışma evrenini oluşturan 488 kişinin yazılı onamları alınmıştır (Ek-2). Araştırmaya gönüllü olarak dâhil olmayı kabul eden erişkinlerle yapılan yüz yüze görüşmelerde anketler kendisi ve/veya araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Araştırma iki bölümden oluşmuştur. İlk aşamada anket formu doldurulmuş, kişilere randevu verilerek aç oldukları bir gün tetkikleri istenmiş, antropometrik ve kan basıncı (KB) ölçümleri

alınmıştır.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (Ek-3). Kan basıncı ölçümleri için hastalar oda şartlarında en az 5 dakika dinlendirilmiştir. Oturur pozisyonda, kollarını dirsekten hafif kırarak, masanın üzerine ellerini koyup yumruk pozisyonuna getirip mümkün olduğu kadar üst taraflarındaki giysiler çıkarıldıktan sonra, her iki koldan kalibre edilmiş Erka marka aneroid sfingomanometre yardımıyla KB'ları ölçüldü (6,60). Sistolik KB için ilk Korotkoff sesi, diyastolik KB için ise beşinci ve son Korotkoff sesi bir Littman II steteskobun diyafram tarafı ile dinlenerek karar verildi ve yüksek olan tarafın değerlerinin KB'nı temsil ettiği kabul edildi (60). KB'nın yüksek olması halinde hasta bir 15 dakika daha bekletildi ve değerin yüksek tespit edildiği koldan ölçüm bir kez daha tekrarlandı. Bireylerin boy ve kiloları hafif tarzda giyimli şekilde kalibre edilmiş boy ölçerli bir baskül yardımıyla ölçüldü.

Hipertansiyon için, AAFP 18 yaş üstü tüm bireylerin taranmasını öneriyor (Öneri A). Aynı zamanda AAFP 35 yaş üstü tüm erkeklerin ve 45 yaş üstü tüm bayanların lipid bozuklukları için, tansiyonu sürekli 135/80 mmHg üstü olan (tedavi altında veya değil) asemptomatik kişilerin ise tip II DM için taranmasını önermektedir (Öneri B) (12). Araştırmamız için 35 yaş üstü erkeklerden AKŞ ve lipid profili (Total kolesterol, Trigliserid, HDL kolesterol, LDL kolesterol), 45 yaş üstü kadınlardan AKŞ ve lipid profili değerleri çalışıldı. Tüm tetkikler için kişinin en az 8 saat aç olması şartı arandı. Tetkikler Beckman Coulter marka (ABD), Uni Cel DxC 800 model cihazla çalışıldı. AKŞ serumda glukoz oksidaz yöntemi ile, lipid profili ise serumda spektrofotometrik yöntemle çalışıldı. Tüm bilgiler araştırmacılar tarafından kaydedildi.

Araştırmanın planlama aşaması Nisan-Temmuz 2008 tarihlerinde tamamlanmıştır. Bu sürede araştırma için literatür araştırmaları yapılmış, örneklem seçimi ile ilgili veriler toplanmış ve anketin hazırlanması ile ilgili işlemler tamamlanmıştır. Ocak 2009-Şubat 2010 tarihleri arasında 14 ayda veriler toplanmıştır. Şubat-Nisan 2010 tarihlerinde ise verilerin analizi yapılmış ve tez yazılmıştır. Araştırma yaklaşık 25 ay sürmüştür.



## VERİ TOPLAMA ARACI

Verilerin toplanması amacıyla bu araştırma için araştırmacı ve danışman tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket, katılımcıların sosyodemografik bilgilerini, sigara ve alkol alışkanlığını, depresyon düzeylerini sorgulayan kadınlar için toplam 50, erkekler için toplam 42 soru içermektedir. Anket formunun örneği Ek 1’de gösterilmiştir. Bu araştırmada periyodik sağlık muayeneleri olarak önerilen diyabet, hipertansiyon, lipid bozuklukları, obezite, depresyon gibi hastalıklarla ilgili tarama amaçlanmıştır.

Her bir katılımcıya ait demografik ve sosyodemografik bilgilerle, tıbbi öyküyü sorgulayarak anket formu doldurulmuştur. Katılımcıların eğitim düzeyi, okuryazar olma durumuna ve en son mezun oldukları okula göre belirlenmiştir.

Kullanılan değişkenlerden vücut kitle indeksi (VKİ), bilgisayar yardımı ile  $\text{kg/m}^2$  formülü ile hesaplanmıştır. Kadın ve erkekte VKİ, Tablo 9’da belirtilmiştir.

## FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞİMLİLİK TESTİ

Sigara alışkanlığı için; sigaraya başlama yaşı ve miktarı sorulmuş, halen sigara içmekte olanlara Fagerström (61) tarafından oluşturulup ülkemizdeki geçerliliği Uysal ve arkadaşları (62) tarafından yapılan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulanmıştır. Nikotin bağımlılık düzeyi, 31-38. sorular ve cevapların yanında belirtilen puanlar kullanılarak, Fagerström skorlamasına göre hesaplanmıştır (61). Alınan puanlara göre nikotin bağımlılık düzeyi Tablo 10’da belirtilmiştir.

**Tablo 10. Nikotin bağımlılık düzeyi (61)**

Fagerström Skoru	Bağımlılık Derecesi
0-2 puan	Çok az
3-4 puan	Az
5 puan	Orta
6-7 puan	Yüksek
8-10 puan	Çok yüksek

## **ALKOL BAĞIMLILIĞI TESTİ**

Alkol kullanımı sorularak, halen içmekte olanlardan Ewing (63) tarafından oluşturulup, Bush tarafından klinik kullanıma (64) uyarlanan dört soruluk CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) tarama anketi kullanılarak CAGE skorları hesaplanmıştır. Bu skora hesaplanırken 39-43. sorular kullanılmıştır. “ Hayır” cevabı için 0, “evet” cevabı için 1 puan verilmiştir. CAGE skoruna göre 2 veya daha fazla puan alınması, alkol kötüye kullanımı veya alkol bağımlılığı ile ilişkilidir (63,64).

## **DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

Bu araştırmaya katılanların depresyon varlığını ölçmek amacıyla, 44-50. sorularda yer alan Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory for Primary Care, BDÖ-BB) kısa formu kullanıldı. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği'nin Türkçe'ye adaptasyonu, geçerlilik ve güvenirlik araştırması Aktürk ve arkadaşları tarafından 2005'te yapılmıştır (65). BDÖ-BB, üzüntü, kötümserlik, geçmişteki başarısızlık, kendini beğenme, kendini suçlama, ilgi kaybı ve intihar düşüncesi veya isteği belirtilerini kullanarak yedi başlık altında depresyon taraması yapmıştır. Kullandığı başlıklar DSM-IV'e göre majör depresif bozukluğu yansıtan Beck Depresyon Ölçeği'nden alınmıştır. Her başlık 0'dan 3'e kadar dört basamaklı bir derecelendirme içerir; BDÖ-BB puanı her başlıktaki en yüksek puanların toplanmasıyla elde edilir. Toplam en fazla 21 puan elde edilebilir. Herhangi bir kesme puanı bildirilmemekle beraber 4'ün üzerindeki puanlarda depresyon olasılığı %90'ın üzerindedir (65).

## **DESTEK VE İZİNLER**

Bu araştırmada uluslararası etik kurallara uyulmuştur ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (Ek-3). Ayrıca bu tez Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi (TÜBAP) 2008-109 numaralı proje ile desteklenmiştir.

## **İSTATİKSEL ANALİZ**

Araştırma sonucunda elde edilen veriler gözden geçirilip, STATISTICA 7.0 istatistiksel paket programı (Seri No: AXF507C775406FAN2) kullanılarak uygun istatistiksel analizler yapıldı. Sonuçların oluşturulmasında frekans tabloları ve çapraz tablolar yanında çeşitli parametrik ve parametrik olmayan testler kullanılmıştır.

## **ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırma evreni araştırma amaçları ile uygun belirlenmiş olsa en büyük sınırlılığı sadece Edirne şehir merkezini temsil edebilmesidir. Kişilerin tercihlerinin sorularla belirlenmesinin yapısal bazı kısıtlılıkları vardır. Aynı kişilerin tutumları verdikleri cevaplarla örtüşmeyebilir. Ancak davranışların verilen cevaplarla ne kadar örtüştüğünü saptamak bu çalışmanın olanaklarının ötesindedir.

Periyodik sağlık muayenelerinin ülkemiz için standartları saptanmamış olduğundan uluslararası verilerden uygun bir seçim yapılmak zorunda kalınmıştır. Yapılan seçimler önemli bilimsel dayanakları olsa da ülkemiz için saptanacak standartlardan az ya da fazla olma riskini taşırlar.

Araştırmada verilerin toplanması, çalışmanın gerektirdiği işgücünün fazlalığı nedeniyle uzun sürmüştür. Bu süre içinde çalışmanın yapıldığı evrende araştırılan veriler açısından bir değişiklik olmayacağı kabulü ile çalışma yürütülmüştür.

Bireylerin HT tanısı alması için farklı zamanlarda en az 2 ölçüm yapılmış olması gerekmektedir. Çalışmamızda bireylerin aynı gün farklı kollarından ölçüm yapılmış olup, yüksek çıkanlar bekletilerek aynı günde 2 kez ölçüm yapıldı. Yüksek değeri olanlar hipertansif kabul edildi (11).

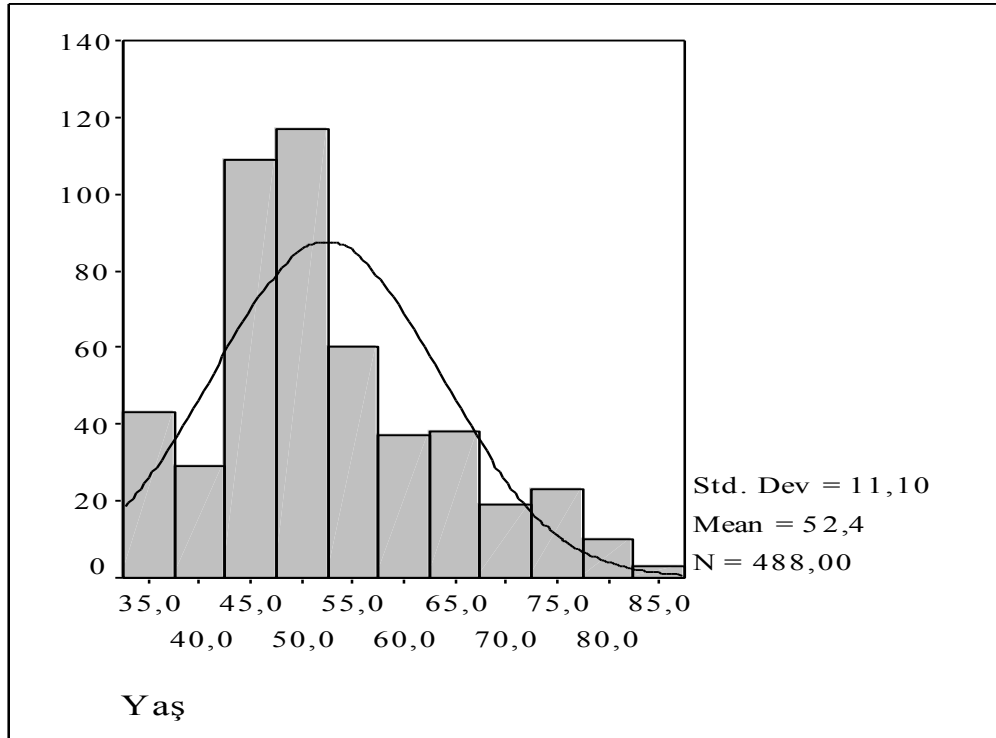
Diyabet tanısı üç yöntemle konabilir. Diyabet tanısı koyabilmek için çok ağır hiperglisemi semptomlarının bulunması dışında, tanının daha sonraki bir gün diğer bir yöntemle de doğrulanması gerekir (66). Oysa bizim çalışmamızda bir kez ölçüm yapılmış ve hastalar ona göre gruplanmıştır.

## BULGULAR

Araştırma sonunda 488 kişiye ait verilerin analizi yapıldı.

### TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Katılımcıların yaş ortalaması  $52,4 \pm 11,10$ 'dur. Erişkinlerin yaş dağılımı 35-87 yaş aralığındadır. Çalışmaya katılanların yaş dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir.

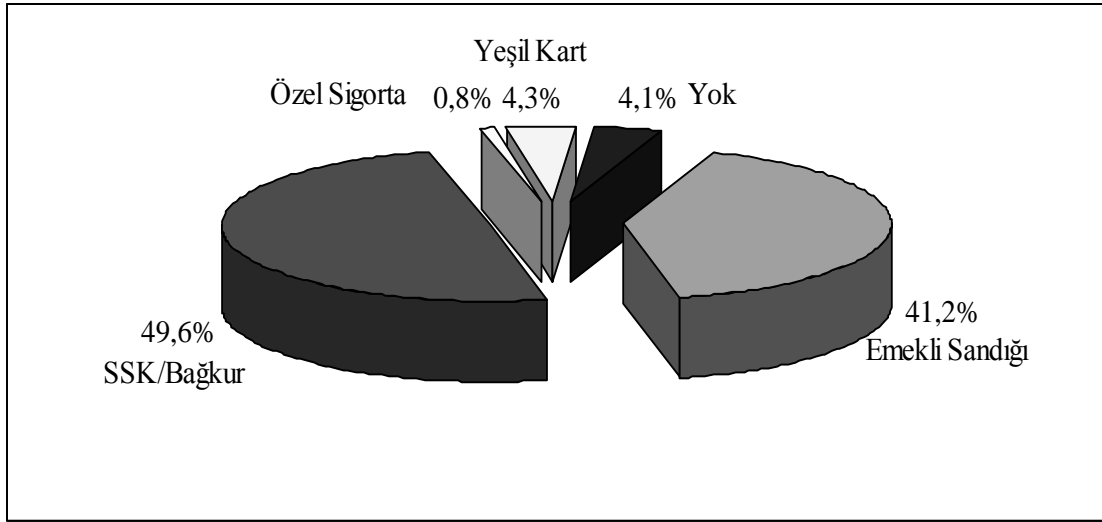


Şekil 1. Yaş değişkeninin histogram grafiği.

Kadın katılımcıların %65,5'i 45-54 yaş aralığındaydı, %14,3'ü 55-64 yaş aralığındaydı, %20,2'si 65 yaş ve üzerideydi. Erkek katılımcıların %36'sı 35-44 yaş aralığındaydı, %32,6'sı 45-54 yaş aralığındaydı, %17,4'ü 55-64 yaş aralığındaydı, %14'ü 65 yaş ve üzerideydi.

Katılımcıların cinsiyet durumu incelendiğinde (n=488) bunun %51,6'sının (n=252) kadın, %48,4'ünün (n=236) erkek olduğu tespit edildi.

Katılımcılar arasında herhangi bir sosyal güvenceye sahip olanların oranı %95,9 (n=468) olarak bulundu. Kişilerin sosyal güvenlik durumları Şekil 2'de gösterilmiştir.



**Şekil 2. Katılımcıların sosyal güvenlik durumları.**

Eğitim durumlarına bakıldığında (n=488) %2,9'unun (n=14) okuma yazma bilmediği, %4,5'inin (n=22) okuma yazma bildiği ancak ilkokulu bitirmediği belirlendi. %26,8'inin (n=131) ilkokul, %13,3'ünün (n=65) ortaokul, %27,9'unun (n=136) lise, %24,6'sının (n=120) üniversite mezunu olduğu saptandı. Erkek katılımcıların eğitim düzeyi istatistiksel anlamı olarak kadın katılımcılardan yüksek olarak bulundu (Pearson  $\chi^2=41,309$ ,  $p<0,001$ ). Katılımcıların cinsiyetlere göre eğitim durumu Tablo 11'de gösterilmiştir.

**Tablo 11. Katılımcıların cinsiyete göre eğitim durumları**

Eğitim durumu	Kadın	Erkek	Toplam
Okuryazar değil	11 (%4,4)	3 (%1,3)	14 (%2,9)
Okuryazar	18 (%7,1)	4 (%1,7)	22 (%4,5)
İlkokul	89 (%35,3)	42 (%17,7)	131 (%26,8)
Ortaokul	29 (%11,5)	36 (%15,3)	65 (%13,3)
Lise	62 (%24,6)	74 (%31,4)	136 (%27,9)
Üniversite	43 (%17,1)	77 (%32,6)	120 (%24,6)
<b>Toplam</b>	<b>252 (%100)</b>	<b>236 (%100)</b>	<b>488 (%100)</b>

Pearson  $\chi^2=41,309$ ,  $p<0,001$ .

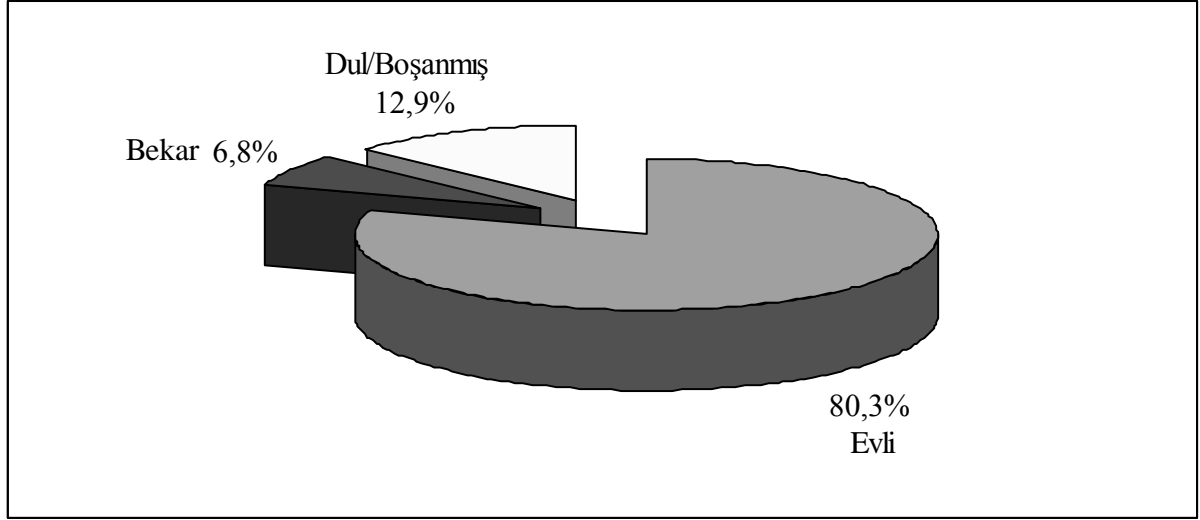
Katılımcıların meslek dağılımları incelendiğinde (n=488), %34,8'i (n=170) işsiz, evhanımı, öğrenci ya da emekli, %3,7'si (n=18) sağlık çalışanı, %23,0'ü (n=112) memur, %8,4'ü (n=41) işçi, %8,8'i (n=43) serbest meslek sahibi, %5,1'i (n=25) özel sektör çalışanı, %16,2'si (n=79) diğer olarak bulundu. Kadın katılımcıların %59,5'i erkek katılımcıların %8,5'i çalışmıyor olarak saptandı. Kadın katılımcılarda çalışmama durumu istatistiksel anlamlı olarak erkek katılımcılardan fazla bulundu (Pearson  $\chi^2=146,952$ ,  $p<0,001$ ). Tablo 12'de katılımcıların meslek dağılımı gösterilmiştir.

**Tablo 12. Katılımcıların meslek dağılımı**

Meslek	Kadın(%)	Erkek(%)	Toplam(%)
İşsiz, ev hanımı, öğrenci, emekli	150 (%59,5)	20 (%8,5)	170 (%34,8)
Sağlık çalışanı	9 (%3,6)	9 (%3,8)	18 (%3,7)
Memur	29 (%11,5)	83 (%35,2)	112 (%23,0)
İşçi	13 (%5,2)	28 (%11,8)	41 (%8,4)
Serbest meslek sahibi	16 (%6,3)	27 (%11,4)	43 (%8,8)
Özel sektör	5 (%2,0)	20 (%8,5)	25 (%5,1)
Diğer	30 (%11,9)	49 (%20,8)	79 (%16,2)
<b>Toplam</b>	<b>252 (%100)</b>	<b>236 (%100)</b>	<b>488 (%100)</b>

Pearson  $\chi^2=146,952$ ,  $p<0,001$ .

Katılımcıların (n=488) %80,3'ü (n=392) evli, %6,8'i (n=33) bekâr, %12,9'u (n=63) dul/boşanmış olarak bulundu. Katılımcıların medeni durumları Şekil 3'te gösterilmiştir.



**Şekil 3. Katılımcıların medeni durumları.**

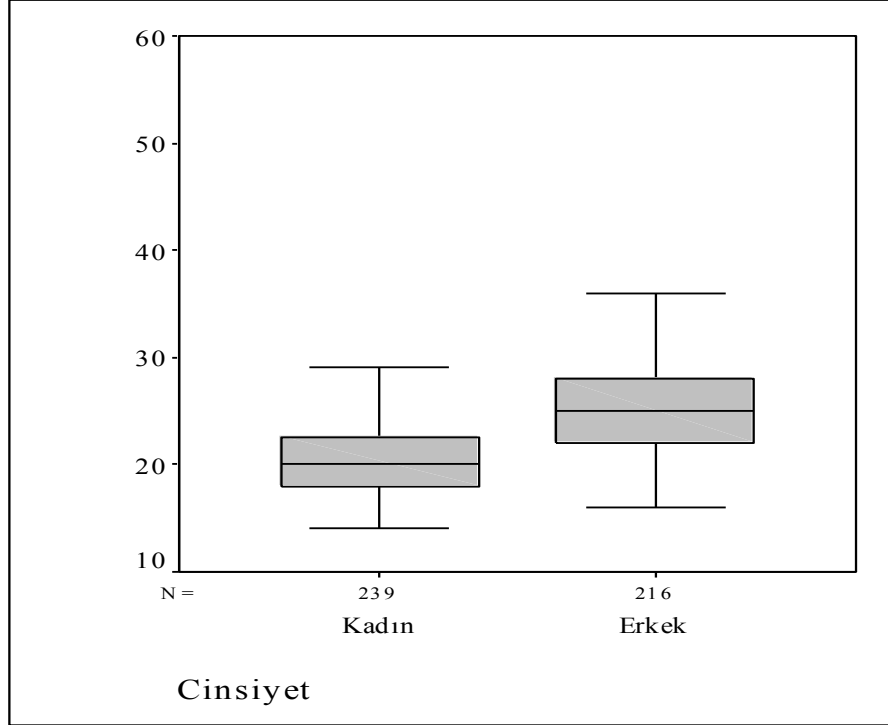
Katılımcıların cinsiyetlerine göre medeni durumları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmaktaydı (Pearson  $\chi^2=16,395$ ,  $p<0,001$ ). Cinsiyete göre medeni durumlar Tablo 13'te gösterilmektedir.

**Tablo 13. Cinsiyete göre medeni durumlar**

Katılımcıların medeni durumu	Katılımcıların cinsiyet durumu		Toplam
	Kadın	Erkek	
<b>Evli</b>	192 (%76,1)	200 (%84,7)	392 (%80,3)
<b>Bekâr</b>	13 (%5,2)	20 (%8,5)	33 (%6,8)
<b>Dul/Boşanmış</b>	47 (%18,7)	16 (%6,8)	63 (%12,9)
<b>Toplam</b>	252 (%100)	236 (%100)	488 (%100)

Pearson  $\chi^2=16,395$ ,  $p<0,001$ .

Bekâr olmayan kadın katılımcılar (n=239) için ortalama evlilik yaşı  $20,67\pm4,11$  yıl, bekâr olmayan erkek katılımcılar (n=216) için ortalama evlilik yaşı  $25,21\pm5,01$  yıl olarak bulundu. Şekil 4'te katılımcıların ortalama evlilik yaşı görülmektedir.



**Şekil 4. Katılımcıların ortalama evlilik yaşı.**

Bekâr olmayan katılımcıların (n=455) cinsiyete göre evlilik şekilleri incelendiğinde cinsiyetle evlilik şekli arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Pearson  $\chi^2=2,625$ , p=0,105). Tablo 14’te katılımcıların cinsiyete göre evlilik şekilleri gösterilmiştir.

**Tablo 14. Katılımcıların cinsiyete göre evlilik şekilleri**

Katılımcıların cinsiyeti	Evlilik şekli		Toplam
	Anlaşarak	Görücü usulü	
<b>Kadın</b>	170 (% 71,1)	69 (% 28,9)	239 (% 100)
<b>Erkek</b>	168 (% 77,8)	48 (% 22,2)	216 (% 100)
<b>Toplam</b>	338 (% 74,3)	117 (% 25,7)	455 (% 100)

Pearson  $\chi^2=2,625$ , p=0,105.

Çalışmaya katılan kişilerin %89,1’inin çocuğu vardı. Bekar olmayan katılımcıların (n=455) %95,6’sının (n=435) çocuğu vardı. Cinsiyetlerle sahip oldukları çocuk sayısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Pearson  $\chi^2=10,113$ , p=0,182). Katılımcıların cinsiyete göre çocuk sayısı Tablo 15’te gösterilmiştir.

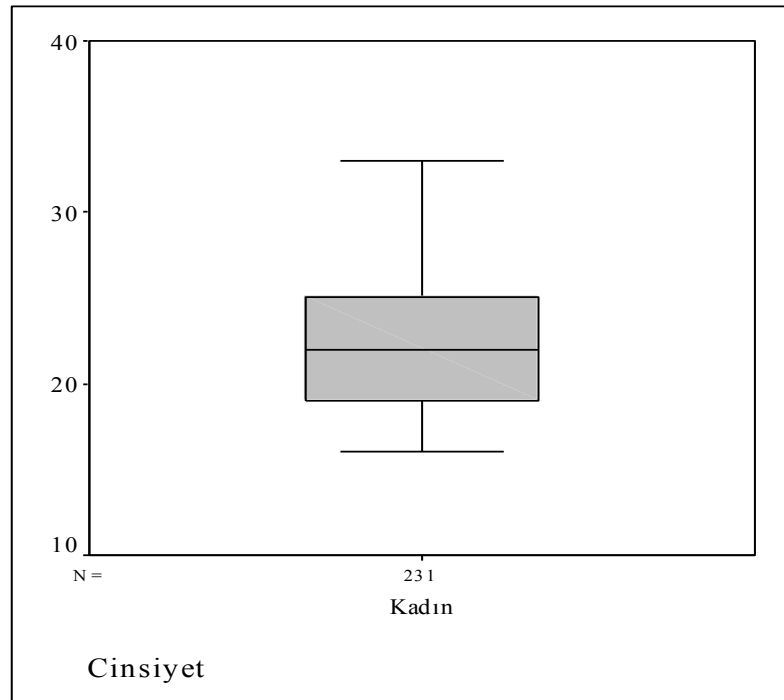


**Tablo 15. Katılımcıların çocuk sayısı**

Katılımcıların Cinsiyeti	Çocuk Sayısı				Toplam
	1	2	3	4 ve üzeri	
<b>Kadın</b>	51 (%22,1)	116 (%50,2)	37 (%16,0)	27 (%11,7)	231 (%100)
<b>Erkek</b>	65 (%31,9)	96 (%47,1)	27 (%13,2)	16 (%7,8)	204 (%100)
<b>Toplam</b>	116 (%26,7)	212 (%48,7)	64 (%14,7)	43 (%9,9)	435 (%100)

Pearson  $\chi^2=10,113$ ,  $p=0,182$ .

Çocuk sahibi olan kadın katılımcıların (n=231) ilk doğum yaşı ortalaması  $22,37\pm 4,17$ , ortancası 22 (minimum 16, maksimum 36) yıl olarak bulundu. İlk doğum yaşı ortalaması Şekil 5'te gösterilmektedir.



**Şekil 5. İlk doğum yaşı ortalaması.**

Gebe kalan kadın katılımcıların (n=233) gebelik sayısı ortalaması  $2,57\pm 1,02$ 'dir. Gebe kalan kadın katılımcıların toplam gebelik sayısı Tablo 16'da gösterilmektedir.

**Tablo 16. Gebe kalan kadın katılımcıların toplam gebelik sayısı**

Gebelik sayısı	N	%
1	34	14,5
2	92	39,5
3	47	20,2
4 ve üzeri	60	25,8
<b>Toplam</b>	<b>233</b>	<b>100,0</b>

Gebe kalan kadın katılımcıların (n=233) toplam doğum sayısı Tablo 17’de gösterilmektedir.

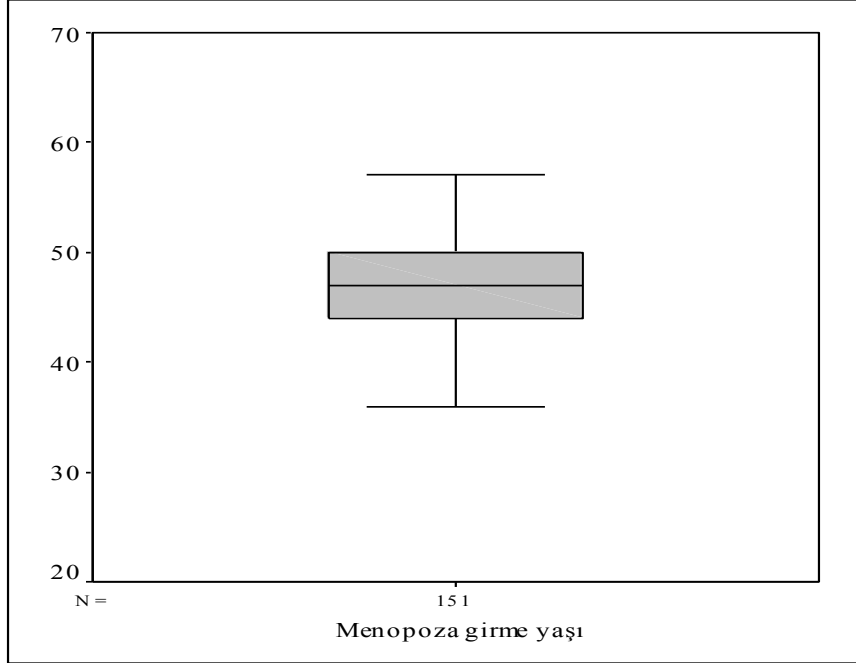
**Tablo 17. Gebe kalan kadın katılımcıların toplam doğum sayısı**

Doğum sayısı	N	%
0	2	0,9
1	45	19,3
2	113	48,5
3	42	18,0
4 ve üzeri	31	13,3
<b>Toplam</b>	<b>233</b>	<b>100,0</b>

Kadın katılımcıların (n=252) menarş yaşı ortalaması  $13,29 \pm 1,32$ ; ortancası 13 (minimum 9, maksimum 18) yıl olarak bulundu.

Kadın katılımcıların (n=252) %40,1’i (n=101) halen adet görmekteyken, %59,9’u (n=151) menopozdaydı.

Kadın katılımcılardan menopoza girmiş olanların (n=151) menopoza girme yaş ortalaması  $46,73 \pm 4,92$ ; ortancası 47 (minimum 30, maksimum 64) olarak bulundu. Menopoza girme yaş ortalaması Şekil 6’da gösterilmektedir.



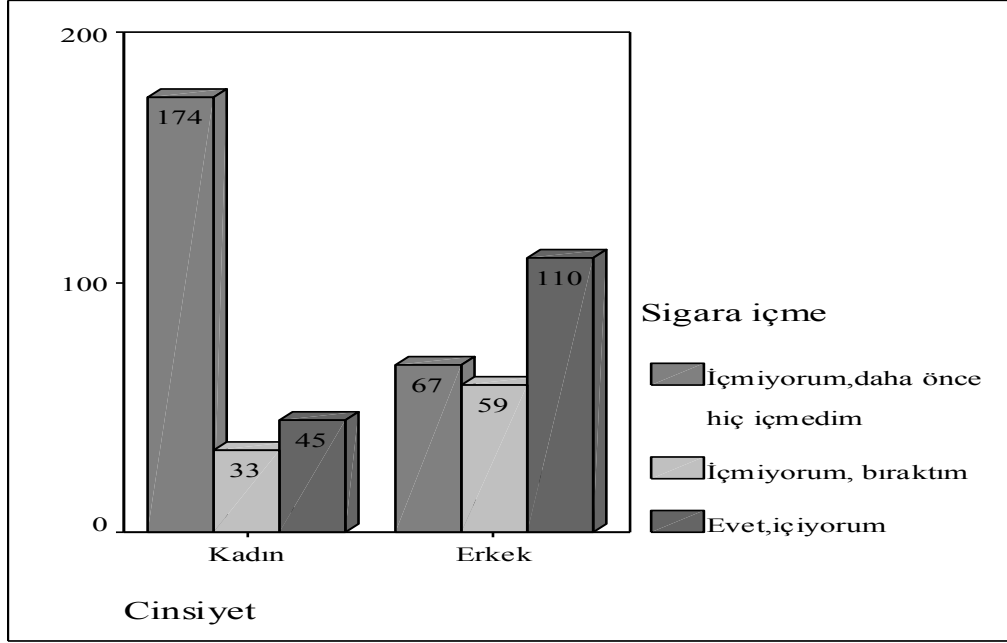
**Şekil 6. Menopoza girme yaş ortalaması.**

Menopoza girmiş kadın katılımcıların (n=151) menopoza giriş şekilleri incelendiğinde %84,1'inin (n=127) kendiliğinden (doğal yolla), %15,9'unun (n=24) cerrahi olarak menopoza girdiği belirlendi.

Menopoza girmiş kadın katılımcıların (n=151) menopoza girdikten sonra hormon replasman tedavisi alma durumu incelendiğinde %68,2'sinin (n=103) hiç hormon replasman tedavisi almadığı, %29,8'inin (n=45) hormon replasman tedavisi aldığı fakat bıraktığı, %2,0'sinin (n=3) halen hormon replasman tedavisi aldığı belirlendi.

### **SİGARA VE ALKOL KULLANIMI**

Katılımcıların (n=488) sigara kullanım durumları incelendiğinde %49,3'ünün (n=241) hiç sigara içmediği, %18,9'unun (n=92) sigarayı bıraktığı, %31,8'inin (n=155) halen sigara içtiği tespit edilmiştir. Cinsiyetler açısından incelendiğinde sigara kullanımı erkekler arasında kadınlara kıyasla daha fazla olarak saptandı (Pearson  $\chi^2=81,675$ ,  $p<0,001$ ). Katılımcıların cinsiyetlere göre sigara kullanımları Şekil 7'de verilmiştir.



**Şekil 7. Katılımcıların cinsiyetlere göre sigara kullanımları.**

Sigarayı bırakmış ve halen sigara kullanmakta olan katılımcıların (n=247) sigara kullanmaya başlama yaşı ortalaması  $18,88 \pm 4,95$ ; ortancası 18 (minimum 7, maksimum 42) yıl olarak bulundu. Halen sigara kullanmakta olan katılımcıların (n=155) sigara kullanmaya başlama yaşı ortalaması  $18,46 \pm 4,49$ ; ortancası 18 (minimum 7, maksimum 41) yıl olarak bulundu. Sigarayı bırakmış olan katılımcıların (n=92) başlama yaşı ortalaması  $19,58 \pm 5,59$ ; ortancası 18 (minimum 7, maksimum 42) yıl olarak bulundu.

Halen sigara kullanmakta olan katılımcıların (n=155) günlük ortalama içtikleri sigara miktarları  $17,78 \pm 9,39$ ; ortancası 20,00 (minimum 1, maksimum 60) adet olarak bulundu. Sigarayı bırakmış olan katılımcıların (n=92)  $16,52 \pm 11,50$ ; ortancası 15 (minimum 1, maksimum 60) adet olarak bulundu.

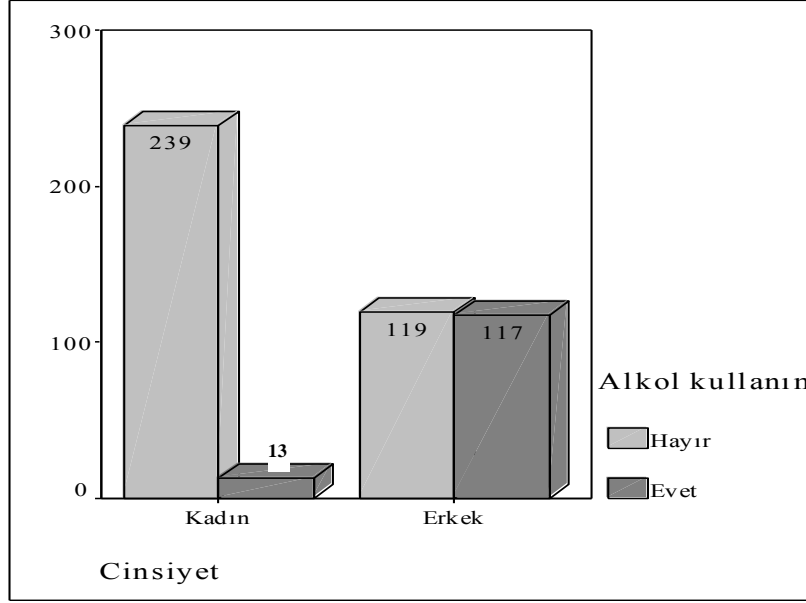
Fagerström nikotin bağımlılık testinden halen sigara kullanmakta olan katılımcılar ortalama  $3,70 \pm 2,45$  puan almışlardır (en az 0, en çok 9). Halen sigara içenlerde (n=155) Fagerström nikotin bağımlılık testinin cinsiyetler açısından sonuçları Tablo 18'de gösterilmektedir. Sigara kullanan katılımcılarımızın (n=155) %63,2'si (n=98) çok az ve az bağımlı bulunmuştur.

**Tablo 18. Cinsiyet açısından halen sigara içenlerde Fagerström nikotin bağımlılık testi sonuçları**

Bağımlılık derecesi	Katılımcıların cinsiyeti		Toplam
	Kadın	Erkek	
<b>Çok az bağımlı (0-2 puan)</b>	24 (%53,3)	40 (%36,4)	64 (%41,3)
<b>Az bağımlı (3-4 puan)</b>	8 (%17,8)	26 (%23,6)	34 (%21,9)
<b>Bağımlı (5 puan)</b>	4 (%8,9)	9 (%8,2)	13 (%8,4)
<b>Yüksek bağımlı (6-7 puan)</b>	9 (%20,0)	23 (%20,9)	32 (%20,6)
<b>Çok yüksek bağımlı (8-10 puan)</b>	0 (%0)	12 (%10,9)	12 (%7,8)
<b>Toplam</b>	45 (%100)	110 (%100)	155 (%100)

Pearson  $\chi^2=7,668$ ,  $p=0,105$

Katılımcıların (n=488) alkol kullanım durumları incelendiğinde %73,4'ünün (n=358) alkol kullanmadığı, %26,6'sının (n=130) alkol kullandığı tespit edilmiştir. Erkekler kadınlara oranla istatistiksel olarak daha fazla düzenli alkol kullanma alışkanlığına sahipti (Pearson  $\chi^2=123,031$ ,  $p<0,001$ ). Katılımcıların cinsiyetlere göre alkol kullanımları Şekil 8'de verilmiştir. Sigara kullananların daha fazla düzenli alkol kullanma alışkanlığına sahip oldukları saptanmıştır (Pearson  $\chi^2=89,090$ ,  $p<0,001$ ).



**Şekil 8. Katılımcıların cinsiyetlere göre alkol kullanımları**

Alkol kullanan katılımcıların (n=130) CAGE alkol bağımlılık riski testine göre %86,2'sinde (n=112) risk olmadığı, %13,8'inde (n=18) alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılık riski olduğu saptandı. Alkol kullanan katılımcıların cinsiyetlere göre alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı riski Tablo 19'da gösterilmiştir.

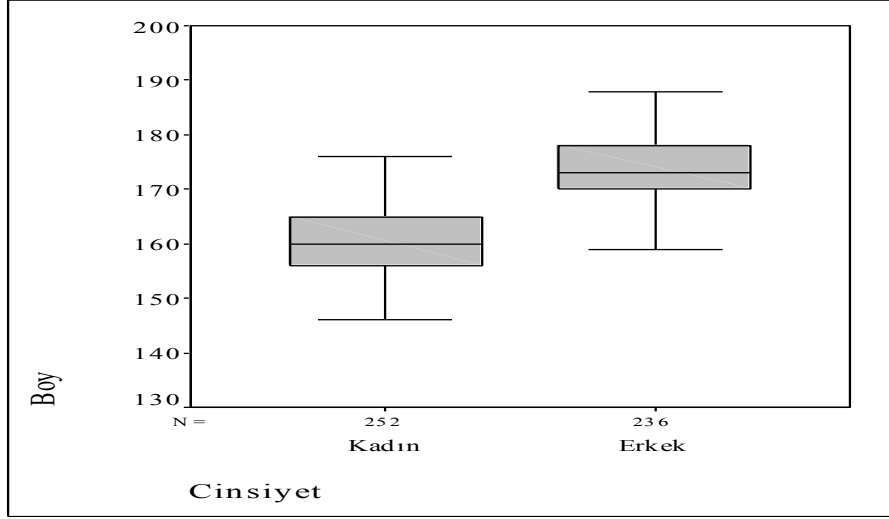
**Tablo 19. Alkol kullanan katılımcıların cinsiyetlere göre alkol kötüye kullanımı/ bağımlılığı riski**

Katılımcıların Cinsiyeti	Alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı		Toplam
	Risk yok	Risk var	
<b>Kadın</b>	12 (%92,3)	1 (%7,7)	13 (%100)
<b>Erkek</b>	100 (%85,5)	17 (%14,5)	117 (%100)
<b>Toplam</b>	112 (%86,2)	18 (%13,8)	130 (%100)

Pearson  $\chi^2=0,459$ , p=0,498

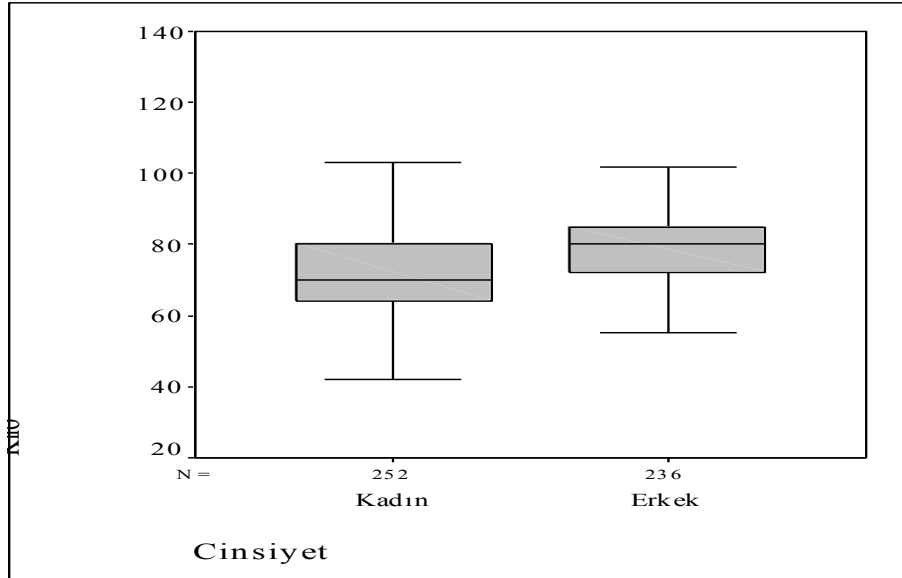
### **KİLO KONTROLÜ/OBEZİTE**

Kadın katılımcıların (n=252) boy ortalaması 160,51±5,80 cm, erkek katılımcıların (n=236) boy ortalaması 173,36±6,24 cm'dir. Katılımcıların (n=488) cinsiyete göre boy ortalamaları Şekil 9'da gösterilmiştir.



**Şekil 9. Katılımcıların boy ortalamaları.**

Kadın katılımcıların (n=252) kilo ortalaması  $72,15 \pm 12,66$  kg, erkek katılımcıların (n=236) kilo ortalaması  $79,80 \pm 11,56$  kg'dır. Katılımcıların (n=488) cinsiyete göre kilo ortalamaları Şekil 10'da gösterilmiştir.



**Şekil 10. Katılımcıların kilo ortalamaları.**

Katılımcıların VKİ'leri incelendiğinde (n=488) %0,4'ünün (n=2) düşük kilolu, %28,9'unun (n=141) normal kilolu, %46,9'unun (n=229) fazla kilolu, %18,1'inin (n=88) sınıf I obez, %4,3'ünün (n=21) sınıf II obez, %1,4'ünün (n=7) aşırı (sınıf III) obez olduğu bulundu. Kadın katılımcıların VKİ değerleri erkek katılımcıların VKİ değerlerinden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Pearson  $\chi^2=21,559$ , p=0,001). Katılımcıların cinsiyetlere göre VKİ dağılımı Tablo 20'de gösterilmiştir.

**Tablo 20. Katılımcıların cinsiyetlere göre vücut kitle indeksi dağılımı**

Cinsiyet	VKİ Sınıflaması (kg/m <sup>2</sup> )						Toplam
	<18,5	18,5-24,9	25-29,9	30-34,9	35-39,9	≥ 40	
<b>Kadın</b>	1 (%0,4)	66 (%26,2)	104 (%41,3)	59 (%23,4)	16 (%6,3)	6 (%2,4)	252 (%100)
<b>Erkek</b>	1 (%0,4)	75 (%31,8)	125 (%53,0)	29 (%12,3)	5 (%2,1)	1 (%0,4)	236 (%100)
<b>Toplam</b>	2 (%0,4)	141 (%28,9)	229 (%46,9)	88 (%18,1)	21 (%4,3)	7 (%1,4)	488 (%100)

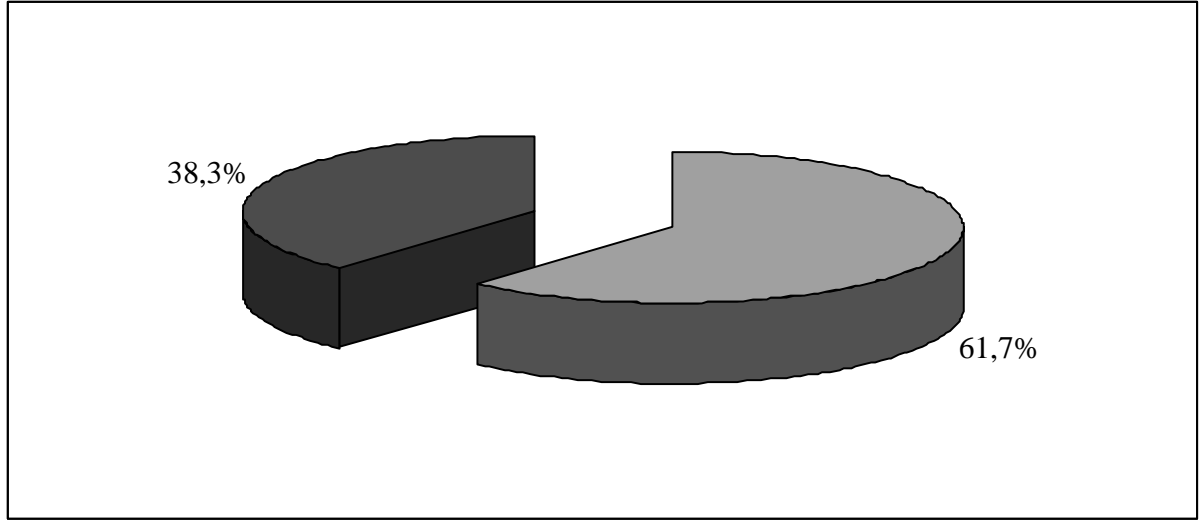
Pearson  $\chi^2$ : 21,559 , p=0,001

Kadın katılımcıların (n=252) VKİ ortalaması 28,04±4,96 kg/m<sup>2</sup>; ortancası 27,55 kg/m<sup>2</sup> (minimum 14,88, maksimum 48,48), erkek katılımcıların (n=236) VKİ ortalaması 26,56±3,67 kg/m<sup>2</sup>; ortancası 26,36 kg/m<sup>2</sup> (minimum 17,87, maksimum 45,52) olarak bulundu.

### **KRONİK HASTALIK**

Katılımcıların (n=488) kronik hastalık durumu incelendiğinde %61,7'sinin (n=301) en az bir kronik hastalığı olduğu, %38,3'ünün (n=187) kronik hastalığı olmadığı kendi ifadelerine göre tespit edilmiştir. Kronik hastalık varlığı ile cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Pearson  $\chi^2=6,389$ , p=0,011). Katılımcıların kronik hastalık durumu Şekil 11'de gösterilmiştir.





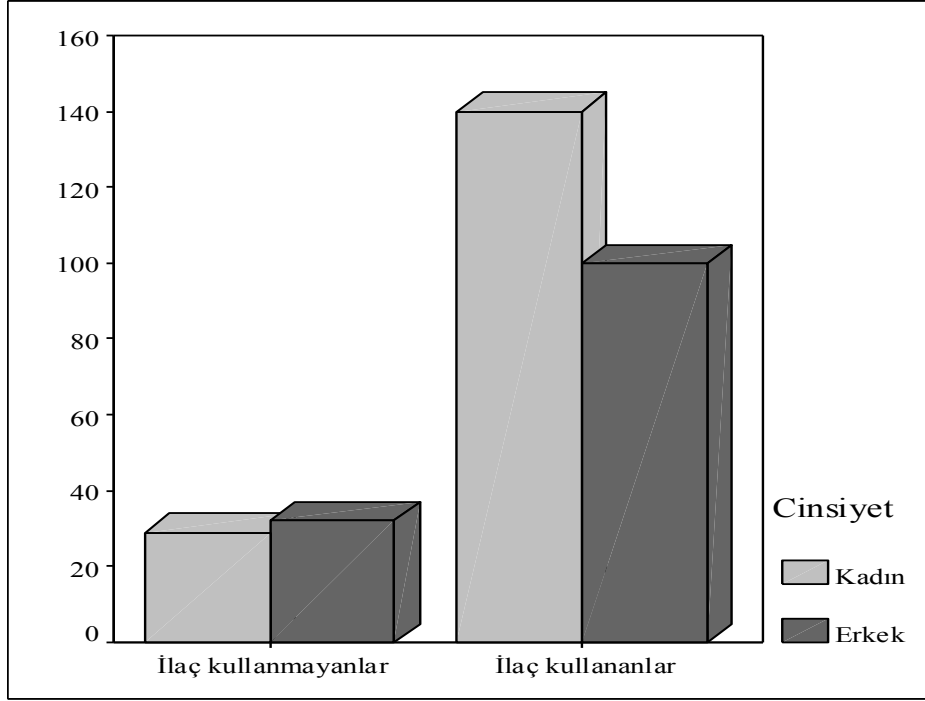
**Şekil 11. Kronik hastalık varlığı.**

Katılımcıların kronik hastalık öyküsü incelendiğinde, %29,3'ünde (n=143) hipertansiyon, %20,1'inde (n=98) hiperlipidemi, %16,8'inde (n=82) diabetes mellitus, %8,2'sinde (n=40) bir eklem hastalığı, %7,4'ünde (n=36) mide/barsak/karaciğer hastalığı, %5,7'sinde (n=28) kalp hastalığı, %5,5'inde (n=27) solunum hastalığı, %5,3'ünde (n=26) bir psikiyatrik hastalık, %1,0'inde (n=5) kanser ve %11,5'inde (n=56) bu kategoriler altında sınıflandırılmayan diğer hastalıklardan biri olduğu öğrenildi. Tablo 21'de katılımcıların cinsiyetlerine göre kronik hastalık öyküsülerine ait veriler gösterilmiştir.

**Tablo 21. Katılımcıların cinsiyete göre kronik hastalık öyküleri**

Hastalık	Katılımcıların Cinsiyeti		Toplam
	Kadın	Erkek	
<b>Hipertansiyon</b>	93 (%36,9)	50 (%21,2)	143 (%29,3)
<b>Diyabet</b>	58 (%23,0)	24 (%10,2)	82 (%16,8)
<b>Hiperlipidemi</b>	56 (%22,2)	42 (%17,8)	98 (%20,1)
<b>Kalp Hastalığı</b>	17 (%6,7)	11 (%4,7)	28 (%5,7)
<b>Solunum Hastalığı</b>	15 (%6,0)	12 (%5,1)	27 (%5,5)
<b>Mide/Barsak/Karaciğer Hastalığı</b>	22 (%8,7)	14 (%5,9)	36 (%7,4)
<b>Eklem Hastalığı</b>	28 (%11,1)	12 (%5,1)	40 (%8,2)
<b>Kanser</b>	4 (%1,6)	1 (%0,4)	5 (%1,0)
<b>Psikiyatrik Hastalık</b>	13 (%5,2)	13 (%5,5)	26 (%5,3)
<b>Diğer</b>	33 (%13,1)	23 (%9,7)	56 (%11,5)

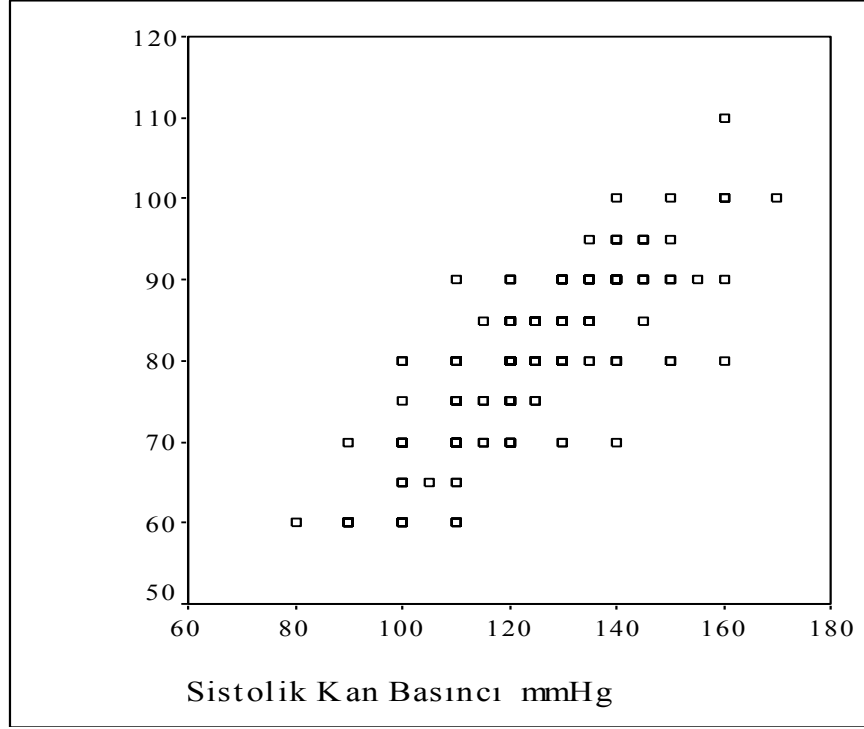
Kronik hastalığı olan katılımcıların (n=301) %20,3'ü (n=61) hastalıkları ile ilgili ilaç kullanmazken; %79,7'si (n=240) hastalıkları ile ilgili en az bir ilaç kullanmaktaydı. Düzenli olarak ilaç kullanan katılımcıların (n=240) %58,3'ü (n=140) kadın, %41,7'si (n=100) erkektir. Düzenli olarak ilaç kullanma ile cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Pearson  $\chi^2=2,301$ , p=0,129). Şekil 12'de cinsiyetlere göre ilaç kullanma grafiği gösterilmektedir.



Şekil 12. Cinsiyetlere göre ilaç kullanma grafiği.

### HİPERTANSİYON TARAMASI

Katılımcıların (n=488) sistolik kan basıncı (SKB) değeri ortalama  $121,82 \pm 14,33$  mmHg (minimum 80, maksimum 170 mmHg), diyastolik kan basıncı (DKB) değeri ortalama  $79,17 \pm 9,15$  mmHg (minimum 60, maksimum 110 mmHg) olarak ölçülmüştür. Katılımcıların sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri dağılımı Şekil 13'te gösterilmektedir.



**Şekil 13. Katılımcıların sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri dağılımı.**

#### **Sistolik Kan Basıncı**

Katılımcıların (n=488) %28,9'unun (n=141) normal (<120 mmHg), %57,6'sının (n=281) prehipertansiyon (120-139 mmHg arası), %11,9'unun (n=58) evre 1 hipertansiyon (140-159 mmHg arası), %1,6'sının (n=8) evre 2 hipertansiyon (>160 mmHg) düzeyinde sistolik kan basıncı değerlerine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların (n=488) sistolik kan basıncı değerleri açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Pearson  $\chi^2=8,256$ , p=0,041). Cinsiyetlere göre sistolik kan basıncı değerleri Tablo 22'de gösterilmektedir.

**Tablo 22. Cinsiyetlere göre sistolik kan basıncı değerleri**

<b>Sistolik kan basıncı (mmHg)</b>	<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	<b>Toplam</b>
<b>Normal (&lt;120)</b>	75 (%29,7)	66 (%28,0)	141 (%28,9)
<b>Prehipertansiyon (120-139)</b>	133 (%52,8)	148 (%62,6)	281 (%57,6)
<b>Evre 1 hipertansiyon (140-159)</b>	39 (%15,5)	19 (%8,1)	58 (%11,9)
<b>Evre 2 hipertansiyon (&gt;160)</b>	5 (%2,0)	3 (%1,3)	8 (%1,6)
<b>Toplam</b>	252 (%100)	236 (%100)	488 (%100)

Pearson  $\chi^2=8,256$ , p=0,041.

Erkek katılımcıların (n=236) SKB değerleri ortalaması 121,42±12,48 mmHg, kadın katılımcıların (n=252) SKB değerleri ortalaması 122,20±15,88 mmHg olarak saptanmıştır. Sistolik kan basıncı değerleri arasında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamadı (z=-1,250, p=0,211).

Sigara içenlerin (n=155) ortalama sistolik kan basıncı 118,32±13,29 mmHg, sigarayı bırakanların (n=92) ortalama sistolik kan basıncı 123,48±12,53 mmHg, sigara içmeyenlerin (n=241) ortalama kan basıncı 123,44±15,23 mmHg olarak saptandı. Sigara kullanımı SKB üzerinde anlamlı fark oluşturmaktaydı (Kruskal-Wallis  $\chi^2=15,468$ , p<0,001).

Alkol kullananların (n=130) ortalama SKB kan basıncı 119,73±13,30 mmHg, alkol kullanmayanların (n=358) ortalama SKB 122,58±14,63 mmHg olarak saptandı. Alkol kullanımı SKB üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı (z=-2,124, p=0,034).

Eğitim durumu SKB üzerinde anlamlı fark oluşturmaktaydı (Kruskal-Wallis  $\chi^2=36,610$ , p<0,001). Vücut kitle indeksi sistolik kan basıncı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmaktadır (Kruskal-Wallis  $\chi^2=40,124$ , p<0,001).

### **Diyastolik Kan Basıncı**

Katılımcıların (n=488) %33,2'sinin (n=162) normal (<80 mmHg), %47,6'sının (n=232) prehipertansiyon (80-89 mmHg arası), %17,6'sının (n=86) evre 1 hipertansiyon (90-99 mmHg arası), %1,6'sının (n=8) evre 2 hipertansiyon (>100 mmHg) düzeyinde diyastolik kan basıncı değerlerine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların (n=488) diyastolik kan basıncı değerleri açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Pearson  $\chi^2=8,557$ , p=0,036). Cinsiyetlere göre diyastolik kan basıncı değerleri Tablo 23'te gösterilmektedir.

**Tablo 23. Cinsiyetlere göre diyastolik kan basıncı değerleri**

<b>Diyastolik kan basıncı (mmHg)</b>	<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	<b>Toplam</b>
<b>Normal (&lt;80)</b>	79 (%31,3)	83 (%35,2)	162 (%33,2)
<b>Prehipertansiyon (80-89)</b>	112 (%44,5)	120 (%50,9)	232 (%47,6)
<b>Evre 1 hipertansiyon (90-99)</b>	55 (%21,8)	31 (%13,1)	86 (%17,6)
<b>Evre 2 hipertansiyon (&gt;100)</b>	6 (%2,4)	2 (%0,8)	8 (%1,6)
<b>Toplam</b>	252 (%100)	236 (%100)	488 (%100)

Pearson  $\chi^2=8,557$ , p=0,036.

Erkek katılımcıların (n=236) DKB değerleri ortalaması 78,73±8,23 mmHg, kadın katılımcıların (n=252) DKB değerleri ortalaması 79,58±9,93 mmHg olarak saptanmıştır. Diyastolik kan basıncı değerleri ortalaması açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamadı (z=-1,627, p=0,104).

Sigara içenlerin (n=155) ortalama diyastolik kan basıncı 76,94±8,40 mmHg, sigarayı bırakanların (n=92) ortalama diyastolik kan basıncı 80,82±8,93 mmHg, sigara içmeyenlerin (n=241) ortalama diyastolik kan basıncı 79,98±9,45 mmHg olarak saptandı. Sigara kullanımı DKB üzerinde anlamlı fark oluşturmaktaydı (Kruskal-Wallis  $\chi^2=17,696$ , p<0,001).

Alkol kullananların (n=130) ortalama DKB kan basıncı 77,96±8,18 mmHg, alkol kullanmayanların (n=358) ortalama DKB kan basıncı 79,61±9,45 mmHg olarak saptandı. Alkol kullanımı DKB üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı (z=-1,988, p=0,047).

Eğitim durumu DKB üzerinde anlamlı fark oluşturmaktaydı (Kruskal-Wallis  $\chi^2=24,890$ , p<0,001). Vücut kitle indeksi diyastolik kan basıncı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmaktadır (Kruskal-Wallis  $\chi^2=27,300$ , p<0,001)

### **Sistolik ve Diyastolik Kan Basınçları Beraber Değerlendirildiğinde**

Katılımcıların kan basıncı ölçümleri JNC 7 sınıflamasına göre tekrar gruplanmış ve buna göre katılımcıların (n=488) %25,6'sı (n=125) ölçüm anında normal (sistolik <120 mmHg ve diyastolik <80 mmHg), %53,1'i (n=259) prehipertansif (sistolik 120-139 mmHg veya diyastolik 80-89 mmHg), %19,3'ü (n=94) evre 1 hipertansif (sistolik 140-159 mmHg veya diyastolik 90-99 mmHg), %2,0'si (n=10) evre 2 hipertansif (sistolik >160 mmHg veya diyastolik >100 mmHg ) olarak tespit edilmiştir. Kan basınçları ve cinsiyet arasında anlamlı fark saptanamamıştır (Pearson  $\chi^2=8,999$ , p=0,029). Katılımcıların sistolik ve diyastolik kan basınçları Tablo 24'te beraber gösterilmektedir.

**Tablo 24. Sistolik ve diyastolik kan basınçları**

<b>Kan basıncı</b>	<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	<b>Total</b>
<b>Normal</b>	66 (%26,2)	59 (%25,0)	125 (%25,6)
<b>Prehipertansiyon</b>	120 (%47,6)	139 (%58,9)	259 (%53,1)
<b>Evre 1 Hipertansiyon</b>	59 (%23,4)	35 (%14,8)	94 (%19,3)
<b>Evre 2 Hipertansiyon</b>	7 (%2,8)	3 (%1,3)	10 (%2,0)
<b>Total</b>	252 (%100)	236 (%100)	488 (%100)

Pearson  $\chi^2=8,999$ ,  $p=0,029$ .

Daha öncesinde bilinen hipertansiyon hastalığı olmayan katılımcıların (n=345) %33'ünün (n=114) KB normal (<120/80 mmHg), %57,4'ünün (n=198) prehipertansif, %9,6'sının (n=33) evre 1 hipertansif olarak tespit edildi. Tanı konmamış kişiler arasında evre 2 hipertansif olan kişi tespit edilmedi (Pearson  $\chi^2=111,101$ ,  $p<0,001$ ). Kan basınçları ile bilinen hipertansiyon durumu Tablo 25'te gösterilmektedir.

**Tablo 25. Kan basınçları ile bilinen hipertansiyon durumu**

<b>Kan basıncı</b>	<b>Daha önce tanı konmuş hastalık durumu</b>		<b>Total</b>
	<b>Hipertansiyon yok</b>	<b>Hipertansiyon var</b>	
<b>Normal</b>	114 (%33,0)	11 (%7,7)	125 (%25,6)
<b>Prehipertansiyon</b>	198 (%57,4)	61 (%42,7)	259 (%53,1)
<b>Evre 1 Hipertansiyon</b>	33 (%9,6)	61 (%42,7)	94 (%19,3)
<b>Evre 2 Hipertansiyon</b>	0 (%0,0)	10 (%6,9)	10 (%2,0)
<b>Total</b>	345 (%100)	143 (%100)	488 (%100)

Pearson  $\chi^2=111,101$ ,  $p<0,001$ .

### **HİPERLİPİDEMİ TARAMASI**

Katılımcıların (n=488) trigliserid değeri ortalama 130,09±90,278 mg/dl, total kolesterol değeri ortalama 190,00±49,637 mg/dl, HDL kolesterol değeri ortalama 42,68±14,434 mg/dl, LDL kolesterol değeri ortalama 125,36±40,883 mg/dl olarak ölçülmüştür.

## Trigliserid

Katılımcıların (n=488) %72,8'inin (n=355) normal (<150 mg/dl), %11,9'unun (n=58) sınırda yüksek (150-199 mg/dl), %14,5'inin (n=71) yüksek (200-499 mg/dl), %0,8'inin (n=4) çok yüksek (>500 mg/dl) trigliserid değerlerine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların (n=488) trigliserid değerleri açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Pearson  $\chi^2=3,114$ ,  $p=0,374$ ). Cinsiyetlere göre trigliserid değerleri Tablo 26'da gösterilmektedir.

**Tablo 26. Cinsiyetlere göre trigliserid değerleri**

Trigliserid (mg/dl)	Kadın	Erkek	Toplam
Normal (<150)	181 (%71,8)	174 (%73,7)	355 (%72,8)
Sınırda yüksek (150-199)	35 (%13,9)	23 (%9,7)	58 (%11,9)
Yüksek (200-499)	35 (%13,9)	36 (%15,3)	71 (%14,5)
Çok yüksek (>500)	1 (%0,4)	3 (%1,3)	4 (%0,8)
<b>Toplam</b>	<b>252 (%100)</b>	<b>236 (%100)</b>	<b>488 (%100)</b>

Pearson  $\chi^2=3,114$ ,  $p=0,374$ .

Erkek katılımcıların (n=236) trigliserid değerleri ortalaması  $134,68\pm100,27$  mg/dl, kadın katılımcıların (n=252) trigliserid değerleri ortalaması  $125,80\pm79,76$  mg/dl olarak saptanmıştır. Trigliserid değerleri ortalaması açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamadı ( $z=-0,120$ ,  $p=0,904$ ).

Sigara içenlerin (n=155) ortalama trigliserid değeri  $130,63\pm90,12$  mg/dl, sigarayı bırakanların (n=92) ortalama trigliserid değeri  $133,25\pm100,04$  mg/dl, sigara içmeyenlerin (n=241) ortalama trigliserid değeri  $128,55\pm86,75$  mg/dl olarak saptandı. Sigara kullanımı ile trigliserid değerleri ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamaktaydı (Kruskal-Wallis  $\chi^2=0,025$ ,  $p=0,987$ ).

Alkol kullananların (n=130) ortalama trigliserid değeri  $137,76\pm106,35$  mg/dl, alkol kullanmayanların (n=358) ortalama trigliserid değeri  $127,31\pm83,68$  mg/dl olarak saptandı. Alkol kullanımı trigliserid değeri üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı ( $z=-0,032$ ,  $p=0,974$ ).

Eğitim durumu trigliserid üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı (Kruskal-Wallis  $\chi^2=4,778$ ,  $p=0,444$ ). Vücut kitle indeksi trigliserid üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamaktadır (Kruskal-Wallis  $\chi^2=12,654$ ,  $p=0,027$ ).

Daha öncesinde bilinen hiperkolesterolemi hastalığı olmayan katılımcıların (n=390) %79,0'unun (n=308) trigliserid değerleri normal (<150mg/dl), %10,7'sinin (n=42) sınırda yüksek (150-199 mg/dl), %10,0'unun (n=39) yüksek (200-499mg/dl) ve %0,3'ünün (n=1) çok yüksek (>500mg/dl) olarak tespit edildi. (Pearson  $\chi^2=47,532$ ,  $p<0,001$ ). Katılımcıların trigliserid değerleri ve bilinen hiperkolesterolemi durumları Tablo 27'de gösterilmektedir.

**Tablo 27. Katılımcıların trigliserid değerleri ve bilinen hiperkolesterolemi durumu**

Trigliserid	Daha önce tanı konmuş hastalık durumu		Total
	Hiperkolesterolemi yok	Hiperkolesterolemi var	
Normal (<150)	308 (%79,0)	47 (%48,0)	355 (%72,7)
Sınırda yüksek (150-199)	42 (%10,7)	16 (%16,3)	58 (%11,9)
Yüksek (200-499)	39 (%10,0)	32 (%32,7)	71 (%14,6)
Çok yüksek (>500)	1 (%0,3)	3 (%3,0)	4 (%0,8)
<b>Total</b>	390 (%100)	98 (%100)	488 (%100)

Pearson  $\chi^2=47,532$   $p<0,001$ .

### Total kolesterol

Katılımcıların (n=488) %61,5'inin (n=300) normal (<200 mg/dl), %22,5'inin (n=110) sınırda yüksek (200-239 mg/dl), %16,0'sinin (n=78) yüksek (>240 mg/dl) total kolesterol değerlerine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların (n=488) total kolesterol değerleri açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Pearson  $\chi^2=2,149$ ,  $p=0,341$ ). Cinsiyetlere göre total kolesterol değerleri Tablo 28'de gösterilmektedir.

**Tablo 28. Cinsiyetlere göre total kolesterol değerleri**

Total kolesterol (mg/dl)	Kadın	Erkek	Toplam
Normal (<200)	149 (%59,1)	151 (%64,0)	300 (%61,5)
Sınırda yüksek (200-239)	57 (%22,6)	53 (%22,5)	110 (%22,5)
Yüksek (>240)	46 (%18,3)	32 (%13,5)	78 (%16,0)
<b>Toplam</b>	252 (%100)	236 (%100)	488 (%100)

Pearson  $\chi^2=2,149$ ,  $p=0,341$ .



Erkek katılımcıların (n=236) total kolesterol değerleri ortalaması 187,77±47,68 mg/dl, kadın katılımcıların (n=252) total kolesterol değerleri ortalaması 192,10±51,41 mg/dl olarak saptanmıştır. Total kolesterol değerleri ortalaması açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamadı (z=-1,071, p=0,284).

Sigara içenlerin (n=155) ortalama total kolesterol değeri 186,19±45,23 mg/dl, sigarayı bırakanların (n=92) ortalama total kolesterol değeri 194,78±57,00 mg/dl, sigara içmeyenlerin (n=241) ortalama total kolesterol değeri 190,63±49,36 mg/dl olarak saptandı. Sigara kullanımı ile total kolesterol değerleri ortalaması arasında anlamlı fark bulunamadı. (Kruskal-Wallis  $\chi^2=1,567$ , p=0,457).

Alkol kullananların (n=130) ortalama total kolesterol değeri 184,92±48,77 mg/dl, alkol kullanmayanların (n=358) ortalama total kolesterol değeri 191,85±49,89 mg/dl olarak saptandı. Alkol kullanımı total kolesterol değeri üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı (z=-1,554, p=0,120).

Eğitim durumu total kolesterol üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı (Kruskal-Wallis  $\chi^2=3,328$ , p=0,650). Vücut kitle indeksi total kolesterol üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamaktaydı (Kruskal-Wallis  $\chi^2=1,436$ , p=0,920).

Daha öncesinde bilinen hiperkolesterolemi hastalığı olmayan katılımcıların (n=390) %70,8'inin (n=276) total kolesterol değerleri normal (<199mg/dl), %20,2'sinin (n=79) sınırda yüksek (200-239 mg/dl), %9,0'unun (n=35) yüksek (>240mg/dl) olarak tespit edildi (Pearson  $\chi^2=91,476$ , p<0,001). Katılımcıların total kolesterol değerleri ve bilinen hiperkolesterolemi durumları Tablo 29'da gösterilmektedir.

**Tablo 29. Katılımcıların total kolesterol değerleri ve bilinen hiperkolesterolemi durumları**

Total Kolesterol	Daha önce tanı konmuş hastalık durumu		Total
	Hiperkolesterolemi yok	Hiperkolesterolemi var	
Normal (<200)	276 (% 70,8)	24 (% 24,5)	300 (% 61,5)
Sınırdaki yüksek (200-239)	79 (% 20,2)	31 (% 31,6)	110 (% 22,5)
Yüksek (>240)	35 (% 9,0)	43 (% 43,9)	78 (% 16,0)
<b>Total</b>	390 (% 100)	98 (% 100)	488 (% 100)

Pearson  $\chi^2=91,476$  p<0,001.

## LDL kolesterol

Katılımcıların (n=488) %25,8'inin (n=126) en uygun (<100 mg/dl), %30,3'ünün (n=148) en uyguna yakın (100-129 mg/dl), %24,6'sının (n=120) sınırdaki yüksek (130-159 mg/dl), %12,1'inin (n=59) yüksek (160-189 mg/dl), %7,2'sinin (n=35) çok yüksek (>190 mg/dl) LDL kolesterol değerlerine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların (n=488) LDL kolesterol değerleri açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Pearson  $\chi^2=1,869$ , p=0,760). Cinsiyetlere göre LDL kolesterol değerleri Tablo 30'da gösterilmektedir

**Tablo 30. Cinsiyetlere göre düşük yoğunlukta lipoprotein değerleri**

LDL Kolesterol (mg/dl)	Kadın	Erkek	Toplam
En uygun (<100)	63 (%25,0)	63 (%26,7)	126 (%25,8)
En uyguna yakın (100-129)	73 (%29,0)	75 (%31,8)	148 (%30,3)
Sınırdaki yüksek (130-159)	67 (%26,6)	53 (%22,5)	120 (%24,6)
Yüksek (160-189)	29 (%11,5)	30 (%12,7)	59 (%12,1)
Çok yüksek (>190)	20 (%7,9)	15 (%6,3)	35 (%7,2)
<b>Toplam</b>	<b>252 (%100)</b>	<b>236 (%100)</b>	<b>488 (%100)</b>

Pearson  $\chi^2=1,869$ , p=0,760.

LDL: Düşük yoğunlukta lipoprotein.

Erkek katılımcıların (n=236) LDL kolesterol değerleri ortalaması 123,66±39,21 mg/dl, kadın katılımcıların (n=252) LDL kolesterol değerleri ortalaması 126,96±42,41 mg/dl olarak saptanmıştır. LDL kolesterol değerleri ortalaması açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamadı (z=-0,822, p=0,211).

Sigara içenlerin (n=155) ortalama LDL kolesterol değeri 122,00±36,39 mg/dl, sigarayı bırakanların (n=92) ortalama LDL kolesterol değeri 126,74±46,59 mg/dl, sigara içmeyenlerin (n=241) ortalama LDL kolesterol değeri 127,00±41,33 mg/dl olarak saptandı. Sigara kullanımı ile LDL değerleri ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktaydı (Kruskal-Wallis  $\chi^2=1,414$ , p=0,493).

Alkol kullananların (n=130) ortalama LDL kolesterol değeri 120,01±39,38 mg/dl, alkol kullanmayanların (n=358) ortalama LDL kolesterol değeri 127,31±41,30 mg/dl olarak saptandı. Alkol kullanımı LDL kolesterol değeri üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı (z=-1,745, p=0,034).

Eğitim durumu LDL kolesterol üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı (Kruskal-Wallis  $\chi^2=3,716$ ,  $p=0,591$ ). Vücut kitle indeksi LDL kolesterol üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamaktaydı (Kruskal-Wallis  $\chi^2=1,193$ ,  $p=0,946$ ).

Daha öncesinde bilinen hiperkolesterolemi hastalığı olmayan katılımcıların ( $n=390$ ) %30,0'unun ( $n=117$ ) LDL kolesterol değerleri en uygun ( $<100$  mg/dl), %33,8'inin ( $n=132$ ) en uyguna yakın (100-129mg/dl), %25,6'sının ( $n=100$ ) sınırda yüksek (130-159 mg/dl), %7,2'sinin ( $n=28$ ) yüksek (160-189 mg/dl), %3,3'ünün ( $n=13$ ) çok yüksek ( $>190$  mg/dl) olarak tespit edilmiştir (Pearson  $\chi^2=100,581$ ,  $p<0,001$ ). Katılımcıların LDL değerleri ve bilinen hiperkolesterolemi durumları Tablo 31'de gösterilmektedir.

**Tablo 31. Katılımcıların düşük yoğunlukta lipoprotein değerleri ve bilinen hiperkolesterolemi durumları**

LDL Kolesterol (mg/dl)	Daha önce tanı konmuş hastalık durumu		Total
	Hiperkolesterolemi yok	Hiperkolesterolemi var	
En uygun ( $<100$ )	117 (%30,0)	9 (%9,2)	126 (%25,8)
En uyguna yakın (100-129)	132 (%33,8)	16 (%16,3)	148 (%30,3)
Sınırda yüksek (130-159)	100 (%25,6)	20 (%20,4)	120 (%24,6)
Yüksek (160-189)	28 (%7,2)	31 (%31,6)	59 (%12,1)
Çok yüksek ( $>190$ )	13 (%3,4)	22 (%22,5)	35 (%7,2)
<b>Total</b>	390 (%100)	98 (%100)	488 (%100)

Pearson  $\chi^2=100,581$ ,  $p<0,001$ .

LDL: Düşük yoğunlukta lipoprotein.

### HDL kolesterol

Erkek katılımcıların ( $n=236$ ) HDL kolesterol değerleri ortalaması  $41,01\pm13,96$  mg/dl, kadın katılımcıların ( $n=252$ ) HDL kolesterol değerleri ortalaması  $44,24\pm14,72$  mg/dl olarak saptanmıştır. HDL kolesterol değerleri ortalaması açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamaktaydı ( $z=-3,139$ ,  $p=0,02$ ).

Sigara içenlerin ( $n=155$ ) HDL kolesterol ortalama değeri  $41,22\pm13,46$  mg/dl, sigarayı bırakanların ( $n=92$ ) ortalama HDL kolesterol değeri  $44,09\pm15,47$  mg/dl, sigara

içmeyenlerin (n=241) ortalama HDL kolesterol değeri 43,07±14,61 mg/dl olarak saptandı. Sigara kullanımı ile HDL kolesterol değerleri ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamaktaydı (Kruskal-Wallis  $\chi^2=3,069$ , p=0,216).

Alkol kullananların (n=130) ortalama HDL kolesterol değeri 41,34±14,31 mg/dl, alkol kullanmayanların (n=358) ortalama HDL kolesterol değeri 43,16±14,47 mg/dl olarak saptandı. Alkol kullanımı HDL kolesterol değeri üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı (z=-1,746, p=0,081).

Eğitim durumu HDL kolesterol üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı (Kruskal-Wallis  $\chi^2=2,781$ , p=0,734). Vücut kitle indeksi HDL kolesterol üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamaktaydı (Kruskal-Wallis  $\chi^2=6,125$ , p=0,294).

### **DİYABET TARAMASI**

Katılımcıların (n=488) %86,5'inin (n=422) normal (<110 mg/dl), %5,3'ünün (n=26) bozulmuş açlık glikozu (110-125 mg/dl), %8,2'sinin (n=40) diyabet ( $\geq 126$  mg/dl), düzeyinde açlık kan glikozu değerlerine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların (n=488) açlık kan şekeri değerleri açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Pearson  $\chi^2=1,098$ , p=0,577). Cinsiyetlere göre açlık kan şekeri değerleri Tablo 32'de gösterilmektedir.

**Tablo 32. Cinsiyetlere göre açlık kan şekeri değerleri**

<b>Açlık kan şekeri (mg/dl)</b>	<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	<b>Toplam</b>
<b>Normal (&lt;110)</b>	216 (%85,8)	206 (%87,3)	422 (%86,5)
<b>Bozulmuş açlık glukozu (110-125)</b>	16 (%6,3)	10 (%4,2)	26 (%5,3)
<b>Diyabet (<math>\geq 126</math>)</b>	20 (%7,9)	20 (%8,5)	40 (%8,2)
<b>Toplam</b>	252 (%100)	236 (%100)	488 (%100)

Pearson  $\chi^2=1,098$ , p=0,577.

Erkek katılımcıların (n=236) açlık kan şekeri değerleri ortalaması 96,40±28,83 mg/dl, kadın katılımcıların (n=252) açlık kan şekeri değerleri ortalaması 97,71±39,33 mg/dl olarak saptanmıştır. Açlık kan şekeri değerleri ortalaması açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamadı (z=-0,111, p=0,911).

Sigara içenlerin (n=155) ortalama açlık kan şekeri değeri 93,99±21,80 mg/dl, sigarayı bırakanların (n=92) ortalama açlık kan şekeri değeri 100,08±45,83 mg/dl, sigara içmeyenlerin (n=241) ortalama açlık kan şekeri değeri 97,92±36,34 mg/dl olarak saptandı. Sigara kullanımı ile açlık kan şekeri değerleri ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamaktaydı (Kruskal-Wallis  $\chi^2=0,671$ , p=0,715).

Alkol kullananların (n=130) ortalama açlık kan şekeri değeri 90,29±13,24 mg/dl, alkol kullanmayanların (n=358) ortalama kan şekeri 99,54±39,36 mg/dl olarak saptandı. Alkol kullanımı açlık kan şekeri değeri üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı (z=-1,475, p=0,140).

Eğitim durumu açlık kan şekeri üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı (Kruskal-Wallis  $\chi^2=4,018$ , p=0,547). Vücut kitle indeksi açlık kan şekeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamaktadır (Kruskal-Wallis  $\chi^2=13,937$ , p=0,016).

Daha öncesinde bilinen diyabet hastalığı olmayan katılımcıların (n=406) %95,3'ünün (n=387) normal (<110 mg/dl), %3,4'ünün (n=14) bozulmuş açlık glukozu (110-125 mg/dl), %1,2'sinin (n=5) diyabet seviyesinde kan şekeri mevcut idi (Pearson  $\chi^2=180,887$ , p<0,001). Katılımcıların açlık kan şekeri değerleri ve bilinen diyabet durumları Tablo 33'te gösterilmektedir.

**Tablo 33. Açlık kan şekeri değerleri ve bilinen diyabet durumları**

Açlık Kan Şekeri (mg/dl)	Daha önce tanı konmuş hastalık durumu		Total
	Diyabet yok	Diyabet var	
Normal (<110)	387 (%95,3)	35 (%42,7)	422 (%86,5)
Bozulmuş açlık glukozu (110-125)	14 (%3,4)	12 (%14,6)	26 (%5,3)
Diyabet (>126)	5 (%1,2)	35 (%42,7)	40 (%8,2)
<b>Total</b>	406 (%100)	82 (%100)	488 (%100)

Pearson  $\chi^2=180,887$ , p<0,001.

### DEPRESYON TARAMASI

Katılımcıların (n=488) Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB) toplam ortalama puanı 1,96 ± 2,27, ortanca 1,00 (en düşük 0, en yüksek 12 puan) olarak

bulunmuştur. BDÖ-BB'ye göre katılımcıların (n=488) %14,3'ünde (n=70) depresyon olasılığı %90'nın üzerindedir. Katılımcılarda cinsiyet ile depresyon arasında ilişki saptanmamıştır (Pearson  $\chi^2=1,770$ ; p=0,183). BDÖ-BB cinsiyete göre depresyon olasılığı dağılımı Tablo 34'te gösterilmiştir.

**Tablo 34. Birinci basamak için Beck depresyon ölçeği ile cinsiyete göre depresyon olasılığı dağılımı**

Katılımcıların Cinsiyeti	Depresyon olasılığı		Toplam
	Yok	Var	
<b>Kadın</b>	221 (%87,7)	31 (%12,3)	252 (%100)
<b>Erkek</b>	197 (%83,5)	39 (%16,5)	236 (%100)
<b>Toplam</b>	418 (%85,7)	70 (%14,3)	488 (%100)

Pearson  $\chi^2=1,770$ , p=0,183.

Kronik hastalıklar ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Pearson  $\chi^2=3,286$ , p=0,070).

Eğitim durumu ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Pearson  $\chi^2=8,287$ , p=0,141). Vücut kitle indeksi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Pearson  $\chi^2=6,409$ , p=0,268).

## TARTIŞMA

Araştırmamızın Edirne ili kentsel kesimindeki erişkin nüfusu temsil edici nitelikte olmasına dikkat edilmiştir. Edirne ili kentsel kesimdeki 35 yaş ve üzeri nüfus hedef kitemizi oluşturmaktadır. Araştırmamıza katılan katılımcıların yaş ortalamaları  $52,4 \pm 11,10$ 'dur.

Katılımcıların sosyal güvence durumları sorgulandığında en büyük grubun SSK/Bağkur'luların (%49,6) oluşturduğu görülmektedir. Daha sonra Emekli Sandığı (%41,2), Yeşil Kart (%4,3) gelmektedir. %4,1'inin sosyal güvencesi olmadığı görülmektedir. Bu veriler Edirne şehir merkezinde sosyal güvencesi olanların çoğunlukta olduğunu ve şehir merkezinde daha çok çalışan işçi ve işçi emeklisi ailelerin ikamet ettiğini göstermektedir.

Araştırmamızda okur yazar olmayan ve okur yazar olup, hiçbir okulu bitirmeyen erişkin oranı %7,4 olup, bunların %80,5'i kadın, %19,5'i erkek katılımcılardı. İlkokul mezunu bireylerin ise, %67,9'u kadın, %32,1'i erkek olarak saptandı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008) kapsamındaki hane halklarında kadınların %33'ü ya hiç eğitim almamış ya da ilkokulu tamamlamamışken bu rakam erkeklerde %20'dir. Buna göre Edirne ili kentsel kesimdeki erişkinlerin eğitim durumunun Türkiye nüfusuna oranla daha iyi olduğu söylenebilir (67). Araştırmamızda okur-yazar olmama durumu kadınlarda %4,4, erkeklerde %1,3'tür. Edirne'de 2001 yılında yapılan çalışmada ise bu oranın erkeklerde %1,5; 2002 yılında yapılan çalışmada da kadınlarda %3,5 olarak bulunmasıyla bizim bulgularımız benzerlik göstermektedir (60,68).

Araştırmamızda katılımcıların %80,3'ü evli, %6,8'i bekar, %12,9'u dul/boşanmış olarak bulundu. Evli olanların %51,1'i erkek, %48,9'u kadındı. Araştırmamızda ortalama evlilik yaşı kadınlar için 20,67 yıl, erkekler için 25,21 yıl olarak bulunmuştur. Bu değer kadınlar için 22,9 yıl, erkekler için 26,2 yıl olarak verilen T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu 2008 ortalama ilk evlilik yaşı verileriyle benzerlik göstermektedir (69).

İlk doğumda anne yaşı, anne ve çocuğun sağlığı ve kadının ve bebeğin yaşam kalitesi açısından olduğu kadar genel doğurganlık düzeyi için de önemli bir belirleyicidir. Erken yaşta evlenen kadınlar, özellikle de gebeliği önleyici yöntem kullanımının çok az olduğu veya hiç olmadığı durumlarda, daha uzun süre gebelik riski altında bulunmaktadır. Araştırmamızda 22,37 yıl olarak bulunan ilk doğum yaşı ortalaması TNSA-2008 verileri (22,3 yıl) ile benzerlik göstermektedir (67).

Menarş yaşı hem menopoza giriş yaşını etkilemesi, hem de meme kanseri gibi hormon bağımlı bazı kanser türlerinde risk faktörü olması açısından önemlidir. Araştırmamızda menarş yaşı  $13,29 \pm 1,32$  yıl olarak bulundu. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında menarş yaşı ortalaması Ankara'da 12,4 yıl, Samsun'da 13,7 yıl, Silivri bölgesinde 13,4 yıl olarak bulunmuştur (70-72). Aydemir (73)'in Edirne il merkezindeki 40-59 yaş arası kadınların sağlıklı ilintili yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi adlı tez çalışmasında katılımcıların menarş yaşı ortalaması 13,04 yıl olarak saptanmıştır. İngiltere'de yapılan bir çalışmada menarş yaşı 13,0 yıl, ABD'de 12,72 yıl olarak tespit edilmiştir (74,75). Bu ülkelerdeki menarş yaşı ülkemizdekine yakındır.

Menopoza girme yaşı pek çok faktörden etkilenmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ortalama doğal yolla menopoza girme yaşını Müderris ve ark. (76) 46,3 yıl, Güney (77) 47,53 yıl, Maral ve ark. (78) 47,3 yıl olarak bulmuşlardır. Aydemir (73)'in tez çalışmasında katılımcıların doğal yolla menopoza girme yaşı ortalaması 46,24 yıl olarak saptanmıştır. Bu değerler bizim araştırmamızdaki değerle (46,73 yıl) uyumludur. Çalışmamızda menopoza girmiş olanların %84,1'inin doğal yolla, %15,9'unun cerrahi yolla menopoza girmişti. Aydemir (73)'in çalışmasında doğal yolla menopoza girme oranı %80,9 olarak saptanmıştır. Bu oran Kılınçer (71)'in ve Müderris ve ark. (76)'nın çalışmaları ile benzerdi.



Araştırmamızda menopoza girmiş kadın katılımcıların sadece %2,0'sinin halen hormon replasman tedavisi kullandığı, %29,8'inin ise daha önce hormon replasman tedavisi kullanmış olduğu görüldü. Çevikkalp'in (79) yaptığı çalışmada bu oranlar sırası ile %3,8 ve %22,5 olarak bulunmuş olup bizim yaptığımız çalışma ile uyumluydu. Aydemir (73)'in çalışmasındaki oranlarla da benzerlik göstermekteydi. Aydemir'in çalışmasında menopozal ve postmenopozal kadınların %4,9'unun halen hormon replasman tedavisi kullanmakta olduğu, %23,6'sının ise daha önce hormon replasman tedavisi kullandığı görüldü.

Dünya sağlık örgütünün 2002 yılında yaptığı tahminlere göre gelişmiş ülkelerde sigara içme oranı %28,5; gelişmekte olan ülkelerde ise %29,5 olarak bulunmuştur (80,81). Ülkemizde sigaranın en fazla içildiği bölge %33,6 ile Marmara bölgesidir. Karadeniz bölgesi ise %29,9'la sigaranın en az içildiği bölgedir (82). Araştırmamızda katılımcıların %49,4'ü hiç sigara içmemişti, %18,9'u sigarayı bırakmıştı, %31,8'i halen sigara kullanmaktaydı. Çevikkalp'in (79) yaptığı çalışmada da bu oranlar sırası ile %48,3, %16,5 ve %35,1 olarak bulunmuştur. Tunç (83) Edirne'de öğretmenlerin sigara içme ile bırakma davranışları ve etkileyen faktörler adlı tez çalışmasında %33'ünün sigara içtiğini, %17'sinin sigarayı bıraktığını, %41'inin ise hiç içmediğini saptamıştır. Görüldüğü gibi Edirne ili ile Türkiye'de yapılan çalışmalarda sigara içme oranı oldukça yüksektedir.

Sigara içiminin cinsiyetle ilişkisine baktığımızda tüm dünyada erkeklerde sigara içme sıklığı %47, bayanlarda %12 bildirilmiştir (84). Sigara alışkanlığı katılımcılarımızda erkeklerde kadınlara nazaran daha yaygın olarak izlenmiştir. Erkekler sigara kullanmaya hem daha erken yaşlarda başlayarak daha uzun süre etkilerine maruz kalmaktadırlar hem de daha fazla sayıda sigara tüketmektedirler. Araştırmamıza katılan erkeklerin %46,6'sının, kadınların %17,8'inin sigara içtiği saptandı. Çevikkalp'in (79) yaptığı çalışmada bu oranlar sırası ile %47,1 ve %23,2 olarak bulunmuş olup bizim yaptığımız çalışma ile uyumluydu. Tunç (83)'un araştırmasında da kadınların %31,8'inin, erkeklerin de %34,9'unun sigara içtiği bildirilmiştir.

Sigaraya başlama yaşı araştırmamızda  $18,88 \pm 4,95$  yıl olarak bulunmuş olsa da 7 yaşında bile düzenli olarak sigara kullanmaya başlayan katılımcılara rastlanmıştır. Bu bulgular Tunç (83)'un ve Yalçın (60)'ın Edirne ilinde hipertansiyon prevalansı ve eşlik eden

etyopatolojik risk faktörleri adlı tez çalışmasındaki verilerle benzerlik göstermektedir.

Sigarayı bırakan ve halen sigara kullanmakta olan katılımcıların günlük ortalama içtikleri sigara miktarları sırasıyla  $16,52 \pm 11,50$  ve  $17,78 \pm 9,39$  olarak bulunmuş olup; bu bulgu Tunç (83)'un araştırmasındaki verilerle benzerlik göstermektedir.

Temininin kolay, kullanımının yasal olması ve eroin, kokain, esrar gibi madde bağımlılıkları için geçiş madde olması nedeniyle sigara bağımlılığı en sık görülen ve en önemli madde bağımlılığıdır (85). Nikotin bağımlılığını ölçmek için halen sigara içen kişinin verdiği yanıtlardan hesaplanan Fagerström testi skorları ortalama  $3,70 \pm 2,45$  puan olarak bulundu ve bu az bağımlılığa denk gelmekteydi. Bu bulgu Tunç (83)'un ( $2,77 \pm 2,50$ ) ve Musaoğlu (86)'nın ( $2,67 \pm 2,55$ ) çalışmalarında saptanan değerlerden daha yüksek bulunmuştur. Bu fark örneklem seçiminden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmaya katılan, erkeklerin %36,4'ünün, kadınların %53,3'ünün nikotin bağımlılıkları çok düşük idi

Katılımcıların %73,4'ünün alkollü içki kullanmadığı tespit edilirken, %26,6'sının alkol kullandığı tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu 2001 yılındaki raporda da alkol kullanım yaygınlığı %42,6 olarak bildirilmiştir (87). Yalçın (60)'ın çalışmasında erişkinlerin %19,9'unun düzenli alkol kullandığı tespit edilmiştir. CAGE alkol bağımlılık riski testine göre de alkollü içki kullananların %13,8'inde bağımlılık riski olduğu saptandı. Bu bulgu Musaoğlu (86)'nin çalışmasındaki verilerle benzerlik göstermektedir. Kadın katılımcıların %5,2'sinin alkollü içki kullandığı, erkek katılımcıların ise %49,6'sının alkollü içki kullandığı saptandı. Çalışmaya katılan kadınların %7,7'sinde, erkeklerin %14,5'inde alkol bağımlılığı riski vardı. Edirne şehir merkezinde 2008 yılında yapılan çalışmada da kadınların %24,1'i, erkeklerin %72,9'nun alkol kullandığı belirlenmiştir (88). Tüm bu bulgular ışığında Edirne'de özellikle erkekler arasında alkol kullanımının yaygın olduğunu söylemek mümkündür.

Majör depresif bozukluk, yaşam boyu yaygınlığı %15 kadar olan (kadınlarda %20, erkeklerde %10), hayat boyu risk erkekler için %3-12, kadınlar için %10-26 olan yaygın bir bozukluktur. Kadınlarda 2 kat daha fazla görülmektedir (89). Katılımcıların BDÖ-BB toplam ortalama puanı  $1,96 \pm 2,27$ ; puan idi. BDÖ-BB'ye göre katılımcıların %14,3ü depresyondaydı ve depresyon oranı kadınlarda %12,3; erkeklerde %16,5 bulundu. Bu bulgu Musaoğlu

(86)'nin çalışmasındaki verilerle benzerlik göstermektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 verilerine göre kadınların boy uzunluğu ortalaması 157 cm, kilo ortalaması ise 66 kg olarak tespit edilmiştir. Araştırmamızda kadın katılımcıların 160 cm boy, 72 kg kilo ortalaması ile benzerlik göstermektedir (67). Araştırmamıza katılan erkeklerde boy ortalaması 173 cm, kilo ortalaması ise 79 kg olarak bulunmuştur. Kadın ve erkek katılımcıların boy ve kilo ortalamaları Eker (90)'in Edirne ili kentsel alanda yaşayan erişkinlerde beslenme durum değerlendirilmesi adlı tez çalışmasındaki verilerle de benzerlik göstermektedir.

Obezite hala dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Avrupa'da obezite prevalansı %6-20, kadınlarda %6-30 aralığındadır. ABD'de ise erkeklerin %20'si, kadınların %25'i obezdir (91). TNSA-2008 verilerine göre ise kadınların ortalama VKİ  $26,7 \text{ kg/m}^2$ 'dir. Kadınların %58'inin VKİ 25,0'ın üzerinde olup, %24'ünün VKİ en az 30,0'dur (67). Öner (38)'in Edirne'de hiperkolesterolemi prevalansı ve kardiyovasküler risklerin değerlendirilmesi adlı tez çalışmasının VKİ 25,0-29,9 olan erkeklerin (%42,8) ve kadınların (%28,8) oranı araştırmamıza göre (%53,0) ve (%41,3) daha düşük olarak tespit edilmiştir. Erkek katılımcıların VKİ ortalaması ( $26,56 \pm 3,67 \text{ kg/m}^2$ ) TURDEP verileriyle ( $25,47 \pm 4,58 \text{ kg/m}^2$ ) benzerlik göstermektedir (92).

Son 20 yıl süresince yapılan epidemiyolojik çalışmalarda hipertansiyonun dünyada çok yaygın bir toplum sorunu olduğu ortaya çıkarılmıştır (93). Hipertansiyon erken tanı ile kontrol altına alınabilen; geç kalındığında kalp, beyin, böbrekler ve gözlerde hasara neden olabilen ciddi bir hastalıktır (94). İlk olarak Framingham Kalp Çalışması'nın 36 yıllık verilerinde izole sistolik hipertansiyonlu vakaların normotansiflere göre 2 kat daha fazla koroner kalp hastalığı riskine sahip olduğunun anlaşılması üzerine hipertansiyonun önemi artmaya başlamıştır (93). Erken tanı ve hastalığın ileri safhalarında oluşabilecek komplikasyonlardan korunmak amacıyla periyodik kan basıncı ölçümlerinin yapılması gerekmektedir. Yalçın (60)'ın çalışmasında erişkinlerde hipertansiyon prevalansı %24,1 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda kadınların %29,7'i sistolik kan basıncına göre normotansif (<120 mmHg) idi. Yalçın (60) çalışmasında bu oranı %59,7 olarak saptamıştır. Bizim çalışmamızda normotansiflerin görece az olması yaşlarının daha yüksek olmasından

kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamıza katılan kişilerin %57,6'sı, kadınların %52,8'i ve erkeklerin %62,6'sı prehipertansif (120-139 mmHg) idi. Yalçın (60) çalışmasında bu oranı %21,9 (kadınlarda %19,8 ve erkeklerde %24) olarak saptamıştır. Çalışmamıza katılan kişilerin %11,9'u evre 1 hipertansif (140-159 mmHg) iken, kadınlarda bu oran %15,5, erkeklerde ise %8,1 idi. Yalçın (60) çalışmasında bu oranı kadınlarda %12,6 olarak saptaması ile çalışmamıza benzerlik göstermektedir. Bizim çalışmamıza katılan kişilerin %13,5'i sistolik kan basıncına göre evre 1 veya evre 2 hipertansif (>140 mmHg) idiler. Çalışmamızda bu oran erkeklerde %9,3 olarak saptanırken, kadınlarda %17,5 olarak saptanmıştır. Yalçın (60) bu oranı kadınlarda %20,5 olarak saptaması ile çalışmamıza benzerlik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan kişilerin %17,6'sı diyastolik kan basıncına göre evre 1 (90-99 mmHg) hipertansif olarak tespit edildi. Yalçın (60) bu oranı %15 olarak saptaması ile çalışmamıza benzerlik göstermektedir. Çalışmamıza katılan kişilerin %19,3'ü diyastolik kan basıncına göre evre 1 veya evre 2 hipertansif (>90 mmHg) idiler. Bu oran erkeklerde %14 olarak saptanırken, kadınlarda %24,2 olarak saptanmıştır.

Sigara içenlerin ortalama sistolik kan basıncı  $118,32 \pm 13,29$  mmHg, sigarayı bırakanların ortalama sistolik kan basıncı  $123,48 \pm 12,53$  mmHg, sigara içmeyenlerin ortalama sistolik kan basıncı  $123,44 \pm 15,23$  mmHg olarak saptandı. Sigara kullanımını SKB üzerinde anlamlı fark oluşturmaktaydı. Benzer olarak Yalçın (60) da yaptığı çalışmada HT vakalarında sigara kullanma oranını oldukça düşük olarak saptamıştır. Sigara içenlerin ortalama diyastolik kan basıncı  $76,94 \pm 8,40$  mmHg, sigarayı bırakanların ortalama diyastolik kan basıncı  $80,82 \pm 8,93$  mmHg, sigara içmeyenlerin ortalama diyastolik kan basıncı  $79,98 \pm 9,45$  mmHg olarak saptandı. Sigara kullanımını DKB üzerinde anlamlı fark oluşturmaktaydı. Çalışmamıza benzer olarak Koruk ve ark. da (21) yaptıkları çalışmada sigara kullanmayanlarda hipertansiyon sıklığını daha fazla (1,8 kat ) bulmuşlardır.

Dünyada 2000 yılında erişkin nüfusta HT prevalansı %26,4 olup, yaklaşık 972 milyon hipertansif hastanın olduğu ve çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı bildirilmiştir (16,17). Katılımcıların hem sistolik hem diyastolik kan basınçları değerlendirildiğinde %21,3'ünün ölçüm anında hipertansif (>140 mmHg ve >90 mmHg) olduğu tespit edilmiştir.

Koroner kalp hastalığı dünyada ve ülkemizde erişkin dönem ölüm sebepleri arasında yerini korumaktadır, önlenmesi konusunda en etkili yöntem risk faktörlerinin kontrol altına

alınmasıdır. Hiperlipidemi bu risk faktörleri arasında taramaya en uygun olanlarından birisidir. Öner (38)'in çalışmasında hiperkolesterolemi (>200 mg/dl ve üzeri) oranı erişkinlerde %30,7 olarak saptanmış. Bizim çalışmamızda bu oran %38,52 olarak saptanmasıyla Öner (38)'in çalışmasına benzerlik göstermektedir.

Yaşam tarzındaki hızlı değişimle birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda diabetes mellitus prevalansı hızla artmaktadır (95). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde Tip 2 diyabet giderek artmakta, hastalık ve komplikasyonları toplum sağlığında önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (96). 2000 yılında her yaş grubu için %2,8 olan diyabet prevalansının 2030 yılında %4,4'e ulaşacağı tahmin edilmektedir (29). Ülkemizde; Satman ve arkadaşlarının yaptığı TURDEP çalışması sonuçlarına göre diyabet prevalansı %7,2 olarak bildirilmiştir (30). Bizim çalışmamızda katılımcıların %8,2'sinin diyabet düzeyinde (>126 mg/dl) açlık kan şekerlerine sahip olduğu bulunmuştur. Bu oran ile TURDEP çalışması diyabet oranları ile benzerlik göstermektedir.

Sonuç olarak erişkin yaş grubu kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin bireylere ulaşma ve bireylerin bunları uygulama durumunu saptayabilmek için AAFP, CTFPHC, USPSTF gibi grupların erişkin genel topluma pozitif periyodik sağlık önerilerinin bir kısmını çalışma grubumuza sorguladık. Ülkemizde birinci basamağın görevleri arasında erişkinlere yönelik periyodik sağlık muayeneleri tanımlanmamıştır ancak böyle bir görev tanımı yapılırsa kolaylıkla ülkemizde uygulanabileceğini düşünüyoruz. Periyodik sağlık muayenelerinden en fazla kan basıncı ölçümü ve kolesterol ölçümünün yapıldığını, diğer hizmetlerin ise daha az oranda erişkinlerimize ulaştığını saptadık. Bütün periyodik sağlık muayenesi hizmetleri kronik hastalık varlığında anlamlı oranlarda daha fazla uygulanmaktadır. Bu durum kronik hastalığı olan kişilerin hastalığı nedeniyle yaptıkları hekim ziyaretleri esnasında periyodik sağlık muayenesi hizmetlerine daha rahat ulaşmasına bağlı olabilir.

Sağlığın iyileştirilmesinin öncelikli olarak kişilerin sağlığını korumaktan geçtiğini unutmamak gerekir. Ülkemizde ağırlıklı olarak kullanılan tedavi edici sağlık hizmetlerinin yerine aslında daha önemli ve uygulanması daha kolay olan koruyucu hizmetlerin geçmesi ve koruyucu hizmetlerin en önemli uygulama yöntemi olan periyodik sağlık muayenelerinin işlevinin artırılması gerektiği açıktır.

## SONUÇLAR

Edirne şehir merkezinde erişkinlerin periyodik sağlık muayeneleri olarak önerilen bazı hastalıkları taramak amacıyla yaptığımız ve erişkinlere yönelik daha iyi bireysel ve toplumsal sağlık hizmeti sunmamızı sağlayacak analizler yapabileceğimizi düşündüğümüz çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir;

1. Katılımcıların SKB değeri ortalama  $121,82 \pm 14,33$  mmHg olarak ölçülmüştür. Katılımcıların %29,8'inin normal, %57,6'sının prehipertansiyon, %11,9'unun evre 1 hipertansiyon, %1,6'sının evre 2 hipertansiyon düzeyinde sistolik kan basıncı değerlerine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların sistolik kan basıncı değerleri açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sigara kullanımı, vücut kitle indeksi ve eğitim durumu SKB üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı. Alkol kullanımı SKB üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı.

2. Katılımcıların DKB değeri ortalama  $79,17 \pm 9,15$  mmHg olarak ölçülmüştür. Katılımcıların %33,2'sinin normal, %47,5'inin prehipertansiyon, %17,6'sının evre 1 hipertansiyon, %1,6'sının evre 2 hipertansiyon düzeyinde diyastolik kan basıncı değerlerine sahip olduğu saptanmıştır. Cinsiyetler ve alkol kullanımı DKB üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı. Sigara kullanımı, eğitim durumu ve vücut kitle indeksi DKB üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı.

3. Sistolik ve diyastolik kan basınçları beraber değerlendirildiğinde katılımcıların %25,6'sının normal, %53,1'inin prehipertansif, %19,3'ünün evre 1 hipertansif, %2,0'sinin evre 2 hipertansif olduğu görülmüştür.

4. Katılımcıların trigliserid değerleri açısından %72,8'inin normal, %11,9'unun sınırdan yüksek, %14,5'inin yüksek, %0,8'inin çok yüksek değerlere sahip olduğu saptanmıştır. Cinsiyetler, eğitim durumu, vücut kitle indeksi, alkol kullanımı ve sigara kullanımı ile trigliserid değerleri arasında anlamlı fark bulunamadı.

5. Katılımcıların total kolesterol değerleri açısından %61,5'inin normal, %22,5'inin sınırdan yüksek, %16,0'sının yüksek değerlerine sahip olduğu saptanmıştır. Sigara kullanımı, alkol kullanımı, eğitim durumu, vücut kitle indeksi ve cinsiyetler ile total kolesterol değerleri arasında anlamlı fark bulunamadı.

6. Katılımcıların LDL kolesterol değerleri açısından %25,8'inin en uygun, %30,3'ünün en uyguna yakın, %24,6'sının sınırdan yüksek, %12,1'inin yüksek, %7,2'sinin çok yüksek değerlere sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların LDL kolesterol değerleri ve LDL kolesterol değerleri ortalaması açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sigara kullanımı, alkol kullanımı, eğitim durumu, vücut kitle indeksi LDL kolesterol değerleri üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı.

7. Katılımcıların %86,5'inin normal, %5,3'ünün bozulmuş açlık glikozu, %8,2'sinin diyabet düzeyinde açlık kan glikozu değerlerine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların açlık kan şekeri değerleri açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sigara kullanımı, alkol kullanımı, eğitim durumu, vücut kitle indeksi ve cinsiyetler ile açlık kan şekeri değerleri arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

8. Katılımcıların BDÖ-BB toplam ortalama puanı  $1,96 \pm 2,27$  olarak bulunmuştur. BDÖ-BB'ye göre katılımcıların %14,3'ünde depresyon olasılığı %90'nın üzerindedir. Katılımcılarda cinsiyet ile depresyon arasında ilişki saptanmamıştır. Kronik hastalıklar, eğitim durumu ve vücut kitle indeksi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

## ÖZET

Periyodik sağlık muayeneleri çağdaş hekimlik uygulamalarının vazgeçilmez bir parçasıdır. Asemptomatik erişkinlerin periyodik sağlık muayenelerinin amacı; değiştirilebilir risk faktörlerin ve tedavi edilebilir hastalığın erken belirtilerini belirleyerek morbidite ve mortaliteyi önlemektir. Çalışmamızda erişkinlerde önerilen bazı periyodik sağlık muayeneleri uygulanarak belli hastalıklar taranmıştır.

Çalışma örnekleminizi 252 kadın, 236 erkek olmak üzere 35-87 yaş aralığında toplam 488 kişi oluşturmaktaydı.

Katılımcıların %2,9'u okuma yazma bilmiyordu, %80,3'ü evliydi, %91,6'sının çocuğu vardı, %31,8'i sigara içiyordu, %26,6'sının alkol kullanıyordu. Erkek katılımcılar, kadın katılımcılardan daha fazla oranlarda sigara ve alkol kullanıyordu. Kadınların %73,4'ünün, erkeklerin %67,8'inin vücut kitle indeksi 25,0'in üzerindeydi.

Katılımcıların %61,7'sinin kronik hastalığı vardı. Katılımcıların %29,8'inin normal (<120 mmHg), %57,6'sının prehipertansiyon (120-139 mmHg), %11,9'unun Evre 1 hipertansiyon (140-159 mmHg), %1,6'sının Evre 2 hipertansiyon (>160 mmHg) düzeyinde sistolik kan basıncı değerlerine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %33,2'sinin normal (<80 mmHg), %47,5'inin prehipertansiyon (80-89 mmHg), %17,6'sının Evre 1 hipertansiyon (90-99 mmHg), %1,6'sının Evre 2 hipertansiyon (>100 mmHg) düzeyinde diyastolik kan basıncı değerlerine sahip olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların %25,8'inin en uygun (<100 mg/dl), %30,3'ünün en uyguna yakın (100-129 mg/dl), %24,6'sının sınırda yüksek (130-159 mg/dl), %12,1'inin yüksek (160-189 mg/dl), %7,2'sinin çok yüksek ( $\geq$ 190 mg/dl) düşük yoğunlukta lipoprotein değerlerine sahip olduğu saptanmıştır.



Katılımcıların %86,5'inin normal (<110 mg/), %5,3'ünün bozulmuş açlık glikozu (110-125 mg/dl), %8,2'sinin diyabet ( $\geq$ 126 mg/dl), düzeyinde açlık kan glikozu değerlerine sahip olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak, ülke genelinde kişilerin bilgi düzeylerini ve periyodik sağlık muayenesi uygulamalarının işlerliğini arttırmak için daha fazla çalışma yapılmalıdır. Ülkemizde periyodik sağlık muayenelerinin uygun rehberlerle desteklenme gerekliliği vardır.

**Anahtar kelimeler:** Periyodik sağlık muayenesi, erişkin, Edirne

# **THE RESULTS OF PERIODIC HEALTH EXAMINATIONS AMONG ADULTS LIVING IN EDIRNE**

## **SUMMARY**

Periodic health examination is an essential part of modern medicine practices. The goal of periodic health examinations of asymptomatic adults is to prevent morbidity and mortality by identifying modifiable risk factors and early signs of treatable diseases. In our study, certain diseases were investigated by applying recommended periodic health examinations.

Our sample included 488 adults, of whom 252 were females and 236 males between the ages of 35 and 87.

2.9% of the participants were illiterate, 80.3% were married, 91.6% had children, 31.8% were smoking, and 26.6% were using alcohol. Male participants were using more cigarettes and alcohol than female participants. 73.4% of women, 67.8% of men had a body mass index over 25.0.

61.7% of the participants had chronic diseases. 29.8% of the participants had normal (below 120 mmHg) systolic blood pressure levels, 57.6% had prehypertension (120-139 mmHg), 11.9% had stage 1 hypertension (140-159 mmHg), 1.6% had stage 2 hypertension

(160 mmHg and above). 33.2% of the participants had normal (below 80 mmHg) diastolic blood pressure levels, 47.5% had prehypertension (80-89 mmHg), 17.6% had stage 1 hypertension (90-99 mmHg), and 1.6% had stage 2 hypertension (100 mmHg and above).

25.8% of the participants had optimal (below 100 mg/dl) low density lipoprotein levels, 30.3% had near optimal (100-129 mg/dl), 24.6% had borderline high (130-159 mg/dl), 12.1% had high (160-189 mg/dl), 7.2% had very high ( $\geq 190$  mg/dl) low density lipoprotein levels.

86.5% of the participants had normal ( $< 110$  mg/dl) fasting plasma glucose, 5.3% had impaired fasting glucose (110-125 mg/dl), 8.2% had diabetes ( $\geq 126$  mg/dl) according to the fasting plasma glucose results.

In conclusion, further studies should be done in order to increase the level of knowledge and periodic health examination practices throughout the country. According to these findings, there is a need to develop appropriate periodic health examination guidelines for our country.

**Key words:** Periodic health examination, adult, Edirne

## KAYNAKLAR

1. Aktürk Z, Dağdeviren N, Yorulmaz F. Periyodik Sağlık Muayeneleri. İlaç ve Tedavi Dergisi 2002;15(3):103-8.
2. McWhinney IR. A Textbook of Family Practice. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press, 1997;3-28 , 37-103, 179-227.
3. Mazıcıoğlu M, Uzuner A. Periyodik sağlık muayenesi. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Doktorları için Kurs Notları Birinci Aşama . Ankara; 2004. s.99-113.
4. Milone SD, Milone SL. Evidence-based periodic health examination of adults. Can Fam Physician 2006; 52:40-7.
5. Putting prevention into practice: Guidelines for the implementation of prevention in the general practice setting. 2<sup>th</sup> Edition. The Royal Australian College of General Practitioners. Melbourn 2006.
6. Grimm KJ, Diebold MM. The Periodic Health Examination In: Rakel RE (Ed). Textbook of Family Practice. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 2007;139-59.
7. CTFPHC Canadian Task Force for Preventive Health Care (Koruyucu Sağlık Hizmeti için Kanada Çalışma Grubu). <http://www.ctfphc.org/>
8. American Academy of Family Physicians – Periodic Health Examinations. <http://www.aafp.org/>
9. USPSTF United States Preventive Services Task Force (Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu). <http://158.72.20.10/pubs/guidecps>
10. The Guide to Clinical Preventive Services 2009, Recommendations of the U.S Preventive Services Task Force. <http://www.ahrq.gov/clinic/prevenix.htm>

11. Guirguis-Blake J, Meyers D, Crichlow R, Wilson JE, Carter C. Preventive Health Care. In: Rakel RE (Ed). Textbook of Family Practice. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 2007;159-84.
12. American Academy of Family Physicians. Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services. October 2009.
13. Fidaner C. Kanserde Erken Yakalama: Erken Tanı ve Taramalar. s.319-32.
14. Wilson JMG, Jungner G. Principles and Practice of Screening for Disease. Geneva: World Health Organization. 1968. p.14-39.
15. Kyngas H, Landenpera T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. J Adv Nurs 1999;29(4):832-9.
16. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet 2005;365(9455):217-23.
17. Kara B, Uzun Ş, Yokuşoğlu M, Uzun M. Hipertansiyon Hastalarında İlaç Bilgisinin Kan Basıncını Düşürmek İçin Uygulanan Yöntemlere Etkisi. TAF Prev Med Bull 2009;8(3):231-8.
18. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. J Hypertens 2004 Jan;22(1): 11-9.
19. Çakmak HA, Arslan E, Erdine S. Hipertansiyonda karşılanmamış gereksinimler Türk Kardiyol Dern Arş- Arch Turk Soc Cardiol 2009;37 Suppl 7:1-4.
20. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği,  
[http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk\\_Hipertansiyon\\_Prealans\\_Calismasi\\_Ozeti-1.pdf](http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prealans_Calismasi_Ozeti-1.pdf)
21. Koruk İ, Şahin TK, Demir LS. Konya Fazilet Uluişik Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 yaş grubu ev kadınlarında hipertansiyon prevalansı, farkında olma, tedavi ve kontrol altına alma durumu. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(1)51-8.
22. Öngen Z. Çözümü Zor Bir Toplumsal Sorun: Hipertansiyon. Klinik Gelişim 2005;18:4-7.
23. Sheridan S, Pignone M, Donahue K. Screening for High Blood Pressure: U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine 2007;147(11):783-6.
24. Wolff T, Miller T. Evidence for the reaffirmation of the U.S. Preventive Services Task Force recommendation on screening for high blood pressure. Ann Intern Med. 2007;147:787-91.

25. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003;42:1206-52.
26. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, Eckel RH, Fair JM, Fortmann SP, et al. AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Update: Consensus Panel Guide to Comprehensive Risk Reduction for Adult Patients Without Coronary or Other Atherosclerotic Vascular Diseases. American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee. *Circulation* 2002;106:388-91.
27. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes *Diabetes Care*, January 2009;32(1): 13-61.
28. Gregg EW, Cadwell BL, Cheng YJ. Trends in the Prevalence and Ratio of Diagnosed to Undiagnosed Diabetes According to Obesity Levels in the U.S. *Diabetes Care* 2004;27: 2806-12.
29. Wild S, Roglic G, Gren A, Scree R, King H. Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27(5):1047-53.
30. Satman I, Yılmaz T, Şengül A. Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey. Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care* 2002; 25: 1551-6.
31. Amorosa LF, Swee DE. Diabetes Mellitus. In: Rakel RE (Ed). *Textbook of Family Practice*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 2007; 989-1020.
32. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 2004;27:5-10.
33. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 2008;148(11): 846-54.
34. Feig DS, Palda VA, Lipscombe L. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening for type 2 diabetes mellitus to prevent vascular complications: updated recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ*. 2005;172:177-80. <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/172/2/177/DC1>
35. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia. Report of a WHO/IDF Consultation. World Health Organization-2006.p.1-3
36. Wilson PWF, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB. Prediction of Coronary Heart Disease Using Risk Factor Categories. *Circulation* 1998;97;1837-47.
37. Onat A, Sansoy V, Soydan İ, Tokgözoğlu L, Adalet K. TEKHARF; Oniki Yıllık İzlem Deneyimine Göre Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı. İstanbul, Argos İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret Anonim Şirketi. 2003.

38. Öner L. Edirne’de Hiperkolesterolemi Prevalansı ve Kardiyovasküler Risklerin Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2002.
39. National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III).
40. Toth PP. The "Good Cholesterol": High-Density Lipoprotein. *Circulation* 2005;111;89-91.
41. Hubert HB, Feinleib M, Mc Namara PM, Castelli WB. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26 year follow up participants in the Framingham Heart Study. *Circulation* 1983; 67: 968-77.
42. McTigue K, Harris R, Hemphill MB. Screening and Interventions for Overweight and Obesity in Adults, prepared by Research Triangle Institute - University of North Carolina Evidence-based Practice Center under contract no. 290-97-0011. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, December 2003. <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/prevent/pdfser/obesser.pdf>
43. Onat A, Sansoy V. TEKHARF 2009, Türk Halkının Kusurlu Kalp Sağlığı Sırrına Işık, Tıbbı Önemli Katkı. Bölüm 9: Türk Erişkinlerinde Obezite, Abdominal Obezite, Belirleyicileri ve Sonuçları. İstanbul, Cortex İletişim Hizmetleri a.ş 2009;106-18.
44. Anderson JA, Hensrud DD. Obesity. In: Rakel RE (Ed). *Textbook of Family Practice*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 2007;1075-88.
45. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Depression: Recommendations and Rationale. *Ann Intern Med* 2002;136:760-4.
46. O’Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN. Screening for Depression in Adult Patients in Primary Care Settings: A Systematic Evidence Review. *Ann Intern Med* 2009;151:793-803.
47. Küey L. Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası* 1998;1:5-12.
48. Simon GE, VonKorff M. Recognition, Management, and Outcomes of Depression in Primary Care. *Arch Fam Med* 1995;4:99-105.
49. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765-76.
50. Agerter DC, Rasmussen NH, Sutor B. Depression. In: Rakel RE (Ed). *Textbook of Family Practice*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 2007;1387-98.
51. MacMillan HL, Patterson CJS, Wathen CN, The Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening for Depression in Primary Care: Updated Recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2005; 172 (1): 33-5.

52. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2006, with chartbook on trends in the health of Americans. Hyattsville, MD, 2006.
53. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
54. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2008. Sayı:73 Nisan 2009; Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr/>
55. Dünya Sağlık Örgütü. [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)
56. Whitlock EP, Green CA, Polen MR. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use. Systematic Evidence Review. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April, 2004. (Available on the AHRQ Web site at: [www.ahrq.gov/clinic/serfiles.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/serfiles.htm)).
57. Reid MC, Fiellin DA, O'Connor PG. Hazardous and Harmful Alcohol Consumption in Primary Care. Arch Ann Med 1999;159: 1681-9.
58. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA 1993;270:2207-12.
59. Pignone MP, Ammerman A, Fernandez L. Counseling to Promote a Healthy Diet in Adults A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Am J Prev Med 2003;24(1): 75-92.
60. Yalçın BM. Edirne İlinde Hipertansiyon Prevalansı ve Eşlik Eden Etyopatolojik Risk Faktörleri (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2002.
61. Fagerström K, Scheinoder N: Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989;12:159-82.
62. Uysal MA, Kadakal F, Karsıdag C, Bayram G, Uysal O, Yılmaz V: Fagerström test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004; 52(2): 115-21.
63. Ewing JA. Detection alcoholizm. The CAGE questionnaire. JAMA 1984;252:1905-7.
64. Bush B, Shaw S, Cleary P, Delbanto TL, Aronson MD. Screening for alcoholizm using the CAGE questionnaire. Am J Med 1987;82:231-5.
65. Aktürk Z, Dağdeviren N, Türe M, Tuğcu C. Birinci basamak için beck depresyon tarama Ölçeğinin Türkçe çeviriminin geçerlilik ve güvenilirliği. Türkiye Aile Hekim Derg 2005;9(3):117-22.
66. Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C ve TEMD Diabetes Mellitus Çalışma Grubu. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu-2009;Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. s.15-8.



67. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [Serial Online]. 2010. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008\\_ana\\_Rapor-tr.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf)
68. Şahin ÖÖ. Edirne Şehir Merkezinde Halkın Sağlık Hizmeti Tercihlerine Etki Eden Faktörler ve Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2003.
69. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu [Serial Online]. 2010. [www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do](http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do)
70. Özdemir O. Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 50-65 Yaş Arası Kadınlarda Menopoz ve İlişkili Özellikler (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2001.
71. Kılınçer A. Samsun İl Merkezinde 45-65 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Dönemin Değerlendirilmesi (tez). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2000.
72. Vehid S, Aran SN, Köksal S, Özdemir İH, Işıloğlu H, Şenocak M. Silivri bölgesi kadınlarda menopoz ve özellikleri. T Klin J Med Sci 2001;21:493-9.
73. Aydemir Hİ. Edirne İl Merkezindeki 40-59 Yaş Arası Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.
74. Whincup PH, Gilg JA, Odoki K, Taylor SJC, Cook DG. Age of menarche in contemporary British teenagers: survey of girls born between 1982 and 1986. BMJ 2001;322:1095-6.
75. Anderson SE, Dallal GE, Must A. Relative Weight and Race Influence Average Age at Menarche: Results From Two Nationally Representative Surveys of US Girls Studied 25 Years Apart. Pediatrics 2003; 111 (4) 844-50.
76. Müderris İİ, Batukan C, Ekinci EI, Çetinkaya F. Kayseri’de menopoz yaşı ve etkileyen faktörler. Türk Fertil. Der.2005; 13:158-64.
77. Güney N. Ankara ilinden seçilen park sağlık ocağı bölgesinde 35 yaş ve üzeri kadınlarda menopoz yaşı ve perimenopozal semptomlarının tespiti (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2006.
78. Maral I, Yıldırım U, Özkan S, Aycan S. Ankara Gölbaşı bölgesinde kadınlarda doğal menopoz yaşı ve menopoz yaşına eşlik eden faktörler. Klinik Bilimler ve Doktor 2001;7(4):550-4.
79. Çevikkalp B. Edirne Şehir Merkezinde Yaşayan Erişkinlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri Hakkındaki Bilgi Tutum ve Davranışları (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.
80. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One Prevalence and Health, 3. Male smoking, 2002;24-5.
81. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One Prevalence and Health, 4. Female smoking, 2002;26-7.

82. METSAR grubu (Kozan Ö, Oğuz A, Erol Ç, Öngen Z, Abacı A, Temizhan A ve ark.) Metabolik Sendrom Araştırması (METSAR) 20.Ulusal Kardiyoloji Kongresi Özet Kitabı s. 44, Antalya, 2004.
83. Tunç Z. Edirne’de Öğretmenlerin Sigara İçme İle Bırakma Davranışları Ve Etkileyen Faktörler (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.
84. Kaplan K, Jarvis M. Leave the pack behind. WHO, Geneva 1999.
85. Doğan YB. Bağımlılık kavram ve anlayışı. Dilbaz HN (Editör). Alkol ve alkol dışı madde bağımlılığı’nda. Ankara: 1998. s1-8.
86. Musaoğlu Z. Trakya Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
87. Sağlık Bakanlığı (TC). Herkese sağlık, Türkiye’nin hedef ve stratejileri. Özerk Z, Akdur R, Aycan S ve ark (editör). Ankara: 2001.
88. Yetim D. Edirne Şehir Merkezinde Kadınlara Yönelik Şiddet Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
89. Yüksel N. Duygudurum bozuklukları. Yüksel N (Editor). Ruhsal Hastalıklar. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2001;208-55.
90. Eker E. Edirne İli Kentsel Alanda Yaşayan Erişkinlerde Beslenme Durum Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2006.
91. Björntorp P (Çeviri: Kahramanoğlu M). International Textbook of Obesity. AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti; 2002:7-9.
92. Yalçın BM, Şahin EM, Yalçın E. Prevalence and epidemiological risk factors of obesity in Turkey. Middle East Journal of Family Medicine, 2004; 6.
93. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S. Residual Lifetime Risk for Developing Hypertension in Middle-aged Women and Men: The Framingham Heart study. JAMA. 2002;287(8):1003-10.
94. Türe M, Kurt İ, Yavuz E, Kürüm T. Hipertansiyonun tahmini için çoklu tahmin modellerinin karşılaştırılması (Sinir ağları, lojistik regresyon ve esnek ayırma analizleri). Anadolu Kardiyol Derg 2005;5:24-8.
95. Çalışkan N, Aslan D, Mehmetoğlu HÇ, Alper Z, Uncu Y. Diyabet Açısından Bazı Risk Faktörleri: Marmara Adası Sağlık Taraması Sonuçları. Türk Aile Hek Derg 2007; 11(2): 75-9.
96. Kartal A, Çağırğan MG, Tıgılı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M. Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutumları ve Tutumu Etkileyen Faktörler. TAF Prev Med Bull 2008; 7(3):223-30.

**EK 1.**

**EDİRNE ŞEHİR MERKEZİNDEKİ  
ERİŞKİNLERDE PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ  
VE SONUÇLARI**

Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr. Türkan KUTLU  
TÜTF Aile Hekimliği AD

Danışman: Doç. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “Edirne şehir merkezindeki erişkinlerde periyodik sağlık muayeneleri ve sonuçları”nı ölçme amacıyla hazırladığımız bu anketi doldurmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül yada ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

**1. Adı Soyadı:**

**2. Ev Adresi:**

**3. Telefon No:**

**4. Doğum Tarihi:** 19.....

**5. Sağlık Güvencesi:**

1.  Emekli Sandığı 2.  SSK/ Bağ-Kur 3.  Özel sigorta

4.  Yeşil Kart 5.  Yok 6.  Diğer

**6. Eğitim Durumu:**

1.  Okur-yazar değil 2.  Okur-yazar 3.  İlkokul

4.  Ortaokul 5.  Lise 6.  Üniversite

**7. Mesleği/İşi:**

0.  Çalışmıyor 1.  Sağlık çalışanı..... 2.  Memur.....

3.  İşçi..... 4.  Serbest..... 5.  Özel sektör.....

6.  Diğer.....

**8. Medeni Durumu:**

1.  Evli 2.  Bekar 3.  Boşanmış 4.  Dul 5.  Ayrı yaşıyor

( Evli değilseniz 11. soruya geçiniz. )

**9. Eşinin Eğitim Durumu:**

1.  Okur-yazar değil 2.  Okur-yazar 3.  İlkokul 4.  Ortaokul

5.  Lise 6.  Üniversite

**10. Eşinin Mesleği/İşi:**

1.  Avukat, doktor, mühendis, işadamı, vb.

2.  Öğretmen, asker, memur, büyük işyeri sahibi, vb.

3.  Teknisyen, memur, küçük işyeri sahibi, vb.

4.  İşçi, şoför, diğer beceri gerektirmeyen işler.

(Evli iseniz 15. soruya geçiniz.)

**11. Anne Eğitim Durumu:**.....Yıl

**12. Anne Mesleği:**

1.  Avukat, doktor, mühendis, işadamı, vb.
2.  Öğretmen, asker, memur, büyük işyeri sahibi, vb.
3.  Teknisyen, memur, küçük işyeri sahibi, vb.
4.  İşçi, şoför, diğer beceri gerektirmeyen işler.

**13. Baba Eğitim Durumu:.....yıl**

**14. Baba Mesleği:**

1.  Avukat, doktor, mühendis, işadamı, vb.
2.  Öğretmen, asker, memur, büyük işyeri sahibi, vb.
3.  Teknisyen, memur, küçük işyeri sahibi, vb.
4.  İşçi, şoför, diğer beceri gerektirmeyen işler. .

**15. Kaç Yaşında Evlendiniz: .....yaş**

**16. Kaç Kez Evlendiniz: .....**

**17. Evlilik Şekli:** 1. Anlaşarak 2. Görücü usulü

**18. Çocuğunuz var mı?** 0. Hayır 1. Evet

**19. Evet ise, yaşayan çocuk sayısı? .....**

(Erkek iseniz 28. soruya geçiniz.)

**20. İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız: .....yaş**

**21. Toplam gebelik sayısı**

00 11 22 33 44 ve daha fazla

**22. Toplam doğum sayısı**

00 11 22 33 44 ve daha fazla

**23. İlk adet yaşıınız: .....yaş**

**24. Hala adet görüyorsunuz?**

1.  Evet 2. Hayır menopozdayım 3. Hayır hamileyim/lohusayım

**25. Kaç yaşında menopoza girdiniz? .....yaş**

**26. Menapoza ne şekilde girdiniz ?**

1. Kendiliğimden 2. Rahim ve yumurtalığım ameliyat ile alındıktan sonra

**27. Menapoza girdikten sonra hormon hapları kullandınız mı ?**

1. Evet, bıraktım 2. Evet, hala kullanıyorum 0. Hayır

**28. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?**

0.  Hayır    1.  Hipertansiyon    2.  Diabet    3.  Hiperkolesterolemi  
4.  Kalp Hast.    5.  Solunum Hast.    6.  Mide/barsak/Karaciğer Hast    7.   
Eklem Hast.    8.  Kanser    9.  Psikiyatrik Hast.    10.  Diğer.....

**29. Halen bu hastalığınız ile ilgili bir ilaç kullanıyorsunuzuz?**

0.  Hayır    1.  Evet

**30. Kilonuzdan memnun musunuz?** 0.  Hayır    1.  Evet

**31. Sigara içiyor musunuz?**

0.  İçmiyorum, daha önce hiç içmedim. ( 39.soruya geçiniz)  
1.  İçmiyorum, bıraktım.    2.  Evet, içiyorum.

**32. Başlama yaşı: ..... Bırakma Yaşı: .....**

**33. Günde ortalama kaç sigara içiyorsunuz/ içerdiniz? .....adet**

( Bırakanlar 106. soruya geçecek )

**34. Sabah ilk sigarayı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?**

0.  61 dk ve üstü    1.  31-60 dk içinde  
2.  6-30 dk içinde    3.  ilk 5dk içinde

**35. Sigara içmenin yasak olduğu bölgelerde içmeden durmakta zorlanıyorsunuzuz?**

0.  Hayır    1.  Evet

**36. Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık mı sigara içersiniz?**

0.  Hayır    1.  Evet

**37. Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olsanız yine de sigara içermisiniz?**

0.  Hayır    1.  Evet

**38. Gün boyu içtiğiniz sigaralardan vazgeçilmesi en zor olan hangisidir?**

0.  Sabah ilk içtiğim sigara    1.  Diğer herhangi biri

**39. Alkollü içki kullanıyorsunuzuz?**

0.  Hayır (44.soruya geçiniz )    1.  Evet

**40. Hiç içkiyi kesmeyi düşündünüz mü?** 0.  Hayır    1.  Evet

**41. İçki içtiğinizden dolayı sizi eleştirdikleri için insanlara insanlara kızdığınız oldu mu?**

0.  Hayır    1.  Evet

**42. İçki içtiğinizden dolayı kendinizi kötü ya da suçlu hissettiniz mi?**

0.  Hayır 1.  Evet

**43. Sınırlerinizi yatıştırmak için veya akşamdan kalmanın etkilerini ortadan kaldırmak için sabah ilk iş olarak alkol aldığınız oldu mu?**

0.  Hayır 1.  Evet

Bu ankette yedi grup ifade bulunmaktadır. Her gruptaki ifadeleri dikkatle okuduktan sonra bugün dahil olmak üzere son iki haftadaki duygu durumunuzu en iyi açıklayan ifadeyi seçiniz. Eğer bir grupta birden fazla ifade sizin durumunuza uyuyorsa en yüksek puanı alan ifadeyi seçiniz.

**44. Üzüntü**

- 0  Üzgün değilim  
1  Zaman zaman üzgünüm  
2  Her zaman üzgünüm  
3  Dayanamayacak kadar üzgün ve yalnızım

**45. Kötümserlik**

- 0  Gelecekte umutsuz değilim  
1  Geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum  
2  Gelecekte çok umutsuzum  
3  Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok

**46. Geçmişteki başarısızlıklar**

- 0  Kendimi başarısız görmüyorum  
1  Yapabileceğim kadar başarılı olamadım  
2  Geriye baktığımda pek çok başarısızlık görüyorum  
3  Kendimi bir insan olarak tamamen başarısız görüyorum

**47. Kendini beğenmeme**

- 0  Kendi hakkında her zamanki gibi hissediyorum  
1  Kendime olan güvenim azaldı  
2  Kendimle ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum  
3  Kendimden nefret ediyorum.

**48.Kendini suçlama**

- 0  Kendime her zamankinden fazla eleştirmiyor suçlamıyorum  
1  Kendimi her zamankinden fazla suçluyorum suçluyorum  
2  Kendimi bütün hatalarım için suçluyorum  
3  Her kötü olayda kendimi suçluyorum

**49.İlgi kaybı**

- 0  İnsanlara ve olaylara olan ilgimi kaybetmedim  
1  İnsanlara ve olaylara olan ilgim azaldı  
2  İnsanlar ve olaylara olan ilgimin çoğunu kaybettim  
3  Artık hiçbir şeye ilgi duymuyorum

**50.İntihar düşüncesi veya isteği**

- 0  Kendimi öldürme gibi düşüncelerim yok  
1  Kendimi öldürme düşüncem var ama bunu yapmam  
2  Kendimi öldürmek isterdim  
3  Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm

**Ölçümler:**

- 1-Boy: cm, Kilo: kg  
2-Tansiyon: mmHg  
3-AKŞ: mg/dl  
4-Trigliserid: mg/dl  
5-Total Kolesterol: mg/dl  
6- HDL Kolesterol: mg/dl  
7- LDL Kolesterol: mg/dl



## **EK 2.**

### **BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı Edirne şehir merkezindeki erişkinlerde periyodik sağlık muayeneleri ve sonuçları'dır.

Bu araştırmanın amacı Edirne şehir merkezinde yaşayan erişkinlerde yaşa, cinsiyete ve risk faktörlerine göre periyodik sağlık muayenesi yapmaktır. Bu araştırmada gerekli görüldüğü takdirde sizden kan alınacaktır. Ayrıca her erişkinin boy, kilosu alınacak, tansiyonu kaydedilecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak istenilen tetkikleri yaptırmak sizin sorumluluklarınızdır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, ile ilgili Trakya Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğinden Dr. Türkan Kutlu'ya başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

#### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK3.

T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
YEREL ETİK KURULU  
Edirne, Türkiye  
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTFEK 2008 / 097
	PROTOKOL ADI	Edirne Şehir Merkezindeki Erişkinlerde Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Sonuçları
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç. Dr. Nezih DAĞDEVİREN
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	T.Ü.T.F. Aile Hekimliği Anabilim Dalı
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	T.Ü.T.F. Yerel Etik Kurulu
	DESTEKLEYİCİ FIRMA	T.Ü. Araştırma Projeleri (TÜBAP)
	FAZİ	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Çok Merkez <input checked="" type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Uluslar arası

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Değişiklik No.su	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	19.06.2008		<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ	19.06.2008		<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 15 / 26	Tarih: 24. 07. 2008
	<p>Üniversitemiz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nezih DAĞDEVİREN'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Dr. Türkan KUTLU'nun tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın radyasyon içeren bir çalışma olması nedeni ile Radyasyon Güvenliği Komitesi'nin olumlu görüşü sonrası, <b>araştırmaya ilişkin giderlerin T.Ü. Araştırma Projeleri (TÜBAP) tarafından karşılanması koşuluyla</b> gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına mevcudun oybirliği ile karar verilmiştir.</p>	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI Helsinki Bildirgesi, İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF Etik Kurul Yönergesi

Ünvanı / Adı / Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	E <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	E <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	E <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	E <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	izinli
Doç. Dr. Ömer Nuri PAMUK Üye	Romatoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	E	E <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	izinli
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	E <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	E <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Deontoloji ve Tıp Tarihi	T.Ü.T.F. Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.	K	E <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	izinli
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	E <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	
Avukat Barış DEMİREL Üye	Hukuk	T.Ü. Rektörlüğü	E	E <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	

\* Araştırma ile İlişki  
\*\* Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Beyhan KARAMANLIOĞLU  
Dekan V.