

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI DOKTORA PROGRAMI**

**ANKARA DEVLET OPERA VE BALESİ MÜDÜRLÜĞÜ TEKNİK
PERSONELİNDE KRONİK HASTALIK DURUMU İLE RİSK
FAKTÖRLERİNİN SAPTANMASI VE YAPILAN EĞİTİMİN BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİNE ETKİSİ**

HAZIRLAYAN

Selin Sağlam Pınar

DOKTORA TEZİ

ANKARA - 2021

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI DOKTORA PROGRAMI**

**ANKARA DEVLET OPERA VE BALESİ MÜDÜRLÜĞÜ TEKNİK
PERSONELİNDE KRONİK HASTALIK DURUMU İLE RİSK
FAKTÖRLERİNİN SAPTANMASI VE YAPILAN EĞİTİMİN BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİNE ETKİSİ**

HAZIRLAYAN

Selin Sağlam Pınar

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Rengin Erdal

ANKARA - 2021

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Halk Sağlığı Doktora Programı çerçevesinde Selin Sağlam Pınar tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 20/01/2021

Tez Adı: Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü Teknik Personelinde Kronik Hastalık Durumu ile Risk Faktörlerinin Saptanması ve Yapılan Eğitimin Bilgi, Tutum ve Davranış Değişikliklerine Etkisi

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)

İmza

ONAY

Enstitü Müdürü

Tarih:/...../.....

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 20 / 01 / 2021

Öğrencinin Adı, Soyadı: Selin Sağlam Pınar

Öğrencinin Numarası: 21010150

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı

Programı: Halk Sağlığı Doktora

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Prof. Dr. Rengin Erdal

Tez Başlığı: Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü Teknik Personelinde Kronik Hastalık Durumu ile Risk Faktörlerinin Saptanması ve Yapılan Eğitimin Bilgi, Tutum ve Davranış Değişikliklerine Etkisi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 56 sayfalık kısmına ilişkin, 20/01/ 2021 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 19'dır. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

ONAY

Tarih: 20 / 01 / 2021

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

TEŞEKKÜR

Doktora çalıőmamın her aőamasında desteęini ve rehberlięini hep hissettięim tez danıőmanım Prof. Dr. Rengin ERDAL'a, doktora eęitim sūrecinin baőından itibaren bana inanan ve gūvenen Dr. Öğretim Üyesi Cihangir ÖZCAN'a, yeterlilik ve tez izleme komitesi toplantılarındaki yol göstericilięi ile Prof. Dr. Iőıl İrem BUDAKOęLU'na, doktora çalıőmam sūresince verdikleri derslerle ufkumu geniőleten tūm hocalarıma Baőkent Őniversitesi Halk Saęlıęı Anabilim Dalı Baőkanı Prof. Dr. Recep AKDUR Őahsında, çalıőmama katılan hastalarıma ve destek, sabır ve sevgilerini esirgemeyen annem, babam, kardeőim, yięenlerim ve eőime teőekkūr ederim.

ÖZET

Dr. Selin SAĞLAM PINAR, Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü Teknik Personelinde Kronik Hastalık Durumu ile Risk Faktörlerinin Saptanması ve Yapılan Eğitimin Bilgi, Tutum ve Davranış Değişikliklerine Etkisi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2021

Tanımlayıcı özelliği olan bir müdahale araştırması olan bu çalışmanın amacı: Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü'nün sanat teknik birimlerinde çalışanların sağlık durumlarını saptamak ve kronik hastalıklara yönelik eğitim programı hazırlayarak, eğitim materyali geliştirmek, uygulamak ve verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmektir.

Çalışmaya 152 kişi dahil edilmiştir. Veri kaynaklarını; yüz yüze uygulanan anket formları 'T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirliği saptanan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hazırlanan DSÖ STEPS Aracı Anketi' ile kurum işyeri hekimliğinin sağlık kayıtları oluşturmuştur. Verilerin analizinde: SPSS bilgisayar paket programı kullanılacak, frekans ve yüzde dağılımlarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlerinin karşılaştırılarak ilişkilerin ki-kare testi ve bağımlı gruplarda t testi ile değerlendirilmesi yapılmıştır.

Araştırma grubunun %47'sinin sigara içtiği, %46'sının alkol kullandığı, %95'inin yemeklerde sürekli tuz kullandığı, %49'unun hiçbir egzersiz yapmadığı, %20'sinin kan basıncının yüksek olduğu, %10'unun diyabet tanısı aldığı ve %74 'ünün beden kitle indeksinin normal değerlerin üstünde olduğu görülmüştür. Eğitim sonrası sistolik kan basınçlarında ve beden kitle indekslerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş görülmüştür. Bir yıl süreyle görsel olarak atölyelerde kullanılan posterler ve verilen eğitimin kısa sürede bile olsa etkili olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar ışığında, kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde iş yerlerinde kronik hastalıklar konusunda eğitimler planlanmalıdır. Bu eğitimler sadece teorik olarak değil, broşür ve posterler ile bütünleşik halde verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalıklar, Risk Faktörleri, Eğitim

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no: KA 17/102) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir (Ek-1).

ABSTRACT

Dr. Selin SAĞLAM PINAR, Determination of Chronic Diseases and Risk Factors in Ankara State Opera and Ballet Directorate Technical Staff and The Effect of Education on Knowledge, Attitude and Behavioral Changes, Başkent University, Institute of Health Sciences, Department of Public Health, 2021

The purpose of this study, which is a descriptive intervention research, is to determine the health status of the employees in the art technical units of the Ankara State Opera and Ballet Directorate and to prepare a training program for chronic diseases, to develop and apply training materials and to evaluate the effectiveness of the training provided.

152 people were included in the study. Data sources; face to face questionnaire forms from the WHO STEPS Tool Survey prepared by the World Health Organization (WHO), whose validity and reliability have been determined by the Ministry of Health of Turkish Republic and the health records of workplace doctor. In the analysis of the data: SPSS computer package program will be used, comparing the pre-training and post-training values of frequency and percentage distributions, and evaluating the relationships with the chi-square test and t-test in dependent groups. 47% of the study group smoked, 46% consumed alcohol, 95% constantly used salt in meals, 49% did not exercise, 20% had high blood pressure, 10% were diagnosed with diabetes and It was observed that the body mass index of 74% was above normal values. A statistically significant decrease in systolic blood pressure and body mass index was observed after the training. It has been observed that the posters used visually in the workshops for a year and the training provided were effective even in a short time.

In the light of the results obtained in this study, trainings on chronic diseases should be planned in workplaces in the prevention and control of chronic diseases. These trainings should be given not only theoretically, but also integrated with brochures and posters.

Keywords: Chronic Diseases, Risk Factors, Education

This study was approved by Başkent University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (Project no: KA 17/102) and supported by Baskent University Research Fund (Annex-1).

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kronik Hastalık Tanımı.....	4
2.2. Görülme Sıklığı.....	4
2.3. Ölüm Nedenleri	4
2.4. Risk Faktörleri.....	5
2.4.1. Değiştirilebilir risk faktörleri.....	6
2.4.1.1. Tütün kullanımı	6
2.4.1.2. Alkol kullanımı.....	7
2.4.1.3. Fiziksel egzersiz	8
2.4.1.4. Tuz kullanımı	10
2.4.1.5. Sağlıksız beslenme.....	11
2.4.1.6. Ortam kirliliği	12
2.4.2. Metabolik ve fizyolojik risk faktörleri	15
2.4.2.1. Yüksek kan basıncı	15
2.4.2.2. Aşırı kilo ve obezite	17
2.4.2.3. Hiperglisemi.....	18
2.4.2.4. Hiperlipidemi.....	19
2.5. Kronik Hastalıklar	20
2.5.1. Diyabet	20
2.5.2. Kanser	22
2.5.3. Kardiyovasküler hastalıklar	23

2.5.4. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	24
2.5.5. Diğer kronik hastalıklar	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Yeri.....	26
3.2. Araştırma Evreni.....	26
3.3. Araştırma Evreninin Tanımlanması	26
3.3.1. Mesleki çalışma yerleri	26
3.3.2. Mesleki risk grupları	26
3.4. Araştırma Tipi	27
3.5. Araştırma Değişkenleri.....	27
3.5.1. Bağımlı değişkenler.....	27
3.5.2. Bağımsız değişkenler	27
3.5.3. Araştırmanın kısıtlılıkları	28
3.6. Veri kaynakları.....	28
3.6.1. Anket formu	28
3.6.2. Anketin ön denemesi.....	28
3.7. Araştırmada Kullanılan Terimler Tanımlar İndeksler	29
3.7.1. Kan basıncı ölçümü.....	29
3.7.2. Boy uzunluğu ve ağırlık.....	29
3.7.3. Beden kitle indeksi (BKİ) ve bel çevresi	29
3.7.4. Sigara kullanım düzeyi	29
3.7.5. Alkol kullanım düzeyi.....	30
3.8. Araştırmanın İnsan Gücü.....	30
3.9. Araştırmada Veri Toplama Biçimi.....	30
3.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	32
3.11. Araştırmanın Etik Yönü ve İzinler	32
3.12. Araştırmanın Maliyeti	32
3.13. Araştırmanın Süresi (Takvimi).....	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. Araştırma Grubunun Tanıtımı	33
4.1.1. Demografik özellikleri	33
4.1.2. Meslek durumları.....	34
4.1.3. Risk faktörleri	34
4.1.4. Sağlık durumu	35

4.2. Araştırma Grubunun Sahne Altı ve Sahne Üstü Çalışanlarına Göre	
Tanıtımı	36
4.2.1. Demografik özellikleri	36
4.2.2. Mesleki maruziyet durumları	37
4.2.3. Sahne altı ve sahne üstü çalışanların yaşam biçimleri	37
4.2.4. Araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının sağlık durumlarının değerlendirilmesi	40
4.3. Eğitimlerin Etkinliği	46
5. TARTIŞMA	49
5.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Bilgileri	49
5.2. Araştırma Grubunun Yaşam Biçimlerinin Tanıtımı	50
5.3. Araştırma Grubunun Sağlık Durumları	50
5.4. Araştırma Grubunun Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Değerlendirilmesi	52
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	55
6.1. Sonuçlar	55
6.2. Öneriler	56
6.2.1. Çalışanlar için öneriler	56
6.2.2. Kurum/ işveren yetkilileri için öneriler	56
KAYNAKLAR	57
EK 1: BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI	
EK 2: ANKARA DEVLET OPERA VE BALESİ MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI	
EK 3: ANKET FORMU VE AYDINLATILMIŞ ONAM	
EK 4: KRONİK HASTALIKLAR BİLGİ DÜZEY SAPTAMA FORMU	
EK 5: KRONİK HASTALIKLAR EĞİTİMİ SLAYTLARI	
EK 6: KRONİK HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ EL BROŞÜRÜ	
EK 7: POSTERLER	

TABLULAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 4.1. Araştırma grubunun demografik özellikleri (Ankara, 2020).....	33
Tablo 4.2. Araştırma grubunun mesleklerine göre tanıtımı (Ankara, 2020)	34
Tablo 4.3. Araştırma grubunun yaşam biçimlerinin tanıtımı (Ankara, 2020).....	34
Tablo 4.4. Araştırma grubunun sağlık durumlarının tanıtımı (Ankara, 2020)	35
Tablo 4.5. Araştırma grubunun çalışma yerine göre demografik özellikleri (Ankara, 2020)	36
Tablo 4.6. Araştırma grubunun sahne üstü ve sahne altı çalışanlarına göre mesleki maruziyet durumları (Ankara, 2020)	37
Tablo 4.7. Araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının sigara kullanma düzeyine göre dağılımı (Ankara, 2020).....	38
Tablo 4.8. Araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının alkol tüketim düzeyine göre dağılımı (Ankara, 2020)	38
Tablo 4.9. Araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının yemeklerine tuz ekleme durumuna göre dağılımı (Ankara, 2020).....	39
Tablo 4.10. Araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının fizik egzersiz yapma durumu (Ankara, 2020)	39
Tablo 4.11. Araştırma–grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının hipertansiyon durumlarının tanıtımı (Ankara, 2020)	40
Tablo 4.12. Araştırma grubunun sahne altı çalışanlarının hipertansif olma durumları ile sigara kullanma düzeyleri (Ankara, 2020)	40
Tablo 4.13. Araştırma–grubunun sahne altı çalışanlarının hipertansif olma durumları ile alkol kullanma düzeyleri (Ankara, 2020).....	41
Tablo 4.14. Araştırma grubunun sahne altı çalışanlarının hipertansif olma durumları ile fizik egzersiz yapma durumları (Ankara, 2020).....	41
Tablo 4.15. Araştırma grubunun sahne üstü çalışanlarının hipertansif olma durumları ile sigara kullanma düzeyleri (Ankara, 2020)	42
Tablo 4.16. Grubunun sahne üstü çalışanlarının hipertansif olma durumları ile alkol kullanma düzeyleri (Ankara, 2020).....	42

Tablo 4.17. Araştırma grubunun sahne üstü çalışanlarının hipertansif olma durumları ile fizik egzersiz yapma durumu dağılımı (Ankara, 2020).....	43
Tablo 4.18. Araştırma grubunun hipertansif olma durumları ile yemeklere tuz ekleme durumu dağılımı (Ankara, 2020)	43
Tablo 4.19. Araştırma grubunun hipertansif olma durumu ile bel çevresi durumu dağılımı (Ankara, 2020).....	44
Tablo 4.20. Araştırma grubunun hipertansif olma durumu ile beden kitle indeksi durumu dağılımı (Ankara, 2020)	44
Tablo 4.21. Araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının diyabet tanısı alma durumlarının tanıtımı (Ankara, 2020).....	45
Tablo 4.22. Araştırma grubunun diyabetik olma durumu ile bel çevresi durumu dağılımları (Ankara, 2020).....	45
Tablo 4.23. Araştırma grubunun diyabetik olma durumu ile beden kitle indeksi durumu dağılımları (Ankara, 2020).....	45
Tablo 4.24. Araştırma grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası sınav değerlendirilmesi (Ankara, 2020)	46
Tablo 4.25. Araştırma grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası sistolik kan basıncı durumu (Ankara, 2020).....	46
Tablo 4.26. Araştırma grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası diastolik kan basıncı durumu (Ankara, 2020).....	47
Tablo 4.27. Araştırma grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası ağırlık durumu (Ankara, 2020)	47
Tablo 4.28. Araştırma grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası bel çevresi durumu (Ankara, 2020)	47
Tablo 4.29. Araştırma grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası beden kitle indeksi dağılımı (Ankara, 2020).....	48

SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ

B.Ç	bel çevresi
BMI	body mass index (beden kitle index)
CDC	centers for disease control and prevention (hastalık kontrol ve korunma merkezleri)
DALY	disability adjusted life years (yeti yitimine ayarlanmış yıllar)
DKB	diastolik kan basıncı
DSÖ	dünya sağlık örgütü
FFA	free fatty acid (serbest yağ asidi)
KOAH	kronik obstrüktif akciğer hastalığı
SKB	sistolik kan basıncı
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; yalnızca sakatlık ya da hastalığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlar. Hastalık, bireylerin sosyal rol ve fonksiyonlarını sağlıklı bir şekilde yerine getirmelerini engellemesinin yanında psikolojik, soysal ve ekonomik sorunlarında ortaya çıkmasına neden olabilir (1).

Kronik hastalık, hastalığın uzun zaman devam etme ve kötüye gitme olasılığı ile nitelenen kronik durumların başlangıcıdır. Sürecin başlaması ile birlikte hastada ve ailesinin yaşamında ciddi psikososyal problemler ortaya çıkar. Sosyal ve aile ilişkilerini sürdürmede güçlüklerle karşılaşılabilir. Kronik hastalık, bireye belli kurallara uyma ve belli bir yaşam tarzı geliştirme zorunluluğu getirmektedir. Bu yaklaşımda bireyin yaşam kalitesinin seviyesine etki etmektedir (2).

Tedavinin amacı; hastayı eski sağlığına kavuşturmak ya da iyileştirmek değil, bireyin hastalığına ve tedavi programına uyumu ve iş birliğini sağlayarak, bireyin dengeli ve kaliteli bir yaşam sürmesine olanak tanımaktadır. Bireylerin kronik hastalık sürecine verdiği yanıt; yaş, cinsiyet, sosyal statü, aile yapısı, çalışma ortamı, eğitimi ve kötü alışkanlıkları gibi risk faktörlerine göre değişmektedir (3).

Günümüzde kronik hastalıkların önlenmesine yönelik çalışmalar daha çok gelişmiş ülkelerde yoğunluk kazanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık hizmetleri ise kronik hastalıklardan çok, akut enfeksiyon hastalıklarıyla mücadele etmek için yapılandırılmışlardır. Kronik hastalıklar konusunda, kişiye ve hükümetlerin hastalık kontrolüne yönelik sağlık politikalarına ve etkin uygulamalara gereksinim vardır. Kronik hastalıklar ve risk faktörleri konusunda var olan bilimsel bilgi ve deneyimler ülkelerin olanaklarıyla birleştirilerek etkin eylem planları ve uygulamaları dönüştürse hastalıkların topluma olan yükünün önemli ölçüde azaltılacağı araştırmalarla gösterilmiştir (4).

Uluslararası hastalıklar sınıflandırılmasına göre hipertansiyon, diyabet, kronik akciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı kronik hastalıklar grubunda yer alır (3). Bu tanıyı alan bireylerin yaşamları boyunca ilaçlarını düzenli kullanmanın yanında evinde ve özellikle çalışma ortamında hastalığına etki edecek risk faktörlerinden uzak kalmaları önemlidir. Günümüzde çalışanların sağlıklı yaşam ilkelerine uyumları yanında işverenin de iş sağlığı ve güvenliğini sağlayacak ortamı oluşturması önemli bir

sorumluluktur. 6331 sayılı İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu bu konuda işverene kapsamlı yükümlülükler vermiştir (5).

Yapılan hastalık yükü araştırmalarında kronik hastalıkların mortalitesi ve yaşam süreleri günümüzde önemli bir sorun olarak durmaktadır. Doğuştan yaşam süresinin uzamasına ve 70 yaş üstü nüfusun artmasına bağlı olarak kronik hastalıklar sağlık yöneticileri için ilaç, tıbbı malzeme ve hastane yatış sürelerinin maliyeti ile önemli bir gider olarak güncelliğini korumaktadır (5).

Sağlıklı yaşam ilkelerine uyararak, yaşam kalitesine olumsuz etki eden risk faktörlerinden tansiyon yüksekliği, kilonun fazlalığı, alkol ve tütün mamullerinin kullanımı ile sağlıksız beslenme ile hareketsizlikten uzak durma bireyin temel görevi olmalıdır. Bunun için sağlık okuryazarlığı yanında istendik davranışlar geliştirmesi günümüzde bireyden beklenen çıktıdır (5).

Bu cümleden olmak üzere 11. Kalkınma Planımızda (2019-2023) yer alan politikalar bölümünde bulaşıcı olmayan hastalık risklerine yönelik olarak, sağlıklı yaşam tarzının teşvik edileceği belirtilmiştir. Bu politika doğrultusunda hareketli yaşam alışkanlıkları ile sağlıklı beslenme davranışlarının kazandırılmasına yönelik eğitim, kamu poster/spotu hazırlanması, kampanyalar yapılarak bilinçlendirme faaliyetlerinin yürütülmesi politikalara özđu aktiviteler hazırlanması olarak tanımlanmıştır (6).

1.1. Araştırmanın Amacı

Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğünün sanat teknik birimlerinde çalışanların sağlık durumlarını saptamak ve kronik hastalıklara yönelik eğitim programı hazırlamak, eğitim materyali geliştirmek, uygulamak ve verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmektir.

Kısa dönemde: Çalışanların sağlık durumları saptanmaktadır. Kronik hastalıklar konusunda verilen eğitimin etkisini değerlendirmede bilgi değişikliğini ölçmek için, ön test-son test, davranışlarına etkisi ise bir yıl süre ile verilen konferanslar ve görsel olarak posterlerle yapılan eğitimlerin sonunda katılımcıların kan basıncı ve kilo ölçümlerinde olan değeriklikler değerlendirilmiştir.

Uzun dönemde: Bu çalışma, Genel müdürlüğe bağlı Ankara ve diğer illerde, benzer kurumlarda aynı içi yapanlar bakımından yöneticilerde ve çalışanlarda konu hakkında farkındalık yaratmaktadır. Ayrıca çalışmaya katılanlarda, işiçi statüsünde çalışan bir grupta,

bu konuda bilgi tutum ve davranışta olumlu gelişme sağlamakta, böylece çalışanlarına ve yakınlarına, daha sağlıklı bir yaşama adım atmaları için yararlar sağlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalık Tanımı

Kronik hastalıklar diğerk bir deyişle bulaşıcı olmayan hastalıklar, uzun süreli ve yavaş gelişen, bulaşıcı hastalıklar gibi tedavi sonucu geçmeyen ancak süreğen tedavi ile komplikasyon ve ölüm gibi olumsuz sonuçları önlenebilen, belirti göstermeden konan erken tanının korunmada önemli olduğu hastalık grubudur. Kronik hastalıkların oluşmasında kişisel ve genetik etkenler rol oynamaktadır.

Bu hastalıklar başlıca 4 grupta ele alınır; a) Kardiyovasküler hastalıklar, b) Kanseri, c) solunum yolu hastalıklarından Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) ve Astım, d) Diyabet ve Obezitedir (7).

2.2. Görülme Sıklığı

Kronik hastalıklar tüm ülkelerde demografik ve epidemiyolojik dönüşümün sonucu olarak artmaktadır.

DSÖ Avrupa Bölgesinde kronik hastalıklar kaynaklı hastalık yükü (DALLY) kalp damar hastalıkları için %23, kanserler için %11, solunum yolu hastalıkları için %5, diyabet için %2, tüm kronik hastalıklar için %77 olarak hesaplanmıştır. DSÖ'nün 52 Avrupa üye devletinden 37'sinde ölümler için başlıca risk faktörü yüksek tansiyon, 31 üye devlette ise hastalık yükünün başlıca risk faktörü tütündür. Alkol ise avrupadaki genç insanlar içinde hem engellilik hem de ölüm için risk faktörüdür (7).

Türkiye'de 2004 yılında yapılan Hastalık yükü çalışmasına göre ise, erkeklerde toplam kronik hastalık yükü kadınlardan yüksektir. Ancak erkeklerde ölümlülük yükü yüksekken, kadınlarda sakatlığa bağılı kaybedilen yaşam yılı yüksektir (8).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması'na göre; Türkiye'de 2013 yılında, kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığı %12,7, kanser görülme sıklığı %1,1 (65 yaş üstü %3,2), solunum yolu hastalıklarından KOAİ görülme sıklığı %5,3 ve astım görülme sıklığı %4,5'dir. Diyabet görülme sıklığı %9,8 ve obezite sıklığı %24,1'dir (5,9).

2.3. Ölüm Nedenleri

Kronik hastalıklardan dünyada 2015 verilerine göre, her yıl 38 milyon kişi ölmekte, bu ölümlerin dörtte üçü (28 milyon) düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Kronik

hastalıklardan tüm ölümlerin 16 milyonu 70 yaşından önce olmaktadır. Bu erken ölümlerin %82'si düşük ve orta gelirli ülkelerdedir. Ölümlerin 17,5 milyonu kardiyovasküler hastalıklardan, 8,2 milyonu kanserden, 4 milyonu akciğer hastalıklarından ve 1.5 milyonu diyabetten kaynaklıdır. Yapılan projeksiyonlarda dünyada 2030 yılında kronik hastalıklara bağlı ölümlerin 52 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (10).

Ülkemiz yaşlanmakta olan nüfusu ve değişmekte olan yaşam şekli nedeniyle kronik hastalıklarla mücadeleye hazırlıklı olmalıdır. 65 yaş üzeri nüfus; 2005 yılında toplam nüfusun %5,7'sine, 2015 yılında %8,2'sine ve 2023 yılında %10,2'ye ulaşacaktır. 2050 yılında ise projeksiyona göre toplam nüfusun %20,8'ini yaşlı nüfus oluşturacaktır (10).

Türkiye'de 2004 de yapılan hastalık yükü çalışmasına göre ölümlerin %47,73'ü kardiyovasküler hastalıklardan, %13,07'si kanserden, %2,2'si diyabetten, %7,95'i solunum sistemi hastalıklarından olmaktadır. Bu oranlar erkeklerde sırasıyla %43,89, %15,04, %1,61, %9,38 iken, kadınlarda %52,27, %10,74, %2,94, %6,25'dir (8).

Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) ölüm verileri toplam ölümlerin içinde kronik hastalıkların, özellikle kalp hastalıklarının payının gittikçe artma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Türkiye'de tüm ölümlerin dağılımına bakıldığında 30-70 yaş grubunda; %87,5'i kronik hastalıklar, %5,4'ü dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler, %4,2'si bilinmeyen ve %2,85'i nutrisyonel nedenler, perinatal nedenler ve bulaşıcı hastalıklardır (10).

Türkiye'de kronik hastalıklardan ölüm nedenlerinin dağılımına bakıldığında; %38,9 habis urlar, %36,6 dolaşım sistemi hastalıkları, %11,7 diğer kronik hastalıklar, %7 kronik alt solunum yolu hastalıkları ve %5,8 diyabet şeklindedir (10).

2.4. Risk Faktörleri

Bu hastalıklar için risk faktörleri iki grupta ele alınır.

Değiştirilebilir davranışsal risk faktörleri: Tütün kullanımı, alkol kullanımı, yetersiz fizik aktivite, aşırı tuz tüketimi, sağlıksız beslenme, ortam kirliliği ve strestir (7).

Metabolik ve fizyolojik risk faktörleri: Yüksek kan basıncı, aşırı kilo ve obezite, hiperglisemi ve hiperlipidemidir (7).

2.4.1. Değiştirilebilir risk faktörleri

2.4.1.1. Tütün kullanımı

Dünya Sağlık Örgütü 31 üye Devlette hastalık yükünün başlıca risk faktörü olarak tütünü göstermektedir. Her yıl 6 milyon ölüm tütün kullanımına bağlı olmakta; 2030 da bunun 8 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Tütün kullanımının olumsuz etkileri konusunda yirminci yüzyıl ortalarından itibaren araştırmaya dayalı olarak çeşitli bilimsel kanıtlar ortaya konmuştur (11).

Sigara; içindeki tütünün nikotin içeriği ile katekolamin salınımını arttırarak direkt nabız ve kan basıncını yükseltmesi ile adipoz dokudan serbest yağ asitlerini (FFA) çözerek arterioskleroz oluşumunu kolaylaştırarak kalp damar hastalıklarının nedeni olmaktadır. Nikotinin ve sarılı olduğu kağıtın yanmasıyla açığa çıkan karbonun solunması başta kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olmak üzere birçok kanserin (akciğer, larinks, mesane kanseri) hazırlayıcı faktörüdür.

Konu ile ilgili ilk epidemiyolojik çalışmalar 1950 ve sonrasında yapılmıştır. Dr. Graham ve Dr. Wynder 1950 yılında sigara ve kanser ilişkisi konusundaki ilk vaka- kontrol çalışmasını yayınlamışlardır. Çalışmada akciğer kanseri tanısı almış 684 hasta ile, bu hastalarla aynı yaşlarda olup kanser tanısı olmayan, başka hastalıkları olan aynı cinsiyetteki 684 hastanın sigara içme durumunu karşılaştırmışlar ve sonuçta akciğer kanserli hastalar grubunda çok sigara içenlerin, diğer grupta ise az sigara içenlerin ve hiç sigara içmeyenlerin daha çok olduğunu tespit etmişlerdir (12).

Dr. Richard Doll ve Bradford Hill İngiltere’de 1947 yılında bir grubun izlenmesi şeklinde kohort çalışmasını başlattılar. Kohort grubunun (34 439 erkek doktor) ilk izlem raporu 1964 yılında 10 yıllık izlem sonuçları olarak yayınlandığında bütün dünyada büyük yankılara yol açtı. Bu ilk 10 yıllık izlem raporunda sigara içmeyenlerde akciğer kanseri nedeniyle ölüm hızı binde 0,07 olarak bulunurken sigara içen grupta binde 0,93 olarak bulunmuştu. Bu sonuç, sigara içen gruptaki akciğer kanseri ölüm riskinin (rölatif risk) sigara içmeyen gruba göre 13,3 kat fazla olduğu anlamına gelmektedir. Bu bulgu, çok sigara içenlerdeki riskin sigara içmeyen gruba göre 31,9 kat fazla olduğunu göstermekteydi (13).

Kohort grubunun izlemesi devam etti ve sonraki yıllarda 20-30-40 ve 50 yıllık izleme raporları yayınlandı. Bu açıdan 20 yıllık izlem raporu dikkat çekicidir (14). Bu raporda başlıca iki mesaj ortaya çıkmıştı. Birisi sigara içenlerde akciğer kanseri nedeni ile ölüm riskinin, sigara içmeyenlerden daha fazla olduğu bilgisidir. İkinci mesaj ise içilen sigara

sayısının artması ile birlikte akciğer kanseri nedeni ile ölme riskinin daha fazla artıyor olmasıdır. Bu bulgu epidemiyoloji alanında ‘doz-cevap ilişkisi’ olarak bilinir ve ‘nedensel ilişki’ bakımından önemli bir bulgudur.

Dünya Sağlık Örgütü’nün öncülüğünde ‘tütün kontrolü’ (tobacco control) adı ile yapılan çalışmalar esas olarak üç temel konuya odaklanmaktadır.

1. Tütün (sigara) alışkanlığının edinilmemesi
2. Tütün (sigara) kullananların bu davranışı terketmesi
3. Sigara dumanından pasif etkilenimin önlenmesi: Herkesin temiz bir çevre ve temiz (sigara dumansız) hava soluma hakkı temel bir insan hakkıdır ve yasalarla güvence altına alınmıştır. Bu amaçla kapalı alanda sigara içilmesinin yasaklanması çok önemlidir (15).

2.4.1.2. Alkol kullanımı

Alkol sağlık sorunlarına neden olan önemli bir risk etmenidir. Alkol Avrupa’daki genç insanlar arasında hem engellilik, hem de ölüm için başlıca risk faktörüdür. Bütün dünyada alkol yılda 3,3 milyon ölüm ve 58,3 milyon Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yıllarına (Disability Adjusted Life Years DALY) neden olmaktadır.

Alkol bulaşıcı olmayan hastalıklara neden olan dört temel risk etmeninden biridir.

Alkol kullanımı madde bağımlılığı dışında, yaralanmalara, ruhsal ve davranışsal hastalıklar, gastrointestinal rahatsızlıklar, kanserler, kalp damar hastalıkları, immünolojik bozukluklar, akciğer hastalıkları, kas iskelet sistemi rahatsızlıkları, düşük doğum ağırlığı ve artmış düşük riskini içeren üreme ile ilgili bozukluklar ve doğum öncesi hasarlar gibi 60 değişik hastalık ve rahatsızlığa neden olmaktadır (16).

Alkol kullanımı her ne kadar keyif verici olsada, genellikle doza bağlı olarak çok çeşitli toplumsal zararların riskini de arttırmaktadır. Başka birinin içmesi suretiyle yapılan zararlar, trafik kazalarından, gece geç saatlere kadar uyanık kalınması gibi toplum huzurunun bozulmasından, aile içi şiddet uygulanması, çocukların istismar edilmesi, suç işlenmesi, şiddet ve cinayet gibi daha kötü sonuçlara doğru uzanmaktadır (16).

Alkole bağlı ölümlerin %32’si istenmeyen (trafik kazaları, düşme, yanma gibi) ve %13,7’si isteyerek (kendine ya da başkasına şiddet uygulama) olan yaralanmalar sonucunda olmaktadır. Bunun anlamı yaralanmaların yarısından alkol sorumludur (17).

2004 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Bankası'nın yol yaralanmaları ve ölümlerinin büyüklüğü, risk etmenleri ve azaltmak için gerekli müdahalelere yönelik raporundaki kanıtlar sıfır kan alkol düzeyinin üstündeki bütün kan alkol düzeylerinin riski arttırdığını göstermiştir. Ayrıca raporda kan alkol düzeyindeki artışla trafik kazalarında ölüm ve yaralanmaların arttığı da gösterilmiştir.

Mayıs 2008'de DSÖ zararlı alkol kullanımını azaltmak için küresel strateji taslağı hazırlığına girişmiştir. Taslak çalışmaları halen devam etmektedir.

Ülkemizde alkol ile ilgili resmi kurumlar Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı, İşçileri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Reklam Kurulu'dur (18).

2.4.1.3. Fiziksel egzersiz

Fiziksel aktivite: Günlük yaşam içerisinde, iskelet kasları kullanılarak yapılan ve enerji harcamasını gerektiren her hareket fiziksel aktivite olarak tanımlanır (19).

Egzersiz (Düzenli Fiziksel Aktivite): Fiziksel uygunluğun bir veya daha fazla bileşeninin korunmasını veya geliştirilmesini amaçlayan düzenli, planlanmış ve tekrarlı fiziksel aktivitelerdir (19).

Fiziksel aktivitenin sağlık üzerine etkileri, temelde üç başlık altında incelenmektedir.

1. Bedensel sağlık üzerine etkileri,
2. Ruhsal ve sosyal sağlık üzerine etkileri,
3. Gelecekteki yaşantı üzerine etkileri.

Dünyada ölümlerin 3,2 milyonu yetersiz fizik aktiviteye bağlı olmaktadır (7).

1. Bedensel Sağlık Üzerine Etkileri

Fiziksel aktivitenin bedensel sağlık üzerindeki etkileri iki ana başlık altında incelenebilir.

Kas İskelet Sistemi Üzerindeki Etkileri: Kas kuvveti ve miktarının korunması ve artırılması, zıt yönde çalışan kaslar arasındaki dengenin sağlanması, kas-eklem kontrolünü artırarak dengenin sağlanması, eklem hareketliliğinin korunması ve artırılması, kas ve eklemlerin esnekliğinin korunması ve artırılması, dayanıklılığın artırılması, reflekslerin ve reaksiyon zamanının gelişmesi, vücut düzgünlüğü ve postürün korunması, vücut

farkındalığının gelişmesi, denge ve düzeltme reaksiyonlarının gelişmesi, yorgunluğun azaltılması gibi (19).

Diğer Vücut Sistemleri Üzerine Etkileri: Kalbin dakikadaki atım sayısında azalma, kalbin boşluklarında genişleme sonucu bir atımda pompalanan kan miktarında artış, kalp ritminin düzenlenmesi, damar direncini azaltarak kan basıncının düzenlenmesi, yüksek kan kolesterol ve trigliserit düzeylerini etkileyerek damar hastalıkları riskini azaltması akciğerlerin havalanması ve solunum kapasitesinde artış, düzenli fiziksel aktivite ile insülin aktivitesinin kontrolü ve kan şekerinin düzenlenmesi, vücudun su, tuz, mineral kullanımının dengelenmesi, enerji gereksinimini yağları yakarak karşılama özelliğinin geliştirilmesi, metabolizmanın hızlandırılması ve kilo alımının önlenmesi (19).

2. Ruh Sağlığı ve Sosyal Gelişim Üzerine Etkileri

Bireyin kendini iyi hissetmesini sağlaması ve mutluluk oluşturması, depresyon ve kaygı bozukluğu riskini azaltması,sağlıklı kas, kemik ve eklem yapısı üzerine olumlu etkileri nedeniyle vücut düzgünlüğü ve farkındalığını geliştirerek bedeni ile barışık, özgüvenli bireyler yaratması, iletişim becerilerini geliştirmesi, olumlu düşünebilme ve stresle başa çıkabilme yeteneğini geliştirmesi, benlik saygısı ve özgüvende artma, zihinsel yetilerde düzelleme, sosyal ilişkilerde gelişme, yorgunluk hissinde azalma şeklindedir (19).

3. Gelecekteki yaşantı üzerine etkileri

Olası ani ve sistemik hastalıklar nedeniyle, ölüm riskini azaltması, kanser gelişim riskini azaltması, vücut direncinin artması ve enfeksiyonlara karşı koruma geliştirilmesi, kas-iskelet sistemini güçlü tutarak yaşlılıkta sık görülen düşmeler ve düşmelere bağlı kırık riskini azaltması, denge ve düzeltme reaksiyonlarının gelişmesi ile yaşlılıkta sık görülen düşmelerin önlenmesi, depresyon, anksiyete ile başa çıkma gücünü arttırması, bireylerin yaşamdan keyif almasını sağlaması, sağlıklı yaşlanmayı sağlaması, daha aktif yaşlı bireyler yaratması şeklindedir (19).

Fiziksel Aktivite Şiddeti:

Fiziksel aktiviteler yoğunluklarına göre üç ayrı şekilde değerlendirilir:

Düşük: Nefes almanın ve kalp atım sayısının dinlenme değerinin biraz üzerinde olduğu çok az çaba gerektiren günlük aktiviteleri niteleler; yavaş yürüyüş, ev işleri vb.

Orta: Nefes almanın ve kalp atım sayısının normalden daha fazla olduğu, kasların zorlanmaya başladığı, orta dereceli çaba gerektiren aktiviteleri ifade eder. Aktivite sırasında

kişi konuşabilir fakat şarkı söyleyemez. Hızlı yürümek, düşük tempolu koşular, dans etmek, ip atlamak, yüzmek, masa tenisi oynamak, yavaş tempoda bisiklet sürmek vb.

Yüksek: Nefes almanın ve kalp atım sayısının normalden çok daha fazla olduğu veya kasların daha fazla zorlandığı, çok fazla çaba gerektiren aktiviteleri tanımlar. Kişi, aktivite sırasında nefesi kesilmeden birkaç kelimedenden fazlasını konuşamaz. Tempolu koşu, basketbol, futbol, voleybol, hentbol ve tenis oynamak, step aerobik derslerine katılmak, tempolu dans etmek gibi. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2004 yılı Raporu'na göre hareketsiz yaşam, tüm dünyada bulaşıcı olmayan hastalıklardan meydana gelen ölümlerin temel risk faktörleri arasında yer almakta ve yılda yaklaşık 3,2 milyon kişinin ölümüne yol açmaktadır. DSÖ'nün 2008 yılı Raporu'nda, dünya genelinde 15 yaş ve üzeri yetişkinlerin %31'inin yeterince hareketli olmadığı belirtilmiştir (19).

2.4.1.4. Tuz kullanımı

Vücutta sıvı dengesinin ve dolayısıyla kan basıncının düzenlenmesinde, asit-baz dengesinin sağlanmasında ve sinir-kas sisteminde uyarıların iletilmesinde tuzun önemli görevleri bulunmaktadır. Aynı zamanda antiseptik özelliği de olan tuz, tümünü yok etmesede, nem miktarını büyük oranda düşürerek gıdaların bozulmasına neden olabilecek bakterilerin üremesini kontrol altında tutar; bu özelliğinden faydalanarak çeşitli gıdaların saklanmasında, koruyucu olarak kullanılır. Ancak aşırı miktarda tüketildiğinde birçok sağlık problemine neden olmakta ve insan sağlığını olumsuz etkileyen bir halk sağlığı problemine dönüşmektedir (20). 2010'da kardiyovasküler nedenlerle olan 1,7 milyon ölüm aşırı tuz kullanımına atfedilmiştir (7).

Birkaç milyon yıldır insanoğlu diğer tüm memeliler gibi diyetlerinde günde 0.25 gramdan daha az tuz tüketmiştir. Yaklaşık olarak 5000 yıl önce Çinliler tuzlayarak yiyecekleri saklama yöntemini keşfetmişlerdir. Tuz bundan sonra daha fazla ekonomik bir değere sahip hale gelmiş, kış ayları süresince gıdaların saklanmasını mümkün kılmış ve yerleşik toplulukların gelişmesine izin vermiştir. Tuz dünyadaki en fazla vergi ve ticaret için kullanılan ürün olmuş ve 1870'li yıllarda bu en yüksek noktaya erişmiştir. Bununla birlikte derin dondurucuların ve buzdolaplarının keşfi ile birlikte tuzun koruyucu olarak kullanılmasına pek gerek kalmamıştır (20).

Tuz kullanımı azalırken yüksek tuzlu işlenmiş gıdaların tüketiminin artması ile günümüzde dünyadaki birçok ülkede yeniden 1870'li yıllardaki yüksek tuz tüketimin oranlarına erişilmiştir (yaklaşık 9-12 g/gün). Bu da yaklaşık evrimsel olarak alınan tuzdan

50 kez daha fazla bir miktar anlamına gelmektedir. Tuz alımındaki bu büyük değişiklik özellikle böbrekler için sorun oluşturmuş, yüksek oranda tuz tüketimi hipertansiyon sıklığında artışa yol açmış böylece kardiyovasküler hastalıklar riskinde artış olmuştur. Ayrıca yüksek oranda tuz tüketiminin inme riski, sol ventriküler hipertrofisi, böbrek hastalıklarında artış ve proteinüri gibi direk zararlı etkileri olabilmektedir. Ayrıca tuz alımının asitli içecekler tüketimi ile obezite oluşumunda indirekt katkısı olduğu konusunda çalışmalar artmıştır. Bu duruma böbrek taşı oluşumunda artış, osteoporoz ve belki de mide kanseri riskinde artış da eşlik edebilmektedir. Tuz tüketiminin azaltılması; yüksek kan basıncının ve buna bağlı olarak inme, kardiyovasküler hastalıklar ve böbrek hastalıklarının azaltılmasında en kolay yol olarak gösterilmektedir. Tuz tüketiminin 5 gramın altına alınması; inme riskinin %23 ve genel olarak kardiyovasküler hastalıkların %17 azaltılmasını sağlamaktadır (20).

2.4.1.5. Sağlıksız beslenme

Sağlıklı beslenme yeterli ve dengeli beslenmedir. Vücudu oluşturan hücrelerin düzenli ve dengeli çalışması için besin öğelerinden yani yağlar, karbonhidratlar, proteinler, vitaminler ve minerallerden yeterli miktarda alınmalıdır. Vücudun tüm besin maddelerine ihtiyacı vardır. Tek taraflı beslenmek yani sadece protein veya karbonhidratla beslenmek yanlıştır. Dengeli beslenerek vitaminler, mineraller ve lifler gibi önemli besin maddelerinden de alınmış olunur (21).

Beslenme piramidi 5 ana besin grubunu içerir. Piramit en altta yer alan ve sıklıkla tüketilmesi gereken karbonhidratlarla başlar ve daha az tüketilmesi gereken gıdalara doğru gider. Bu besin grupları karbonhidratlar, mineraller, proteinler, yağ ve şekerdir (21).

Karbonhidratlar: Alt grupta yer alan ve sıklıkla tüketilmesi gereken gıdalardır. Karbonhidratlar pirinç, bulgur, makarna gibi tahıllardır.

Mineraller: Sağlıklı yaşam için gereklidir. Mineraller (kalsiyum, bakır, iyot, demir, çinko vb.) sebze ve meyvelerde bulunur, hücre korunması ve sağlıklı diş, kemik, cilt yapısı için önemlidir. Mineraller ayrıca kalp ritmi, kan basıncı, vücuttaki sıvı dengesi gibi daha birçok düzenleyici fonksiyonlarda rol oynar.

Proteinler: Vücudun en etkili kalori yakıcı bölümü olan kas dokusunu güçlendirmek açısından çok önemlidir. Protein ette, süt ürünlerinde ve daha az olarak hububat ürünlerinde bulunmaktadır.

Yağ-şeker: Yağ ve şeker, çok az tüketilmesi gereken gıdalardır fakat A, D, E ve K vitaminleri gibi vücut için önemli vitaminleri taşıma görevi yaptıklarından dolayı sağlık için yenilmesi de çok önemlidir. Sıvı ve katı yağlar, şeker ve tatlılar bu grupta yer alır (21).

Yemek yeme alışkanlığı zihinsel ve bedensel faaliyetleri etkileyen unsurlardan biridir. Sağlıksız beslenme düşünme ve kavrama yeteneğinin azalmasına ve hafıza kayıplarına neden olur. Günde 8 saat uyuduğu halde kişi kendini yorgun hissediyor, bedensel, zihinsel faaliyetlerinde çabuk yorulma, hafıza ve düşüncede azalma görülüyorsa mutlaka yemek yeme alışkanlığı gözden geçirilmelidir (21).

Zihinsel faaliyetlerin gerektirdiği enerji kaynaklarının en önemlilerinden biride meyvelerdir. Beynin oksijen dışındaki tek enerjisi glikozdur. Glikoz meyvelerde hazır halde bulunur. Diğer gıdalarla alınan şeker midede yakılarak glikoza çevrilir. Bu nedenle meyveleri aç karnına yenilmelidir. Meyveler yemeklerden 30 dakika önce veya 3 saat sonra alınmalıdır (21).

Vücutta dakikada 10 milyon hücre ölür ve bir o kadarı da yenilenir. Ortalama 100 günde (beyin ve sinir hücreleri hariç) bütün vücut yenilenmektedir. Düzensiz kötü beslenme yenileme sistemini aksatır. Cildin canlılığını, tazeliği kaybolur ve en önemlisi hastalıklara açık olunur. Yorgunluk, çabuk yorulma, baş ağrısı olabilir. Düşünce ve hafıza sistemi bulanıklaşır. Bu nedenlerden dolayı düzenli ve sağlıklı beslenmeye dikkat etmeli ve yemek için yaşamamalı sadece yaşamak için yemeli görüşü benimsenmelidir (21).

2.4.1.6. Ortam kirliliği

Ortam kirliliği, çevrenin doğal olmayan bir şekilde insan eliyle bozulmasıdır. Bu ekosistemi bozma eylemleri; kirlenme şeklinde tabir edilmektedir. Çevre; dünya üzerinde yaşamını sürdüren canlılarının hayatları boyunca ilişkilerini sürdürdüğü dış ortamdır. Diğer bir deyişle "ekosistem" olarak tanımlanabilir (22).

Hava, su ve toprak bu çevrenin fiziksel unsurlarını, insan, hayvan, bitki ve diğer mikroorganizmalar ise biyolojik unsurlarını oluşturmaktadır (22).

Çevrenin canlı öğelerinin hayat aktivitelerini olumsuz yönde etkileyen, cansız öğelerin üzerinde ise yapısal zararlar meydana getiren ve niteliklerini bozan yabancı maddelerin hava, su ve toprağa yoğun bir şekilde karışması olayına "çevre kirliliği" denir. Hızla artan insan nüfusu ihtiyaçları arttırmakta, insan eliyle yaratılan kirliliğin tabiata ve çevreye verdiği zararın boyutu her geçen gün artmaktadır. Yaşamı daha mükemmel bir hale getirmek, daha

sağlıklı ve uzun bir ömür sağlayabilmek amacına dönük bazı gelişmelerin, kırsal ve kentsel alanlarda doğal kaynakları bozduğu, su, hava, toprak kirlenmesine yol açtığı, bitki ve hayvan varlığına ve sağlığına zarar verdiği açıkça görülebilen bir gerçek haline gelmiştir (23).

Çeşitleri

1) Toprak kirliliği

Toprağın kimyasal maddelerle veya atıklarla kirlenmesidir. Toprak kirlenmesi, hava ve suları kirleten maddeler tarafından meydana getirilebilir. Çöp yığınlarından toprağa sızan sular, kirli sulama suları, gübre çözeltileri, radyoaktif maddeler, uçucu küller, ağır metaller, sanayi atıkları toprağı kirleten madde ve kaynaklardır.

Toprak ve suda biyolojik yaşamın yok olması, toprakta kimyasal maddelerin yıkıma uğratılmasını geciktirebilir. Toprak kirliliğini önlemek için çok çeşitli teknik geliştirilmektedir.

2) Hava kirliliği

Atmosferde toz, duman ve saf olmayan su buharı şeklinde bulunabilecek kirleticilerin, insanlar ve diğer canlılar ile eşyaya zarar verebilecek miktarlara yükselmesi, “Hava Kirliliği” olarak nitelenmektedir. Havayı kirleten maddelerin sınır değerleri (havada zararlı olmayacak derecedeki en yüksek değerleri), her ülkenin ilgili kuruluşları tarafından yönetmeliklerle belirlenir. Hava kirliliğine karşı alınabilecek önlemler, kirlilik kaynağına göre (fabrika, termik santral, konutlar, taşıt araçları) çok çeşitlidir.

Tütün dumanı, sık karşılaşılan ve solunum havası hava kirleticilerin en önemlilerinden biridir. Tütünün yanmasıyla toksik etkili onlarca kimyasal madde açığa çıkar (24,25).

3) Su kirliliği

Su kirliliği, istenmeyen zararlı maddelerin, suyun niteliğini ölçülebilecek oranda bozmalarını sağlayacak miktar ve yoğunlukta suya karışma olayıdır. Konutlar, endüstri kuruluşları, termik santraller, gübreler, kimyasal mücadele ilaçları (pestisitler), tarımsal sanayi atık suları, nükleer santrallerden çıkan sıcak sular ve toprak erozyonu gibi süreçler ve maddeler su kirliliğini meydana getiren başlıca kaynaklardır. Bunların hepsi doğrudan doğruya veya dolaylı olarak canlı ve cansız varlıklara zarar vermektedir.

Ambalaj atıkları:

Çevrede oluşturduğu görüntü kirliliği yanında, rüzgâr ve akarsularla sürüklenen ve çevrede bozulmayan ambalaj atıkları deniz hayvanları için ciddi bir tehdittir. Köpüğümsü atıkların, deniz canlılarınınca dişlenmesi ve yutulması, bu canlıların ve bunları tüketen diğer canlıların yaşamı açısından ciddi tehditler oluşturmaktadır

4) Ses kirliliği

Yoğun şehir yaşamında özellikle insanların istirahat vakitlerinde yayılan motorlu araç, makina sesleri, inşaat, eğlence, bazı dini-sosyal aktiviteler, maçlar diğer kişilerin yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilecek gürültü kaynaklarıdır.

5) Radyoaktif kirlenme

Nükleer enerji santralleri, nükleer silah üreten fabrikalar, radyoaktif madde artıkları radyoaktif kirlenme yaratan başlıca kaynaklardır. Radyoaktif maddeler yaymış oldukları elektronla hava, su, toprak ve bitkilere zarar verir. Radyoaktif maddeye sahip (radyasyonlu) hayvansal ürünler (et, balık, süt, vb.) ve bitkiler, bu zararlı maddeyi besin zinciri ile insanlara ve diğer canlılara taşır. Bunun sonucunda bağışıklık mekanizmasını felce uğratmak, organları zedelemek gibi tedavisi olanak dışı olan hastalıklar meydana gelir.

6) Işık kirliliği

Işık kirliliğinin sebepleri lazerler ve gereksiz aydınlatmalardır. Işık kirliliği gece havada aşırı aydınlık oluşmasıdır. Aşırı aydınlık canlılara zarar vermektedir. Yeryüzündeki teleskoplar gök cisimlerini gözlemleyemez (24,25).

Ortam Kirliliği için Alınacak Önlemler

- Genel Önlemler ve duyarlılığın topluma yayılması.
- Doğum kontrol yöntemleri kullanılarak ekolojik çevre üzerinde nüfus ve tüketim baskısının azaltılması.
- Tarım ve diğer üretimlerde çevreye zarar vermeyen metodların geliştirilip uygulanması, gereğinden fazla ve zamansız gübre (özellikle azot, fosfor) kullanımının engellenmesi. (Organik tarım, kalıcı kültür vs.)
- Atıkların azaltılması, dönüştürülmesi, yeniden işlenmesi, zararlı atık üreten teknolojiler yerine daha zararsız teknolojilere geçilmesi. Tarımsal atıkların enerji üretimi, kompost vb. yöntemlerle faydalı kaynaklar şekline dönüştürülmesi.

- Enerji üretiminde yeşil enerjiler olarak tanımlanan teknolojilere geçilmesi, tüketimde tasarruflu teknolojiler kullanılması, mimaride enerji tasarrufu sağlayan yapılar kullanılması. (Karbon ayak izinin küçültülmesi)
- Atık su arıtma tesislerinin kurulması, sanayi atıklarının temizlenmesi.
- Köy ve kasabalarda atık suların fosseptiklere verilmesi.
- Taşıt araçlarının periyodik bakımlarının yapılması, eskiyen araçların yenilenmesi, fosil yakıt kullanan araçlar yerine toplu taşımada temiz, elektrikli ulaşım sistemlerine geçilmesi.
- Sosyal medyada aynı anda paylaşımlar yapılarak konuya dikkat çekilmesi.
- Geri dönüşüme önem vererek oluşturulan çöplerin azaltılması.
- Naylon poşetlerin gerekli olduğunda kullanılması (24,25).

2.4.2. Metabolik ve fizyolojik risk faktörleri

2.4.2.1. Yüksek kan basıncı

Dünya Sağlık Örgütü'nün 52 Avrupa üye Devletinden 37'sinde ölümler için başlıca risk faktörü yüksek tansiyondur (7).

Yüksek tansiyon, hipertansiyon; atardamarlardaki kan basıncının yükseldiği kronik bir tıbbi durumdur. Dinlenme halinde normal kan basıncı, büyük tansiyon 100–140 mmHg (en yüksek nokta) ve küçük tansiyon 60–90 mmHg (en alt nokta) arasında seyreder. Yüksek tansiyon, tansiyonun sürekli 140/90 mmHg ve üzerinde bir seviyede olmasıdır. Vakaların yaklaşık %90–95'i "birincil hipertansiyon" olarak sınıflandırılmış olup bu, altta yatan herhangi belirli bir sebep olmadan kan basıncının yüksek olması anlamına gelir (26). Böbrekleri, atardamarları, kalbi veya endokrin sistemini etkileyen diğer durumlar ise vakaların geri kalan %5-10'luk dilimini oluşturur (ikincil hipertansiyon). Hipertansiyon; inme, miyokard enfarktüsü (kalp krizleri), kalp yetmezliği, atardamar anevrizması (örn. aortik anevrizma), periferik arter hastalığı için ana risk faktörü olup, kronik böbrek hastalığının da nedenlerinden biridir. Beslenme ve yaşam şeklindeki değişiklikler tansiyon kontrolünü iyileştirebilir ve ilgili sağlık komplikasyon risklerini azaltabilir. Ancak, yaşam şeklindeki değişikliklerin etkili olmadığı veya yetersiz kaldığı kişiler için genelde ilaçla tedavi gereklidir (26).

Hipertansiyon nadiren semptom gösterir ve genellikle tarama esnasında veya alakasız bir sağlık sorunu için tıbbi yardım istendiğinde tespit edilir. Yüksek tansiyona sahip bazı kişiler baş ağrısı (özellikle ense kısmında ve sabahları) ve aynı zamanda sersemleme, baş

dönmesi, tinnitus (kulaklarda çınlama veya tıslama), görme bozukluğu veya bayılma şikayelerinde bulunmaktadır (27).

Aşırı yükselen tansiyona (sistolik 180 veya diyastolik 110'a denk veya daha fazla)"hipertansif kriz" adı verilmektedir. Bu düzeylerin üstündeki kan basıncı yüksek komplikasyon riski göstermektedir.

Hipertansiyon dünya genelinde erken ölümlerde önlenabilir risk faktörlerinden en önemlisidir (28). İskemik kalp hastalığı, felç, periferik vasküler hastalık ve kalp yetmezliği, aort anevrizması, difüz damar sertliği ve akciğer embolisi gibi diğer kardiyovasküler hastalıkların riskini artırır (29). Hipertansiyon ayrıca kognitif yetersizlik, demans ve kronik böbrek hastalığı için de risk faktörü oluşturmaktadır (30).

Hipertansif olan ancak bunun önemli olduğunun farkında olmayan insanların sayısı fazladır. Yüksek tansiyonun sonuçlarını azaltmak ve antihipertansif ilaç tedavisi ihtiyacını en aza indirmek için nüfusun geneline hitap eden önlemler gereklidir. İlaç tedavisine başlamadan önce kan basıncını düşürmek için yaşam tarzında değişiklikler yapılması tavsiye edilir (31). Hipertansiyonun ilk aşamada önlenmesine yönelik olarak 2004 İngiliz Hipertansiyon Derneği rehber ilkeleri (31, 32) şu şekildedir:

- Normal vücut ağırlığını koruyun (örneğin, vücut kitle indeksi 20–25 kg/m²)
- Besinlerde sodyum alımını günlük <100 mmol/gün olarak azaltın (<6 g sodyum klorür veya <2,4 g günlük sodyum).
- Tempolu yürüyüş gibi düzenli aerobik fiziksel aktivite yapın (günde ≥ 30 dakika, haftanın çoğu günü)
- Alkol tüketimini erkeklerde en fazla 3 ünite/gün ve kadınlarda en fazla 2 ünite/gün ile sınırlayın.
- Meyve ve sebze açısından zengin (örneğin, günde en az beş porsiyon) beslenin.

Yaşam tarzında etkili değişiklikler, kan basıncını tek başına bir antihipertansif ilacı kadar düşürebilir. Yaşam tarzında iki veya daha fazla değişikliğin birlikte yapılması ise daha iyi sonuçlar verebilir (31).

Günümüzde hipertansiyon tedavisinde kullanılan ve genel olarak antihipertansif ilaçlar olarak anılan çeşitli ilaç tedavisi sınıflandırmaları bulunmaktadır. Reçeteler yazılırken kişinin kardiyovasküler riski (miyokardial enfarktüs ve felç riski dahil) ve kan basıncı değerleri göz önüne alınır (32). Tansiyonun 5 mmHg düşürülmesi felç riskini %34 ve iskemik kalp hastalığı riskini %21 azaltabilir. Tansiyonun düşürülmesi ayrıca kardiyovasküler

hastalık nedeniyle demans, kalp yetmezliği ve ölüm oranı ihtimalini de azaltabilir (33). Tedavinin amacı, kan basıncını çoğu kişide 140/90 mmHg düzeyinden aşağıya ve diyabet veya böbrek hastalığı olan kişilerde daha da düşük seviyeye indirmek olmalıdır. Bazı tıp uzmanları, seviyenin 120/80 mmHg'den aşağıda tutulmasını tavsiye etmektedir (34, 35, 36).

2.4.2.2. Aşırı kilo ve obezite

Obezite (aşırı şişmanlık) basit olarak vücuttaki yağ oranının aşırı ve anormal bir şekilde artışı olarak tanımlanır (37). Bir kişinin ağırlığının, kişinin boyunun karesine bölünmesiyle elde edilen bir ölçüm olan beden kitle indeksi (BMI) obezitenin belirlenmesinde önemli bir kriterdir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenmiş sınıflamaya göre; 18.5 altında BMI az kilolu, 18.5- 24.9 normal kilolu, 25.0- 29.9 fazla kilolu, 30.0- 39.9 Obez, 40.5 'in üzeri Morbid (ciddi) obez, 50 ve üstü süper obez olarak belirlenmiştir (38).

Obezitenin değerlendirilmesinde yapılan ölçümlerde, bel kalça oranının erkeklerde 1'in altında, kadınlarda ise 0,85'in altında olması gerekir. Bel çevresi ölçümleri obezite tanısı için oldukça pratik bir yöntemdir. Bu doğrultuda erkeklerin bel çevresinin 102 cm'den, kadınların ise 88 cm'den büyük olması şişmanlığın göstergesi olarak metabolik sendrom riskidir. Gövde ve karın bölgesi içinde daha fazla miktarda biriken yağlar; kalp hastalıkları, hipertansiyon, hiperlipidemi ve Tip II diyabet ile görülen metabolik sendrom bakımından risk ihtimallerini arttırır. Bu şekilde bir yağ dağılımı gösteren obezite çeşidine elma tipi vücut yağlanması yani, merkezi şişmanlık denmektedir. Bu vücut tipi, bacaklardan çok gövde ve karın bölgesinde bir yağlanma şekliyle kendini gösterir. Metabolik sendrom bakımından daha yüksek bir risk grubuna ait bu hastalarda, karın etrafında belirgin gövdesel yağlanma söz konusudur (37). Obezite özellikle obstrüktif uyku apnesi, belirli kanser türleri ve osteoartrit gibi çeşitli hastalıkların olasılığını arttırır (38).

Obezitenin ortaya çıkmasının en önemli nedeni çok az hareket edip çok fazla besin tüketmektir. Özellikle yağ ve şeker bakımından zengin gıdaların tüketimi, enerji içeriği yüksek olmasa da dengesiz bir beslenme planının uygulanması, yeteri kadar fiziksel aktivite ve egzersiz yapılmaması alınan enerjinin vücutta yağ olarak depolanmasına neden olur. Gelişen teknoloji bireylerin fiziksel olarak bedenlerini kullanma alanını daraltmıştır. Bu da obezite hastalığının artışında yüksek bir etkiye neden olur. Bunun dışında genetik olarak yatkın olma, hormonal bozukluklar, psikolojik sorunlar ve akabinde kullanılan antipsikotik ilaçlar da obeziteyi tetikleyen sebepler arasındadır (39).

Obezitenin tek ve en etkili tedavisi diyetdir. Hekim tarafından yapılacak tüm muayene ve değerlendirmelerin ardından kilo vermenin önünde bir engele rastlanmaması halinde buna yönelik olarak önerilecek medikal tedavilerin ardından hastalar diyetisyene yönlendirilir. Son yıllarda popülerleşen bariatrik (mide küçültme ameliyatı) cerrahi uygulamaları ile de kilo kaybının sağlanması mümkündür. Bu uygulamalar yalnızca morbid obez olarak tabir edilen acil şekilde kilo vermesi gereken, uzun diyet süreçlerini kaldıramayacak düzeyde komplikasyon riskleri taşıyan hastalarda uygulanmalıdır (37).

2.4.2.3. Hiperglisemi

Hiperglisemi veya yüksek kan şekeri, aşırı miktarda glukozun kan plazmasında dolaşması durumudur yani kan şekerinin normal sınırların üzerinde bulunmasına denir (40). Hiperglisemi diyabetin komplikasyonlarından biridir ve oldukça sık karşılaşılan bir sorundur (41). Kan şekeri yüksekliği olan her kişi diyabet hastası değildir. Ancak diyabet tanısı konulabilmesi için mutlaka hiperglisemi olmalıdır. Açlık kan şekerinin 100 mg/dl üzerinde olması hiperglisemi; 126 mg/dl üzerinde olması ise diyabet hastalığı olarak adlandırılır (42).

Hipergliseminin belirtileri şunlardır; ağızda kuruma, sık susama, sık idrar yapma, sık acıkma veya iştah kaybı, yorgunluk, yaraların geç iyileşmesi, deride kaşıntı ve kuruluk, sık enfeksiyon geçirme, bulanık görme, ayaklarda yanma duygusu, ereksiyon bozukluğu, kilo kaybı (40). Hiperglisemi, diyabet hastalığı; glukagonoma, Cushing sendromu gibi bazı endokrin bozukluklar ve kortizon gibi bazı ilaçların kullanımına bağlı oluşabilir (42).

Kan şekeri düzeyini yükselten nedenler; tıbbi beslenme tedavisine uymayarak çok fazla yemek yenmesi, her zaman yapılan egzersizin yapılmaması, hareketsiz kalınması, ağızdan alınan şeker düşürücü ilaçların yeteri kadar alınmaması ya da insülinin yeterli miktarda yapılmaması, enfeksiyon hastalığı geçiriyor olmanız, stresli bir dönemde olmanız, insülin enjeksiyonu yaptığınız bölgedeki kaslarınızı çalıştırıcı bir egzersiz yapmanız (örneğin; insülin enjeksiyonunuzu bacağınızdan yaptıktan sonra koşma, futbol, bisiklet binme gibi bacak kaslarınızı çalıştırıcı, dolayısıyla insülinin etki hızını arttırıcı egzersiz yapmanız), her zaman aynı dozda kullandığınız ilaçların artık yetersiz geliyor olması, kan şekerinin yükselmesine neden olan ilaçları kullanmak (steroid vb.) kan şekeri düzeyinizi yükseltebilir (41).

Hipergliseminin Tedavisi:

Öncelikle hipergliseminin nedeni araştırılmalıdır. Bu dönemde daha sık kan şekeri kontrolü yapılmalıdır. Hipergliseminin başlangıç aşamalarında kilo verme, düzenli egzersiz ve diyet gibi bazı yaşam tarzı değişiklikleri tedavi için önemlidir. Eğer bu yöntemlerle kan şekeri düşürülemezse veya ani bir yükselme tespit edilirse ilaç tedavisine başlanır.

Kan şekeriniz 240 mg/dl.'nin üzerinde ise kesinlikle egzersiz yapmayıp istirahat edilmeli ve idrarda keton baktırılmalıdır. Eğer mide bulantısı yoksa bol su tüketilmelidir. Diyeti ve kullanılan ilaçlar tekrar gözden geçirilmelidir. Kan şekeri düşmüyor, aksine sürekli yükseliyorsa mutlaka doktora başvurulmalıdır. Çünkü kontrol altına alınmayan yüksek kan şekeri komaya sokabilir (41).

Hiperglisemiden korunma için kilo verilmelidir, diyetisyen kontrolünde uygun bir diyet uygulanabilir, düzenli egzersiz yapılmalıdır, diyabet hastalarının tedaviye uyumu önemlidir (42).

2.4.2.4. Hiperlipidemi

Hiperlipidemi, kanda yüksek seviyelerde lipidlerin (yağlar, kolesterol veya trigliseridler) dolaşmasına neden olan edinilmiş veya genetik bozuklukları ifade eden genel bir terimdir (43).

Hiperlipidemiler, temel olarak, spesifik genetik anormalliklerin neden olduğu ailesel (aynı zamanda birincil olarak da adlandırılır) olarak sınıflandırılabilir veya plazma lipit ve lipoprotein metabolizmasında değişikliklere yol açan başka bir altta yatan bozukluktan kaynaklandığında edinilmiş (ikincil olarak da adlandırılır) olarak sınıflandırılabilir. Ayrıca hiperlipidemiler, idiyopatik (bilinen bir neden olmadan) ve kombine hiperlipidemiler (birden fazla hiperlipideminin bir arada olması) şeklinde de sınıflandırılmaktadır (43).

Hiperlipidemi, kişiyi ateroskleroza yatkın hale getirir. Ateroskleroz, atardamar duvarlarında lipit, kolesterol, kalsiyum ve lifli plakların birikmesidir. Bu birikim kan damarını daraltır ve kalp kaslarına giden kan akışını ve oksijeni azaltır. Hiperlipidemiler genel popülasyonda yaygındır ve ateroskleroz üzerindeki etkilerinden dolayı kardiyovasküler hastalık için değiştirilebilir risk faktörleri olarak kabul edilir (43).

Ailevi (Birincil) hiperlipidemiler, elektroforez veya ultrasentrifügasyondaki lipoprotein modeline dayanan Fredrickson sınıflandırmasına göre sınıflandırılır. Bu sınıflamaya göre 5 gruba ayrılırlar. Edinilmiş (ikincil) hiperlipideminin en yaygın nedenleri;

diyabet, ilaç kullanımı, hipotroidizm, böbrek yetmezliği, nefrotik sendrom ve aşırı alkol tüketimidir. Altta yatan durumun tedavisi veya sebep olabilecek ilaçların kesilmesi genellikle hiperlipidemide bir iyileşmeye yol açar. Hiperlipideminin bir başka nedeni ise her zaman bu kategoriye dahil edilmemesine rağmen, yemek yedikten sonra normal bir artış olan postprandiyal hiperlipidemidir (43).

Hiperlipidemi taramasına başlama yaşı konusunda fikir birliği yoktur. CDC, yetişkinlikte her 4 ile 6 yılda bir kolesterol taraması yapılmasını önermektedir. Ailesinde erken kalp krizi, kalp hastalığı veya obezite veya diyabet olan kişiler için daha sık taramalar önerilmelidir (43).

Hiperlipidemiyi önlemek için; sigarayı bırakmak, alkol alımını azaltmak, kilo vermek, tüketilen tuz miktarını azaltmak, sağlıklı beslenmek ve egzersiz yapmak önerilmektedir. Bu önerilerle düşmeyen yüksek hiperlipidemi düzeyleri ilaç tedavisi ile kontrol altına alınır (43).

2.5. Kronik Hastalıklar

2.5.1. Diyabet

Diabet ya da Diabetes mellitus sıklıkla yalnızca diabet ya da diyabet ya da halk arasında şeker hastalığı olarak adlandırılan, genellikle kalıtsal ve çevresel etkenlerin birleşimi ile oluşan ve kan glukoz seviyesinin aşırı derecede yükselmesiyle (hiperglisemi) sonuçlanan metabolik bir bozukluktur (44).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 2000 yılında tüm dünyada en az 171 milyon diyabet hastası (toplam dünya nüfusunun %2,8'i) vardır (45). Tüm dünyada diyabetin görülme sıklığı hızla artmaktadır ve 2030 yılında yaklaşık 330 milyon kişinin diyabet hastası olacağı tahmin edilmektedir (45). Diyabet tüm dünyada görülen bir hastalıktır ancak, gelişmiş ülkelerde daha sık (özellikle tip 2 diyabet) görülür. Gelişmiş ülkelerde diyabet görülme sıklığının artması ile kentleşme eğilimi ve hayat tarzı değişiklikleri arasında bir paralellik vardır. Belki de en önemli etken “batılı tarzı” beslenme alışkanlığı ve obezitedir (45).

Diyabet ya insülin üretiminin azalması yüzünden (Tip 1 diyabette) ya da insülinin etkisine karşı direnç gelişmesiyle (Tip 2 diyabette ve gestasyonel diyabette) oluşur (46). Her iki durum da sonuçta kan şekerinin yükselmesine (hiperglisemi) neden olur. Aşırı miktarda idrar üretimi diyabetin akut (iveğen) belirtilerinin başında gelir ve bu durumun başlıca sorumlusu hiperglisemidir. Susama ve sıvı tüketimin artması ise aşırı idrar üretimini dengeleme çabasının bir sonucudur. Görmenin bozulması, açıklanamayan kilo kayıpları,

yorgunluk ve enerji metabolizmasındaki değişiklikler ise diyabetin öteki belirtileridir. Tip 1 diyabette ve özellikle çocuklarda bu belirtiler çok kısa süre içinde (haftalar ya da aylar) ortaya çıkabilir. Ancak, tip 2 diyabetin belirtileri genellikle çok daha uzun süre içinde gelişir ve bu belirtiler ya çok hafiftirler ya da hiç görünmezler. Tip 1 diyabet çok hızlı ve aşırı kilo kayıplarına (normal ya da fazla yemek tüketimine rağmen) ve hiç azalmayan yorgunluk hissine neden olabilir. Kilo kaybı dışındaki tüm bu sayılan semptomlar, iyi kontrol edilmeyen tip 2 diyabet hastalarında da görünebilir (46).

Diyabet tekrarlayan ya da kalıcı hiperglisemi ile karakterizedir. Teşhisi aşağıdaki ölçütlere göre yapılır;

- Açlık plazma glukoz seviyesinin 126 mg/dL (7,0 mmol/l) ya da daha yüksek olması,
- Oral glukoz tolerans testi (OGTT) sırasında ağızdan 75 g'lık glukoz yüklemesini takip eden iki saat sonunda plazma glukozunun 200 mg/dL (11,1 mmol/l) ya da üzerinde olması
- Hastanın hiperglisemi belirtileri göstermesi ve rastgele ölçülen plazma glukoz seviyesinin 200 mg/dL (11,1 mmol/l) ya da üzerinde olması
- Hemoglobin A1C \geq % 6,5

Alınacak herhangi bir pozitif sonuç, eğer ortada belirgin bir hiperglisemi yoksa, yukarıda sayılan testlerden birinin başka bir gün tekrar yapılmasıyla doğrulanmalıdır. Açlık kan şekeri değeri 100 ile 125 mg/dL (6,1 ile 7,0 mmol/l) arasında olan hastalardaki durum “bozulmuş açlık glukozu” olarak tanımlanır. Ağızdan 75 g glukoz yüklemesini takip eden 2 saatin sonunda kan şekeri değerleri 200 mg/dL’yi geçmeyen ancak 140 mg/dL ya da üzerinde bir değere sahip olan hastaların ise “glukoz toleranslarının bozulduğu” kabul edilir. Bozulmuş açlık glukozu ve bozulmuş glukoz toleransı “gizli şeker” olarak da isimlendirilmektedir. Bu iki “prediyabetik” (diyabet öncesi) durumun ikisi de ama özellikle bozuk glukoz toleransı, hem diyabet oluşumu hem de çeşitli kardiyovasküler hastalıkların oluşması için ana risk faktörüdür (46).

1921 yılında insülinin kullanıma girmesinden bu yana diyabetin tüm türleri tedavi edilebilmektedir ancak kesin bir tedavisi yoktur. İnsülinin şırınga, insülin pompası ya da insülin kalemleri ile enjekte edilmesi Tip 1 diyabetin en temel tedavi yöntemidir. Tip 2 diyabet ise diyet, antihiperglisemik (şeker düşürücü) ilaçlar ve insülin takviyesi ya da bunları bir arada kullanarak kontrol altında tutulur (46).

Eğer hastalık iyi kontrol edilmezse hiperglisemi, ketoasidoz ya da nonketotik hiperozmolar koma gibi akut komplikasyonlar gelişebilir. Hastalığın uzun sürede ortaya çıkan (kronik) komplikasyonlarının başlıcaları ise; kardiyovasküler hastalıklar (hipertansiyon, kalp yetmezliği ve ateroskleroz gibi), kronik böbrek yetmezliği (nefropati), körlüğe sebep olabilen retina hasarı (retinopati), çeşitli tiplerde sinir hasarları (periferik nöropati) ve yara iyileşmesini geciktiren ve impotansa sebep olan mikrovasküler bozukluklar sayılabilir. Özellikle ayaklarda gelişen dolaşım bozukluklarının sonucu olarak ortaya çıkan yara iyileşmesinin gecikmesi, amputasyon ile sonuçlanabilir (47).

Kan şekeri seviyeleri iyi kontrol edilmiş hastalarda diyabetin sebep olduğu komplikasyonlar çok daha az sıklıkta ve daha az şiddette ortaya çıktığı için hasta eğitimi, hastanın durumu hakkındaki bilgisi ve kendi hastalığı ile ilgilenmesi hayati önem taşımaktadır (46, 47, 48).

2.5.2. Kanser

Kanser, hücredeki DNA'nın hasar alması sonucu hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesi ve çoğalmasıdır (49).

Çağdaş tıpta bir oluşumun “kanser” olarak adlandırılabilmesi için ise 5 niteliği içermesi gerektiği öngörülür; (50,51,52,53)

1. Hücrelerde sınırsız proliferasyon yetisi,
2. Büyümesini engelleyen faktörlere karşı duyarsız olması,
3. Hücrelerinin ölümsüzlüğü (apoptozis görülmemesi),
4. Yeni damarların oluşumunu uyarabilmesi (angiogenezis),
5. Dokuların içine girebilmesi (invazyon) ve yeni koloniler oluşturabilmesi (metastaz)

Kanserler (habis tümörler, malign tümörler); genellikle sürekli ve hızlı büyüyen tümörlerdir. Kapsülleri yoktur, büyürken sınır tanımazlar, çevresindeki dokuların ve damarların içine girerler (invazyon, infiltratif büyüme). Sıklıkla metastaz yaparlar. Tedavi edilmeyen ya da tedavisi gecikmiş kanserler öldürücüdür (50,51,52,53).

Tümör oluşumunda üç temel neden vardır: (50,51,52,53)

- Çevreden gelen (ekzojen) kanserojenler (Fiziksel nedenler, kimyasallar, canlı etkenler)
- Organizmanın kendisinde bulunan (endojen) kanserojenler (hormonlar vb)
- Yardımcı faktörler (yaş, cinsiyet, beslenme vb)

Kadınlarda en çok meme, rahim ve kalın bağırsak kanseri; erkeklerde ise en çok akciğer, prostat, mide ve kalın bağırsak kanserleri görülmektedir. Tüm kanserlerin %16'sı, tüm kanser ölümlerinin %28'i, erkeklerde %35, kadınlarda %19 akciğer kanseri nedeniyledir. Akciğer kanseri büyük ölçüde sigara kullanımı ile ilişkilidir; kadınların sigara tüketimindeki artışlar, akciğer kanserlerinin de artmasına neden olmaktadır (54).

Bağışıklık sisteminin etkinliğini bozan durumlar kanseri hazırlayıcı etmenler (predispozan) olarak bilinir. Bağışıklık sistemi tarafından yok edilmemiş olan bu hücreler kontrolsüz biçimde üreyerek buldukları dokuyu işgal ederler. Sadece o dokuyla sınırlı kalmayıp komşu dokulara da yayılırlar (invazyon). Kan ve lenf dolaşımı yoluyla vücudun ilgisiz bölgelerine de taşınabilirler (metastaz) (50,51,52,53).

Bazı hastalıklarda görülen lezyonlar ya da iyi huylu tümörler zamanla kansere dönüşebilirler; bunlara "prekanseroz lezyon" denir (54).

2.5.3. Kardiyovasküler hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar kalp ve damar sisteminin hastalıkları olup, dört bölümde toplanır (55). Bunlar konjenital (doğumsal) hastalıklar, koroner arter hastalığı, kapak hastalıkları, periferik damar hastalıklarıdır (56).

1970'ler ve 1990'lar arasında birçok Avrupa ülkesinde yaşa göre ayarlanmış koroner kalp hastalığı ve kalp hastalığına bağlı ölüm oranlarında bir azalma gözlenmiş, en erken ve en belirgin azalma daha zengin ülkelerde meydana gelmiştir. Bu gelişme erken ölümlerin önlenmesi ve beklenen sağlıklı yaşam süresinin uzatılabilme potansiyelini yansıtmaktadır. Türkiye'de ise 2 milyon koroner kalp hastasının bulunduğu ve yılda 160 bin yurttaşımızın koroner kalp hastalığından öldüğü tahmin edilmektedir. Toplam koroner kalp hastası halen yılda 90-100 bin kadar artmaktadır (57).

Koroner arter hastalıkları aşağıdaki şekillerde ortaya çıkmaktadır; kalp krizi, kalp yetmezliği, ritim bozuklukları, ani ölüm. Hastalıkların klinik belirtileri; göğüs ağrısı, göğüs orta kısmından başlayan eforla veya istirahatle gelen sıkıştırıcı, yanma tarzındaki ağrılardır. Boyun, çene ve sol kola yayılabilir. Nefes darlığı ve çabuk yorulma, çarpıntı, güçsüzlük, baygınlık hissi diğer belirtilerdir (56).

Koroner arter hastalıklarında tedavide; çeşitli ilaçlar kullanılmaktadır. Koroner damarda %60 üzerinde anlamlı darlık ve stent takılmasına uygun olan darlıklar ile yeni kalp krizi geçiren hastalarda erken dönemde balon ile damarın açılması tedavisi uygulanmaktadır.

Stent takımı mümkün olmayan hastalarda kalp damar (bypass) ameliyatı yapılmaktadır. Bu ameliyatlar göğüs veya bacadan alınan damarla darlık veya tıkalı damarın sonuna yapılan ameliyatlardır (56).

Erişkin nüfusun önemli bir bölümünün bu hastalıktan aktif yaşlarda, yani orta yaş ve erken yaşlılık dönemlerinde etkilenmesi olayın ekonomik boyutunu artırmaktadır. Böylesine önemli bir sağlık sorununda, son derece yüksek maliyetle yürütülebilen tedavi çalışmalarından çok birincil ve ikincil korunma çalışmalarına ağırlık verilmiştir (57).

Dünya Sağlık Örgütü kalp ve damar hastalıklarının risklerin azaltılmasında üç temel strateji belirlemiştir. 1- Kalp ve damar hastalıklarına neden olan çevresel, sosyal, ekonomik ve yaşam biçimi ile ilişkili faktörlerin belirlenip ortadan kaldırılması, 2-Daha önce kalp ve damar hastası olanlarda tekrar bir kalp ve damar hastalığı atağı olmasının önlenmesi, 3-Görünürde sağlıklı olan fakat kalp ve damar hastalığı riski yüksek olan kişilerde korunma önlemlerinin alınması. Bu şekilde yaşam süre ve kalitesinin artırılması olanaklı olacaktır. Kalp ve damar hastalıklarının oluşumunda önemli bir yer tutan ateroskleroz yani damar sertleşmesi, birçok faktörün karşılıklı olarak etkileşmesi ile ortaya çıkan karmaşık bir süreçtir. Bu süreç ile ilişkili olan, değiştirilme şansı olmayan ve değiştirilebilir risk faktörleri çalışmalar aracılığı ile tanımlanmıştır. Risk faktörü ile hastalık arasında nedensel bir ilişki bulunduğu düşünülse, bilinen mevcut risk faktörleri olmayan bireylerde de kalp ve damar hastalığı oluşabileceği akıldan çıkmamalıdır (57).

Değiştirmenin olanaklı olmadığı risk faktörleri arasında ileri yaş, erkek cinsiyet ve ailede erken yaşta kalp ve damar hastalığı öyküsü olması sayılabilir. İlerleyen yaş ile beraber kalp ve damar hastalıkları geçirme riski artmaktadır. Erkeklerin, en azından menapoz öncesi kadınlardan daha fazla kalp ve damar hastalıkları riski taşıdıkları bilinmektedir. Değiştirilebilir kalp ve damar hastalıkları risk faktörleri arasında sigara kullanımı, aşırı alkol kullanımı, sağlıksız beslenme, aşırı tuz tüketimi, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, obezite, fiziksel aktivite azlığı ve stres gibi psikolojik nedenler sayılabilir. Dünya Sağlık Örgütü, tüm kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümlerinin dörtte üçünden fazlasının uygun yaşam tarzı değişiklikleri ile önlenebileceğini belirtmektedir (57).

2.5.4. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), akciğerlerdeki hava akımında görülen kronik ve yineleyen engellemelerin görüldüğü bir hastalık topluluğudur (58,59,60,61,62,63). Ana belirtileri nefes darlığı, öksürme ve balgam üretimidir (58,59,60,61,62). KOA'nın dört

ana tipi vardır: kronik bronşit, amfizem (emfizem), bronşiektazi ve bronşiyal astım (58,59,60,61,62). Solunum güçlüğü (dispne) ana bulgudur. Astımdaki solunum güçlüğü, hava kanallarının daralması; bronşiektazi ile, amfizem ise akciğerin elastik yapısının bozulması sonucu ortaya çıkar.

Tütün kullanımı hastalığın en temel nedeni olup hava kirliliği ve genetik gibi daha az etkili nedenleri de vardır (59,61). Gelişmekte olan ülkelerde, hava kirliliğinin en etkili nedenlerinden biri doğru havalandırılmamış yemek pişirme ve ısıtma ateşi dumanıdır. Bu tahriş edici şeylere uzun süreli maruz kalmalar, akciğerlerde enflamasyonlara neden olarak küçük hava yollarının daralmasına ve amfizem adı verilen doku parçalanmasına yol açar (62). Teşhis, zayıf hava akışını kontrol eden akciğer fonksiyon testleri ile anlaşılır (63). Astımdan farklı olarak, kronik bronşit, amfizem ve bronşiektazi hastalarında hava akışı herhangi bir ilaç yardımıyla belirgin bir şekilde düzelemez.

KOAH, bilinen nedenlere maruz kalınımı düşürerek önlenir. Bunlar arasında sigara içme oranlarını azaltmak ve iç/dış hava kalitesini yükseltmek gösterilebilir. KOAH tedavisi, sigarayı bırakma, aşılar, rehabilitasyon, düzenli aralıklarla solunum yoluyla alınan bronkodilatörler ve steroidler yoluyla sağlanır. Bazı insanlar, uzun süreli oksijen terapisi veya akciğer nakliyle belirgin iyileşmeler gösterebilir (62). Akut alevlenme atakları gösteren hastalarda, artan oranlarda ilaç ve hastane altında gözetim gerekebilir (61,64).

2015 itibarıyla KOAH dünyada 174,5 milyon insanı etkilemektedir ve bu sayı dünya nüfusunun %2,4'üne karşılık gelmektedir; özellikle 40 yaş üstü insanlarda görülür. Erkeklerde ve kadınlarda hemen hemen aynı oranlarda görülür (65). 1990 yılında 2,4 milyon kişinin ölümüne sebep olan KOAH, 2015 yılında 3,2 milyon insanın ölüm sebebi olmuştur (66). Bu ölümlerin %90'ı gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmiştir (65). Gelişmekte olan ülkelere sigara kullanımının giderek artması ve dünyadaki birçok ülkede yaşlı nüfus oranının artması sebebiyle KOAH sebepli ölüm oranlarının artması öngörülmektedir (67). Hastalığın 2010 yılında dünya çapında 2,1 trilyon dolarlık bir zarara yol açtığı tahmin edilmektedir (68).

2.5.5. Diğer kronik hastalıklar

Bunlar; peptik ülser, gastrit, irritabl barsak hastalığı, kronik kabızlık, karaciğer-safra kesesi hastalıkları gibi sindirim sistemi hastalıkları, epilepsi, parkinson, alzheimer, migren gibi nörolojik hastalıklar, depresyon, obsesif- kompulsif bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklar, sedef gibi cilt hastalıkları, glokom gibi göz hastalıkları ve meiner gibi kulak hastalıklarıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü sanat teknik birimlerinde yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Evreni

Araştırmanın evrenini, Ankara Devlet Opera ve Balesi teknik birimlerinde çalışan 19-64 yaş arası personelin tamamı oluşturmuştur. Tüm teknik ekibe araştırma hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü katılımları sağlanmıştır. Toplamda teknik birimde 152 kişi çalışmakta olup, 125'i erkek, 27'si kadındır.

3.3. Araştırma Evreninin Tanımlanması

3.3.1. Mesleki çalışma yerleri

Ankara Devlet Opera ve Balesi sanat teknik atölyeleri mesleki çalışma yerlerine göre; sahne altı- üretim atölyeleri ve sahne üstü- hizmet birimleri olarak iki grupta sınıflandırılmaktadır.

Sahne altı üretim atölyeleri; marangozhane, demirhane, kadın terzihane, erkek terzihane, bezleme-döşeme atölyesi, heykel-plastik atölyesi, şapka-çiçek atölyesi, butafor-süsleme atölyesi, kundura atölyesi, realizasyon atölyesi, dekor boya atölyesi, desinatör-grafikçiler, nota tertip atölyesi, kuru temizleme- boyama atölyesi ve elektrik atölyesinden oluşmaktadır.

Sahne üstü hizmet birimleri ise ışık atölyesi, sahne makinistleri atölyesi, aksesuar atölyesi, peruka atölyesi, mekanik atölyesi, bayan gardrop (kostüm giydirme) atölyesi, erkek gardrop atölyesi, ses atölyesi, fotoğraf atölyesi ve video prodüksiyon atölyesi biriminde çalışanlardan oluşmaktadır.

152 kişiden oluşan denek grubumuzdan; sahne altı -üretim atölyelerinde 70 kişi, sahne üstü- hizmet birimlerinde 82 kişi çalışmaktadır.

3.3.2. Mesleki risk grupları

Ankara Devlet Opera ve Balesi sanat teknik atölyeleri mesleki risk gruplarına göre 3 grupta tanımlanır.

Birinci grup toz maruziyetinin olduğu meslekler; marangoz, demirci, terzi, şapka-çiçekçi ve heykeltıraş olarak belirlenmiştir. Toza maruz kalan mesleklerde toplam çalışan sayısı 44'dür.

İkinci grup kimyasal maruziyetinin olduğu meslekler.; boyacı, bezlemeci, kuru temizlemeci, ayakkabıcı, perukacı ve butaforcu olarak belirlenmiştir. Toplamda 33 kişi kimyasallara maruz kalmaktadır.

Üçüncü grup fiziksel maruziyetinin olduğu meslekler; elektrikçi, ışıkçı, sahne makinisti, mekanikçi, aksesuarıcı, lütiyeci, gardropçu, seslendirmeci, grafikçi ve video prodüksiyoncu olarak belirlenmiştir. Fiziksel etkenlere maruz kalanların sayısı 75 kişidir.

3.4. Araştırma Tipi

Epidemiyolojik olarak tanımlayıcı özelliği olan bir müdahale araştırmasıdır.

3.5. Araştırma Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı değişkenler

Kronik hastalık oluşumunda etkili olan faktörler aşağıda sıralanmıştır.

1. Tütün kullanımının kronik hastalık oluşumuna etkisi
2. Alkol tüketiminin kronik hastalık oluşumuna etkisi
3. Beslenmenin kronik hastalık oluşumuna etkisi
4. Fiziksel aktivitenin kronik hastalık oluşumuna etkisi
5. Fiziksel ölçümlerin kronik hastalık oluşumuna etkisi
6. Diyetteki tuza yönelik bilgi, tutum, davranış değişimi
7. Kronik hastalıklar konusunda verilen eğitimin bilgi, tutum ve davranış üzerine etkinliği olarak tanımlanmıştır.

3.5.2. Bağımsız değişkenler

Kronik hastalıklar risk faktörü belirleme anketine göre bağımsız değişkenler; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum ve meslekleri gibi demografik veriler olarak tanımlanmıştır.

3.5.3. Araştırmanın kısıtlılıkları

1. Ankete katılan kişilerin okuma yazma ve anlama düzeyinin heterojen olması,
2. Anketi cevaplayan kişilerin sorulara cevap verirken gösterecekleri dürüstlük hali,
3. Anketi cevaplayan kişilerin hafıza durumu,
4. Yalnızca katılmaya istekli olanların yer almasıdır.

3.6. Veri kaynakları

Veri kaynaklarını yüz yüze uygulanan anket formları ile kurum iş yeri hekimliğinin sağlık kayıtları oluşturmuştur. Kurum iş yeri hekimliği bir doktor, bir diş hekimi ve üç hemşireden oluşmaktadır.

3.6.1. Anket formu

Verilerin toplanmasında kronik hastalık risk faktörü gözetimine yönelik T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirliği saptanan Dünya Sağlık Örgütü tarafında hazırlanan DSÖ STEPS Aracı Anketi kullanılmıştır (69,70). Adım 1, dört davranışsal risk faktörüne maruz kalmayı inceleyen anketin değerlendirilmesinden oluşmaktadır. Bunlar; tütün kullanımı, alkolün zararlı şekilde tüketimi, düşük meyve ve sebze tüketimi ve fiziksel inaktivite şeklindedir. Adım 2, yüksek kan basıncı ve obezite gibi biyolojik risk faktörlerine maruz kalmanın değerlendirilmesi için kan basıncı, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel ve kalça çevresi gibi fiziksel ölçümleri içermektedir. Anket bazı sorularda Türkiye’den gerekli örnekler verilip, düzeltmeler yapılarak, gerektiğinde bazı kelime ve sorular çıkarılarak kullanılmıştır (Ek-3).

3.6.2. Anketin ön denemesi

Anketin ön denemesi, araştırma verilerinin toplanmasından önce teknik birimlerdeki personel ile yapılmış ve veri formlarına son hali verilmiştir. Ön denemenin ardından yapılandırılmış anketler, 2018 Şubat-2019 Haziran aylarında teknik birim çalışanlarının yazılı aydınlatılmış onamlarının (Ek-3) alınmasından sonra araştırmacı tarafından yüz yüze anket uygulama tekniği ile uygulanmıştır. Bu anketler uygulanırken araştırmacı tarafından DSÖ’nün hazırlamış olduğu yönlendirici bilgi kartları kullanılmıştır.

3.7. Araştırmada Kullanılan Terimler Tanımlar İndeksler

3.7.1. Kan basıncı ölçümü

Kan basıncı ölçümü; hasta en az 5 dakika dinlendirildikten sonra aynı mekanik tansiyon aleti (Erka, yeşil manşon) ile sol koldan tansiyon ölçme tekniklerine uyularak araştırmacı tarafından ölçülmüştür.

3.7.2. Boy uzunluğu ve ağırlık

Boy ve ağırlık ölçümü; kurum makine mühendisi tarafından kalibrasyonu yapılmış aynı tartı – boy ölçer (Medika Plus™ marka) ile katılımcıların ayakkabı ve kıyafetleri çıkarılmadan araştırmacı tarafından yapılmıştır.

3.7.3. Beden kitle indeksi (BKİ) ve bel çevresi

Araştırmada Beden Kitle İndeksi (BKİ) ağırlığın boyun karesine bölünmesiyle hesaplanmıştır.

DSÖ standartlarına göre beden kitle indeksi 18,49 kg/m² ve altı zayıf, 18,50-24,99kg/m² değerleri arasında olan kişiler normal, 25- 29,99 kg/m² değerleri arasındaki kişiler kilolu, 30-40,00 kg/m² değerleri arasındaki kişiler şişman ve 40,00 kg/m² üstü kişiler ise morbid obez olarak kabul edilmektedir (9).

Bel çevresi ise; kadınlar için 88cm≤ ise normal bel, 88cm> ise geniş bel kabul edilmiştir. Erkekler için ise; 94cm≤ ise normal bel, 94cm> ise geniş bel olarak değerlendirilmiştir (9).

3.7.4. Sigara kullanım düzeyi

Sigara kullanım düzeyini belirlemek için önce: "Günde kaç adet sigara içiyorsunuz (SK12)" değerini "Sigaraya ilk kez kaç yaşında başladınız (SK11)" değerine bölerek yani "SK12/SK11"değerini elde edilmiştir. Eğer sonuç 1'den küçükse "Düşük", Eğer 1'den büyük ve eşit ve 1,5'ten küçük ise "Orta", eğer 1,5'ten büyük veya eşitse "Yüksek" düzey olarak belirlenmiştir (paydada bulunan yaş küçüldükçe sonuç büyür). Formüsel gösterim; SK12/SK11 <1 ise "Düşük", 1≤ SK12/SK11 <1,5 ise "Orta", SK12/SK11 ≥1,5 ise "Yüksek" şeklinde sınıflanmıştır (71).

3.7.5. Alkol kullanım düzeyi

Alkol kullanım düzeyini belirlemek için: "Ne sıklıkta alkol kullanıyorsunuz (ak16)" değeri ile "Alkol aldığımız günlerde genellikle kaç standart içki içersiniz (ak17)" değeri çarpılmıştır; yani $ak16 \times ak17 = ak16 \times 17$ değeri elde edilmiştir. Eğer $ak16 \times 17 = 0$ ise "alkol kullanmıyor", $0 < ak16 \times 17 \leq 6$ ise "Düşük", $6 < ak16 \times 17 \leq 12$ ise "Orta", $12 < ak16 \times 17 \leq 25$ ise "Yüksek" şeklinde sınıflanmıştır (71).

3.8. Araştırmanın İnsan Gücü

Araştırmanın tüm aşamaları araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

Anket formları ve ankette kullanılan bazı tanımlarla ilgili bir metin hazırlanmış, bu yönlendirmeler doğrultusunda anket formu yüz yüze görüşmeler ile doldurulmuştur. Ek insan gücü yardımı alınmamıştır.

3.9. Araştırmada Veri Toplama Biçimi

1. Aşama; DSÖ STEPS Aracı anketlerinin uygulanması sırasında araştırmacının kendisi tarafından boy, vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi ve kan basıncı ölçülmüştür.

2. Aşama; Eğitim uygulamasından hemen önce araştırmacı tarafından soruları hazırlanan, 10 soruluk, cevapları doğru ya da yanlış olan 'Kronik Hastalıklar Bilgi Düzey Saptama Formu' ön-testi (Ek 4) katılımcılara yazılı olarak uygulanmıştır. Her soru 10 puandır. En düşük 10, en yüksek 100 puan alınmaktadır. Sınav süresi 15 dakika olarak planlanmıştır.

3. Aşama; Araştırmacı tarafından teknik ekibe kronik hastalıkların tanımı ve kronik hastalıklardan korunma ile ilgili eğitim verilmiştir. Eğitim 36 slayttan oluşmaktadır (Ek 5). Eğitimde; kronik hastalığın tanımı, dünyada ve ülkemizde kronik hastalık görülme sıklığı, kronik hastalıklar olarak; kalp damar hastalıkları, diyabet, obezite, kanserler, solunum yolu hastalıkları, osteoporoz, depresyon ve Alzheimer hastalıkları ile ilgili risk faktörleri, erken tanı ve tedavi ile koruyucu hekimlik konularında bilgi verilmiştir.

152 kişilik gruba, kendi aralarında zaman, iş ve izin durumuna göre 22-23'şer kişilik gruplara bölünerek, benzer meslek grupları bir arada olmak üzere, 7 grupta test edilmiş power point slaytları ile araştırmacı tarafından kronik hastalık eğitimi verilmiştir.

Eğitim her grup için yarım saat sürmüştür. Eğitim esnasında yetişkin eğitiminin kurallarına dikkat edilmiştir. Eğitimler; Sanat Teknik Müdürlüğü ile iletişime geçilerek,

katılımcıların çalışma takvimlerinin uygun olduğu günlerde, orkestra-koro çalışma salonu veya ana sahnede uygunluk durumuna göre verilmiştir. İlk eğitim tarihi 23 Şubat 2018 olup, 7.grup ise 14 Nisan 2018’de eğitime alınmıştır. Kronik hastalık eğitimi 7 grup için yaklaşık 2 ay sürmüştür.

Eğitimde; kronik hastalığın tanımı, dünyada ve ülkemizde kronik hastalık görülme sıklığı, kronik hastalıklar olarak; kalp damar hastalıkları, diyabet, obezite, kanserler, solunum yolu hastalıkları, osteoporoz, depresyon ve Alzheimer hastalıkları ile ilgili risk faktörleri, erken tanı ve tedavi ile koruyucu hekimlik konularında bilgi verilmiştir.

4. Aşama; yapılan eğitim sonrası aynı gün içinde ön-testte kullanılan ‘Kronik Hastalıklar Bilgi Düzey Saptama Formu’ son-test olarak katılımcılara uygulanmıştır.

5. Aşama; araştırmacı ve konunun profesyonelleri tarafından özgün hazırlanmış, ön denemesi yapılmış el broşürleri eğitim esnasında dağıtılmıştır. A4 boyutunda, 6 bilgi hanesi içeren ‘Kronik Hastalıklarda Risk Faktörleri’ el broşürü araştırmacı tarafından ve konusunda uzman profesyonellerce geliştirilmiştir (Ek 6).

Broşürün kapağında risk faktörleri olarak; tütün kullanımı, alkol kullanımı, tuz tüketimi, kan basıncı düzeyi, kan şekeri düzeyi, beslenme durumu ve fiziksel aktivite ile ilgili bilgiler görsel olarak yer almıştır. Broşürün iç yüzünde de kronik hastalıklar ve korunma yöntemleri anlatılmıştır.

6. Aşama; eğitim sonrası atölyelere araştırmacı ve konunun profesyonelleri tarafından hazırlanan özgün, ön denemesi yapılmış görseli farklı, içeriği aynı beş poster geliştirilmiş ve çalışanların görebileceği yerlere asılmıştır (Ek 7). Posterlerin her birinde kronik hastalıklar açısından 7 risk faktörü bulunmaktadır. Bunlar; tütün kullanımı, alkol tüketimi, tuz tüketimi, kan basıncı düzeyi, kan şekeri düzeyi, beslenme durumu ve fiziksel aktivite şeklindedir. Dört çeşit posterde büyük harflerle slogana yer verilmiştir. Slogan; ‘Korun, Önlem Al, Yaşam Boyu Sağlıklı Kal’ şeklindedir. Bir posterde de ‘Farkındayız’ sloganı kullanılmıştır. Bu beş çeşit poster üç ayda bir atölyeler (marangozhane, demirhane, kadın-erkek terzihane, bezleme-döşeme atölyesi, heykel-plastik atölyesi, şapka-çiçek atölyesi, butafor-süsleme atölyesi, kundura atölyesi, realizasyon atölyesi, dekor-boya atölyesi, desinatör- grafikçiler, nota tertip atölyesi, kuru temizleme- boyama atölyesi, elektrik atölyesi, ışık atölyesi, sahne makinistleri atölyesi, aksesuar atölyesi, peruka atölyesi, mekanik atölyesi, bayan gardrop-kostüm giydirme atölyesi, erkek gardrop atölyesi, ses atölyesi, fotoğraf atölyesi ve video prodüksiyon atölyesi) arasında değiştirilmiştir. Böylelikle farklı posterlerin dikkat çekici

özelliklerinden yararlanılmıştır. Posterler kronik hastalıklara dair risk faktörlerini içerirken, el broşürü hem risk faktörlerini hem de korunma yöntemlerini içermektedir.

7. Aşama; Eğitimden 1 yıl sonra, eğitim etkinliğinin davranışa etkisi için durum değerlendirme çalışması yapılmıştır. Tutum ve davranış değişikliğini anlamak için araştırmacının kendisi tarafından 2. kez vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi ve kan basıncı tekrar ölçülmüştür.

3.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 25 bilgisayar paket programı kullanılarak, frekans ve yüzde dağılımlarının incelenmesi, araştırma grubuna ait değişkenlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlerinin karşılaştırılarak, ilişkilerin ki-kare testi ve bağımlı gruplarda t testi ile değerlendirilmesi yapılmıştır.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü ve İzinler

Tez çalışması insanlara bir eğitim müdahalesi içermektedir. Bu nedenle Başkent Üniversitesi Etik Kurulu'na başvurulmuş ve gerekli izin alınmıştır (Ek-1). Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli kurumsal iznin alınabilmesi amacıyla Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü ile gerekli resmi yazışmalar yapılmıştır (Ek-2).

3.12. Araştırmanın Maliyeti

Araştırmanın tüm harcamaları araştırmacının kendisi tarafından karşılanmıştır.

3.13. Araştırmanın Süresi (Takvimi)

Araştırma Eylül 2016- Aralık 2020 tarihleri arasında yürütülmüş ve tamamlanmıştır.

Zaman Çizelgesi:

- Araştırma konusunun belirlenmesi: Eylül 2016
- Literatür taraması: Kasım- Aralık 2016
- Araştırma önerisinin hazırlanması: Ocak 2017- Şubat 2017
- Ön Uygulama: Mart 2017
- Araştırmanın yapılması için gerekli izinlerin alınması: Nisan 2017
- Veri Toplaması: Mayıs 2017- Haziran 2019
- Veri giriş ve analizi: Temmuz 2019- Kasım 2019
- Araştırma raporunun hazırlanması: Aralık 2019- Aralık 2020

4. BULGULAR

Ankara Devlet Opera ve Balesi teknik bölümünde çalışan 152 kişinin sağlık durumlarının saptandığı ve kronik hastalıklara yönelik olarak yapılan eğitim programının etkisinin değerlendirildiği bu çalışmanın bulguları; araştırma grubunun demografik özellikleri, meslekleri, yaşam biçimleri, sağlık durumları, mesleki çalışma yerlerine (sahne altı-sahne üstü) demografik özellikleri, mesleki riskleri, yaşam biçimleri, sağlık durumları ve eğitim programının etkinliğini gösteren tablolar olarak sunulacaktır.

4.1. Araştırma Grubunun Tanıtımı

4.1.1. Demografik özellikleri

Tablo 1’de araştırma grubunun cinsiyet, yaş, eğitim ve medeni durumları ve eğitim durumları görülmektedir.

Tablo 4.1. Araştırma grubunun demografik özellikleri (Ankara, 2020)

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	27	18
	Erkek	125	82
	Toplam	152	100,00
Yaş Grupları (yeni)	30 yaş altı	8	5
	30- 49	101	67
	50 yaş ve üzeri	43	28
	Toplam	152	100,00
Eğitim Grupları (yeni)	İlkokul	4	3
	Orta ve lise	82	54
	Yüksekokul/üniversite	66	43
	Toplam	152	100,00
Medeni durum (yeniden gruplanmış)	Hiç evlenmemiş	18	12
	Evli	120	79
	Ayrılmış/boşanmış/dul	14	9
	Toplam	152	100,00

%82’si erkek, %18’i kadın olan araştırma grubunun %67’si 30-49 yaş grubunda, %28’i 50 yaş üzeri, %5’i 30 yaş altında idi. Eğitim düzeyleri ise %54’ü orta ve lise mezunu, %43’ü yüksek okul/üniversite, %3’ü ilkokul mezunu idi. Medeni durumlarına göre %79’u evli, %12’si hiç evlenmemiş, %9’u ayrılmıştı.

4.1.2. Meslek durumları

Tablo 2’de araştırma grubunun mesleki risk grupları ve mesleki çalışma yerlerine göre tanıtımı görülmektedir.

Tablo 4.2. Araştırma grubunun mesleklerine göre tanıtımı (Ankara, 2020)

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Mesleki Risk Grupları	Fiziksel	124	82
	Kimyasal	28	18
	Toplam	152	100,00
Mesleki Çalışma Yerleri	Sahne altı	70	46
	Sahne üstü	82	54
	Toplam	152	100,00

Araştırma grubunda iş risklerine göre dağılımına bakıldığında, fiziksel maruziyetin %82, kimyasal maruziyetin %18 olduğu, sahne üstünde ve altında çalışma durumlarına göre bakıldığında, sahne üstünde çalışanların %54, sahne altında çalışanların %46 olduğu görülmektedir.

4.1.3. Risk faktörleri

Tablo 4.3’de araştırma grubunun yaşam biçimlerine göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 4.3. Araştırma grubunun yaşam biçimlerinin tanıtımı (Ankara, 2020)

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara Kullanma Durumu	Hayır	43	28
	Düzenli	72	47
	Ara sıra	4	3
	Bırakmış	33	22
Alkol Kullanma Durumu	Hiç	82	53,95
	Ayda 1 veya daha az	42	27,63
	Ayda 2-4 kez	21	13,82
	Haftada 2-3 kez	6	3,95
	Haftada 4 veya daha fazla	1	0,66
Yemeğe Tuz Ekleme Durumu	Her zaman	145	95
	Sık sık	0	0,00
	Nadiren	3	2
	Hiçbir zaman	4	3
Egzersiz Yapma Durumu	Egzersiz yapmıyor	74	49
	Ara sıra	13	8
	Haftada en az 3 gün yürüyüş	55	36
	Haftada en az 3 gün koşma	10	7
	Toplam	152	100,00

Araştırma grubunun %47'sinin düzenli olarak sigara içmekte olduğu, %22'sinin bıraktığı, %3'ünün ara sıra kullandığı, %28'inin hiç içmediği görülmüştür.

Alkol kullanma durumuna göre; %54'ünün hiç kullanmadığı, %4'ünün haftada 2-3 kez, %14'ünün ayda 2 ila 4 kez, %28'inin ayda 1 ya da daha az, %0,66'sının haftada 4 ya da daha fazla kullandığı görülmüştür.

Tuz kullanma durumuna bakıldığında; %95'inin yemekte sürekli tuz kullandığı, %3'ünün hiç kullanmadığı görülmüştür.

Araştırma grubunun egzersiz yapma durumuna bakıldığında %49'unun hiçbir egzersizi yapmadığı, %36'sının haftada en az 3gün yürüme, %7'sinin haftada en az 3 gün koşma, %8'inin ara sıra egzersiz yaptığı öğrenildi.

4.1.4. Sağlık durumu

Tablo 4.4'de araştırma grubunun sağlık durumlarının tanıtımı görülmektedir.

Tablo 4.4. Araştırma grubunun sağlık durumlarının tanıtımı (Ankara, 2020)

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kan Basıncı Durumu	Yüksek	31	20
	Normal	121	80
	Toplam	152	100,00
Hipertansiyon İçin İlaç Alma Durumu	Evet	15	48
	Hayır	16	52
	Toplam	31	100,00
Diyabet Durumu	Evet	11	10
	Hayır	96	90
	Toplam	107	100,00
Diyabet İçin İlaç Alma Durumu	Evet	8	73
	Hayır	3	27
	Toplam	11	100,00
Bel çevresi durumu (İlk ölçüm)	Normal bel	58	38,16
	Geniş bel	94	61,84
	Toplam	152	100,00
Beden Kitle İndeksi (İlk ölçüm)	Normal	39	25,66
	Fazla Kilo	68	44,74
	Obez (Şişman)	44	28,95
	Morbit obez (Aşırı şişman)	1	0,66
	Toplam	152	100,00

Araştırma grubunun %5'inin hiç kan basıncını ölçtürmediği görülmüş, %20'sinin kan basıncının yüksek olduğu, %80'inin kan basıncının normal olduğu saptanmıştır. Tansiyonu yüksek olanların %48'i ilaç alırken, %52'sinin hiçbir ilaç almadığı saptanmıştır. %90'ına tuz alımını azaltma, %58'ine kilo verme önerilmiştir.

Araştırma grubunun %10'unun kan şekerinin yüksek olduğu, %90'ının normal olduğu, diyabetik olanların %9'u insülin tedavisi almakta, %73'ü ilaç kullanmakta ve %100'ü diyet yapmaktadır. %81'ine kilo kaybetmesi, %36'sına sigarayı bırakması, %90'ına egzersiz yapması önerilmiştir.

4.2. Araştırma Grubunun Sahne Altı ve Sahne Üstü Çalışanlarına Göre Tanıtımı

4.2.1. Demografik özellikleri

Tablo 4.5'de araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının cinsiyet, yaş grupları, medeni durum ve eğitim gruplarına göre durumları görülmektedir.

Tablo 4.5. Araştırma grubunun çalışma yerine göre demografik özellikleri (Ankara, 2020)

Demografik Özellikler	Çalışma Yeri				Toplam	
	Sahne Altı		Sahne Üstü		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kadın	16	22,86	11	13,41	27	41,04
Erkek	54	77,14	71	86,59	125	58,96
Toplam*	70	100	82	100	152	100
Yaş Grupları						
30 yaş altı	1	1,43	7	8,54	8	5,26
30-49	47	67,14	54	65,85	101	66,44
50 yaş ve üzeri	22	31,43	21	25,61	43	28,30
Toplam*	70	100	82	100	152	100
Medeni Durum						
Hiç evlenmemiş	6	8,57	12	14,63	18	11,84
Evli	57	81,43	63	76,83	120	78,95
Ayrılmış/boşanmış/dul	7	10	7	8,54	14	9,21
Toplam*	70	100	82	100	152	100
Eğitim Grupları						
İlkokul	4	5,71	0	0,00	4	2,63
Orta ve Lise	34	48,57	48	58,54	82	53,95
Yüksekokul/Üniversite	32	45,71	34	41,46	66	43,42
Toplam*	70	100	82	100	152	100

*Satrı yüzdesidir, diğerleri kolon yüzdesidir.

Kadınların %23'ü, erkeklerin %77'si sahne altında çalışmaktadır. Sahne üstünde çalışanların %66'sı 30-49 yaş aralığındadır, sahne altı çalışanların %67'si 30-49 yaş aralığındadır. Medeni durumlarına göre sahne altının %81,5'i evli, %10'u ayrılmış, %8,5'i hiç evlenmemiş idi. Sahne üstünün ise %77'si evli, %15'i hiç evlenmemiş ve %8'i ayrılmış idi. Eğitim düzeyleri ise sahne altının %48'i orta ve lise mezunu, %46'sı yüksekokul/üniversite, %6'sı ilkokul mezunudur. Sahne üstünün %58,6'sı orta ve lise mezunu, %41,4'ü yüksek okul/üniversite mezunudur.

4.2.2. Mesleki maruziyet durumları

Tablo 4.6'da araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarına göre mesleki maruziyet durumları görülmektedir.

Tablo 4.6. Araştırma grubunun sahne üstü ve sahne altı çalışanlarına göre mesleki maruziyet durumları (Ankara, 2020)

Çalışma Yeri		Meslek Grupları							
		Toz maruziyeti olanlar (Fiziksel)		Toz maruziyeti olmayanlar (Fiziksel)		Kimyasal maruziyeti olanlar		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
	Sahne altı*	43	61,43	7	10,00	20	28,57	70	100,00
	Sahne üstü*	30	36,59	44	53,66	8	9,76	82	100,00
	Toplam*	73	48,03	51	33,55	28	18,42	152	100,00

*sattır yüzdesidir.

Tablo 4.6'da araştırma grubunun sahne üstü ve sahne altı çalışanlarına göre mesleki maruziyet durumlarına bakıldığında; sahne altında kimyasal maruziyetin %28,5, toz maruziyetinin %61,5 ve fiziksel maruziyetin %10 olduğu tespit edilmiştir. Sahne üstünde ise, fiziksel maruziyetin %53,5, toz maruziyetinin %36,5 ve kimyasal maruziyetin %10 olduğu bulunmuştur.

4.2.3. Sahne altı ve sahne üstü çalışanların yaşam biçimleri

Tablo 4. 7'de araştırma grubunun sigara kullanma düzeyine göre sahne üstü ve sahne altı çalışanlarının yaşam biçimlerine göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 4.7. Araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının sigara kullanma düzeyine göre dağılımı (Ankara, 2020)

		Sigara kullanma düzeyi (Gruplanmış)									
		Sigara kullanmıyor		Düşük		Orta		Yüksek		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışma Yeri	Sahne altı	39	55,71	15	21,43	11	15,71	5	7,14	70	100,00
	Sahne üstü	36	43,90	25	30,49	18	21,95	3	3,66	82	100,00
	Toplam	75	49,34	40	26,32	29	19,08	8	5,26	152	100,00

Sahne altı çalışanların %44'ü, sahne üstü çalışanların %56'sı sigara içmektedir. Bu yüksek bir orandır. Sahne altınının %21'i düşük, %16'sı orta ve %7'si yüksek düzeyde sigara içmektedir. Sahne üstünün ise %30'u düşük, %22'si orta ve %4'ü yüksek düzeyde sigara tüketmektedir.

Tablo 4.8'de araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının alkol tüketim düzeyine göre dağılımı görülmektedir

Tablo 4.8. Araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının alkol tüketim düzeyine göre dağılımı (Ankara, 2020)

		Alkol tüketim düzeyi (Gruplanmış)									
		Kullanmıyor		Düşük		Orta		Yüksek		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışma Yeri	Sahne altı	44	62,86	25	35,71	1	1,43	0	0,00	70	100,00
	Sahne üstü	38	46,34	40	48,78	4	4,88	0	0,00	82	100,00
	Toplam	82	53,95	65	42,76	5	3,29	0	0,00	152	100,00

Sahne altı çalışanların %63'ünün ve sahne üstü çalışanların %46'sının hiç alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Sahne altınının %36'sı düşük düzeyde ve %1'i orta düzeyde alkol kullanırken, sahne üstünün %49'u düşük ve %5'i orta düzeyde alkol tüketmektedir. Her iki grupta da yüksek düzeyde alkol tüketene rastlanmamıştır.

Tablo 4.9’da araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının yemeklerine tuz ekleme durumuna göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 4.9. Araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının yemeklerine tuz ekleme durumuna göre dağılımı (Ankara, 2020)

		Yemeklerine tuz ekleme durumu									
		Her zaman		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışma Yeri	Sahne altı	13	18,57	32	45,71	11	15,71	14	20,00	70	100,00
	Sahne üstü	11	13,41	34	41,46	10	12,20	27	32,93	82	100,00
	Toplam	24	15,79	66	43,42	21	13,82	41	26,97	152	100,00

Sahne altı çalışanların %80’i ve sahne üstü çalışanların %67’si yemeklerine tuz eklediklerini belirtmişlerdir. Sahne altı çalışanların %18’i her zaman, %46’sı bazen ve %16’sı nadiren yemeklerine tuz eklerken, sahne üstü çalışanların %13’ü her zaman, %42’si bazen ve %12’si nadiren yemeklerine tuz eklemektedir.

Tablo 4.10’da araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının fizik egzersiz yapma durumu görülmektedir.

Tablo 4.10. Araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının fizik egzersiz yapma durumu (Ankara, 2020)

		Fizik Egzersiz Yapma Durumu									
		Hiç		Ara sıra		Hafif Aktivite		Ağır Aktivite			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışma Yeri	Sahne altı	33	47,14	3	4,29	31	44,29	3	4,29	70	100,00
	Sahne üstü	41	50,00	10	12,20	24	29,27	7	8,54	82	100,00
	Toplam	74	48,68	13	8,55	55	36,18	10	6,58	152	100,00

Sahne altı çalışanların %47’sinin ve sahne üstü çalışanların %50’sinin hiç spor/ fizik egzersiz yapmadığı görülmektedir. Sahne altının %44’ü ve sahne üstünün %29’u haftada en az 3 gün en az yarım saat yürüyüş (hafif aktivite) yapmaktadır. Sahne altının %4’ü ve sahne

üstünün %12'si halen ara sıra spor veya fizik egzersiz yaptığını söylemiştir. Haftada en az 3 gün en az yarım saat koşma (ağır aktivite) gibi aktiviteleri ise sahne altının %4'ü ve sahne üstünün %8,5'i yapmaktadır.

4.2.4. Araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının sağlık durumlarının değerlendirilmesi

Tablo 4.11'de araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının hipertansiyon durumlarının dağılımı görülmektedir

Tablo 4.11. Araştırma-grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının hipertansiyon durumlarının tanıtımı (Ankara, 2020)

		Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)					
		Yüksek tansiyon var		Yüksek tansiyon yok		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışma Yeri	Sahne altı	11	15,71	59	84,29	70	100
	Sahne üstü	21	25,61	61	74,39	82	100
	Toplam	32	21,05	120	78,95	152	100

Sahne altı çalışanların %16'sında hipertansiyon varken, sahne üstü çalışanların %26'sında yüksek tansiyon vardır. Bu farkın sahne üstünde çalışanlarda stres katsayısının daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. İstatistiksel olarak sahne altı ve sahne üstü çalışanlarda hipertansiyon görülmesi bakımından fark yoktur (Fisher testi $p=0,164$, $p>0,05$).

Tablo 4.12. Araştırma grubunun sahne altı çalışanlarının hipertansif olma durumları ile sigara kullanma düzeyleri (Ankara, 2020)

Sahne Altı		Sigara kullanma düzeyi (Gruplanmış)									
		Sigara kullanmıyor		Düşük		Orta		Yüksek		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)	Yüksek tansiyon var	6	54,55	2	18,18	2	18,18	1	9,09	11	100,00
	Yüksek tansiyon yok	33	55,93	13	22,03	9	15,25	4	6,78	59	100,00
	Toplam	39	55,71	15	21,43	11	15,71	5	7,14	70	100,00

Sahne altı denek grubunun hipertansiyonu olanların %55'i sigara içmezken, %18'i düşük, %18'i orta ve %9'u yüksek seviyede sigara kullanmaktadır. Sahne altı denek grubunun hipertansiyonu olmayanlarının ise %56'sı sigara içmezken, %21'i düşük, %16'i orta ve %7'si yüksek düzeyde sigara içmektedir.

Tablo 4.13. Araştırma-grubunun sahne altı çalışanlarının hipertansif olma durumları ile alkol kullanma düzeyleri (Ankara, 2020)

Sahne Altı		Alkol alma düzeyi (Gruplanmış)									
		Kullanmıyor		Düşük		Orta		Yüksek		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)	Yüksek tansiyon var	6	54,55	5	45,45	0	0,00	0	0,00	11	100,00
	Yüksek tansiyon yok	38	64,41	20	33,90	1	1,69	0	0,00	59	100,00
	Toplam	44	62,86	25	35,71	1	1,43	0	0,00	70	100,00

Araştırma grubunun sahne altı çalışanlarının hipertansif olanlarının %54,5'i alkol kullanmazken, %45,5'i düşük düzeyde alkol kullanmaktadır. Hipertansif olmayanların %64'ü alkol kullanmazken, %34'ü düşük, %2'si orta düzeyde alkol kullanmaktadır.

Tablo 4.14. Araştırma grubunun sahne altı çalışanlarının hipertansif olma durumları ile fizik egzersiz yapma durumları (Ankara, 2020)

Sahne Altı		Spor ya da fizik egzersiz yapıyor musunuz?									
		Hiç		Ara sıra		Hafif Aktivite		Ağır Aktivite		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)	Yüksek tansiyon var	5	45,45	0	0,00	5	45,45	1	9,09	11	100,00
	Yüksek tansiyon yok	28	47,46	3	5,08	26	44,07	2	3,39	59	100,00
	Toplam	33	47,14	3	4,29	31	44,29	3	4,29	70	100,00

Araştırma grubunun sahne altı çalışanlarının hipertansif olanlarının %45,5'i hiç spor/fizik egzersiz yapmazken, %45,5'i haftada en az 3 gün en az yarım saat yürüyüş, %9'u haftada en az 3gün en az yarım saat koşma yapmaktadır. Hipertansiyonu olmayanlara bakıldığında; %48'i hiç spor/fizik egzersiz yapmazken, %5'i ara sıra, %44'ü haftada en az

3 gün en az yarım saat yürüyüş ve %3'ü haftada en az 3 gün en az yarım saat koşma yapmaktadır.

Tablo 4.15. Araştırma grubunun sahne üstü çalışanlarının hipertansif olma durumları ile sigara kullanma düzeyleri (Ankara, 2020)

Sahne Üstü		Sigara kullanma düzeyi (Gruplanmış)									
		Sigara kullanmıyor		Düşük		Orta		Yüksek		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)	Yüksek tansiyon var	10	47,62	5	23,81	4	19,05	2	9,52	21	100,00
	Yüksek tansiyon yok	26	42,62	20	32,79	14	22,95	1	1,64	61	100,00
	Toplam	36	43,90	25	30,49	18	21,95	3	3,66	82	100,00

Araştırma grubunun sahne üstü çalışanlarının hipertansif olanlarının sigara kullanma düzeyine bakıldığında; %48'inin sigara kullanmadığı, %24'ünün düşük, %19'unun orta ve %9'unun yüksek düzeyde sigara kullandığı saptanmıştır. Yüksek tansiyonu olmayan grupta ise; %42'sinin sigara kullanmadığı, %33'ünün düşük, %23'ünün orta ve %2'sinin yüksek düzeyde sigara kullandığı saptanmıştır.

Tablo 4.16. Grubunun sahne üstü çalışanlarının hipertansif olma durumları ile alkol kullanma düzeyleri (Ankara, 2020)

Sahne Üstü		Alkol alma düzeyi (Gruplanmış)									
		Kullanmıyor		Düşük		Orta		Yüksek		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)	Yüksek tansiyon var	11	52,38	7	33,33	3	14,29	0	0,00	21	100,00
	Yüksek tansiyon yok	27	44,26	33	54,10	1	1,64	0	0,00	61	100,00
	Toplam	38	46,34	40	48,78	4	4,88	0	0,00	82	100,00

Araştırma grubunun sahne üstü çalışanlarının hipertansif olanlarının alkol kullanma düzeyine bakıldığında; %53'ünün alkol kullanmadığı, %33'ünün düşük, %14'ünün orta düzeyde alkol kullandığı saptanmıştır. Yüksek tansiyonu olmayanlara bakıldığında;

%44'ünün kullanmadığı, %54'ünün düşük, %2'sinin orta düzeyde alkol kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.17. Araştırma grubunun sahne üstü çalışanlarının hipertansif olma durumları ile fizik egzersiz yapma durumu dağılımı (Ankara, 2020)

Sahne Üstü		Spor ya da fizik egzersiz yapıyor musunuz?									
		Hiç		Ara sıra		Hafif Aktivite		Ağır Aktivite		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)	Yüksek tansiyon var	10	47,62	0	0,00	9	42,86	2	9,52	21	100,00
	Yüksek tansiyon yok	31	50,82	10	16,39	15	24,59	5	8,20	61	100,00
	Toplam	41	50,00	10	12,20	24	29,27	7	8,54	82	100,00

Araştırma grubunun sahne üstü çalışanlarının hipertansif olanlarının fizik egzersiz yapma durumuna bakıldığında; %48'inin hiç spor/fizik egzersiz yapmadığı, %43'ünün haftada en az 3 gün en az yarım saat yürüyüş, %9'unun haftada en az 3 gün en az yarım saat koşma yaptığı belirlenmiştir. Yüksek tansiyonu olmayanlara bakıldığında; %51'inin hiç spor/fizik egzersiz yapmadığı, %16'sının halen ara sıra spor/fizik egzersiz yaptığı, %25'inin haftada en az 3 gün en az yarım saat yürüyüş, %8'inin haftada en az 3 gün en az yarım saat koşma yaptığı belirlenmiştir.

Tablo 4.18. Araştırma grubunun hipertansif olma durumları ile yemeklere tuz ekleme durumu dağılımı (Ankara, 2020)

Sahne Üstü		Yemeklerinize ne kadar tuz ekliyorsunuz?									
		Her zaman		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)	Yüksek tansiyon var	2	6,25	13	40,63	8	25,00	9	28,13	32	100,00
	Yüksek tansiyon yok	22	18,33	53	44,17	13	10,83	32	26,67	120	100,00
	Toplam	24	15,79	66	43,42	21	13,82	41	26,97	152	100,00

Araştırma grubunun hipertansif olanlarının yemeklere tuz ekleme durumuna baktığımızda; yüksek tansiyonu olanların %6'sının her zaman, %41'inin bazen ve %25'inin nadiren ve %28'inin hiçbir zaman yemeklere tuz eklediğini görüyoruz. Yüksek tansiyonu olmayan grupta ise %18'i her zaman, %44'ü bazen, %11'i nadiren ve %27'si hiçbir zaman yemeklere tuz eklemektedir.

Tablo 4.19. Araştırma grubunun hipertansif olma durumu ile bel çevresi durumu dağılımı (Ankara, 2020)

		Bel çevresi durumu (İlk ölçüm)					
		Normal bel		Geniş bel		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)	Yüksek tansiyon var	10	31,25	22	68,75	32	100
	Yüksek tansiyon yok	48	40,00	72	60,00	120	100
	Toplam	58	38,16	94	61,84	152	100

Araştırma grubunun hipertansif olanlarının bel çevresi durumuna bakıldığında; normal bel %31 ve geniş bel %69 bulunmuştur. Yüksek tansiyonu olmayanlarda ise; normal bel %40 ve geniş bel %60 görülmüştür.

Tablo 4.20. Araştırma grubunun hipertansif olma durumu ile beden kitle indeksi durumu dağılımı (Ankara, 2020)

		Beden Kitle İndeksi (İlk ölçüm)									
		Normal		Fazla Kilo		Obez (Şişman)		Morbid obez (Aşırı şişman)		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)	Yüksek tansiyon var	7	21,88	13	40,63	12	37,50	0	0,00	32	100,00
	Yüksek tansiyon yok	32	26,67	55	45,83	32	26,67	1	0,83	120	100,00
	Toplam	39	25,66	68	44,74	44	28,95	1	0,66	152	100,00

Araştırma grubunun hipertansif olanlarının beden kitle indeksine baktığımızda; yüksek tansiyonu olanların %22'sinin normal, %40,5'inin fazla kilolu ve %37,5'inin obez olduğu tespit edilmiştir. Yüksek tansiyonu olmayanlarda ise bu oran; %26,5'i normal, %46'sı fazla kilolu, %26,5'i obez ve %1'i morbid obez şeklindedir.

Tablo 4.21. Araştırma grubunun sahne altı ve sahne üstü çalışanlarının diyabet tanısı alma durumlarının tanıtımı (Ankara, 2020)

		Diyabet Olma Durumu							
		Bilgisi olmayanlar		Evet		Hayır		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışma Yeri	Sahne altı	25	35,71	7	10,00	38	54,29	70	100,00
	Sahne üstü	20	24,39	4	4,88	58	70,73	82	100,00
	Toplam	45	29,61	11	7,24	96	63,16	152	100,00

Sahne altı çalışanların %10'unda diyabet varken, sahne üstü çalışanların %5'inde diyabet vardır. Denek grubunun sahne altında %36'sı ve sahne üstünde %24'ü hiç kan şekere baktırmamıştır ve bu konuda fikri yoktur.

Tablo 4.22. Araştırma grubunun diyabetik olma durumu ile bel çevresi durumu dağılımları (Ankara, 2020)

		Bel çevresi durumu (İlk ölçüm)					
		Normal bel		Geniş bel		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Diyabet Olma Durumu	Evet	2	18,18	9	81,82	11	100,00
	Hayır	38	39,58	58	60,42	96	100,00
	Toplam	40	37,38	67	62,62	107	100,00

Araştırma grubunun diyabetik olanlarının bel çevresi durumuna bakıldığında; %18'inin normal bele sahip olduğu, %82'sinin geniş bele sahip olduğu tespit edilmiştir. Araştırma grubunun diyabetik olmayanların bel çevresi durumuna bakıldığında; %38'inin normal bele sahip olduğu, %58'inin geniş bele sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.23. Araştırma grubunun diyabetik olma durumu ile beden kitle indeksi durumu dağılımları (Ankara, 2020)

		Beden Kitle İndeksi (İlk ölçüm)									
		Normal		Fazla Kilo		Obez (Şişman)		Morbit obez (Aşırı şişman)		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Diyabet Olma Durumu	Evet	1	9,09	5	45,45	5	45,45	0	0,00	11	100,00
	Hayır	27	28,13	41	42,71	27	28,13	1	1,04	96	100,00
	Toplam	28	26,17	46	42,99	32	29,91	1	0,93	107	100,00

Araştırma grubunun diyabetik olanlarının beden kitle indeksi durumuna bakıldığında; diyabetik olanların %9'unun normal, %45,5'inin fazla kilolu ve %45,5'inin şişman (obez) olduğu tespit edilmiştir. Diyabetik olmayanlarda ise; %28'i normal, %43'ü fazla kilolu, %28'i şişman ve %1'i aşırı şişmandır.

4.3. Eğitimlerin Etkinliği

Tablo 4.24. Araştırma grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası sınav değerlendirilmesi (Ankara, 2020)

	Eğitim Öncesi M ± Sd	Eğitim Sonrası M ± Sd	p
Sahne Altı n=70	9,38 0,93	9,65 0,73	0,004
Sahne Üstü n=82	9,14 1,05	9,60 0,97	0,000

Sahne altı ve sahne üstü denek grubunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası sınav sonuçlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık izlenmektedir ($p<0,05$). Bu farklılık sahne üstünde çok daha anlamlıdır. Eğitimin katkısı sahne üstü grupta çok daha fazla olmuştur.

Tablo 4.25. Araştırma grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası sistolik kan basıncı durumu (Ankara, 2020)

Sistolik Kan Basıncı (SKB)	Eğitim Öncesi SKB M ± Sd	Eğitim Sonrası SKB M ± Sd	p
Sahne Altı (n=70)	114,86 13,26	114,28 14,89	0,711
Sahne Üstü (n=82)	117,92 16,90	112,56 16,46	0,001

Sahne altı ve sahne üstü denek grubunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası sistolik kan basıncı değerlerine bakıldığında; sahne üstünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık izlenmektedir ($p<0,05$). Sahne altında ise anlamlı bir farklılık çıkmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.26. Araştırma grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası diastolik kan basıncı durumu (Ankara, 2020)

Diastolik Kan Basıncı (DKB)	Eğitim Öncesi DKB M ± Sd	Eğitim Sonrası DKB M ± Sd	p
Sahne Altı (n=70)	72,71 10,48	70,85 9,43	0,129
Sahne Üstü (n=82)	72,43 10,83	70,73 12,35	0,109

Araştırma grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası diastolik kan basıncı durumuna bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p>0,05$). Eğitimin diastolik kan basıncına etki ettiği söylenemez.

Tablo 4.27. Araştırma grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası ağırlık durumu (Ankara, 2020)

	Eğitim Öncesi Ağırlık M ± Sd	Eğitim Sonrası Ağırlık M ± Sd	p
Sahne Altı (n=70)	83,25 17,80	82,21 17,83	0,011
Sahne Üstü (n=82)	84,76 16,05	84,27 15,90	0,113

Sahne altı ve sahne üstü çalışma grubunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası ağırlık durumu incelendiğinde; sahne altına istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p<0,05$). Eğitimin sahne altı grubun kilo vermesinde olumlu etkisi olmuştur. Sahne üstünde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmamıştır.

Tablo 4.28. Araştırma grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası bel çevresi durumu (Ankara, 2020)

	Eğitim Öncesi BÇ M ± Sd	Eğitim Sonrası BÇ M ± Sd	p
Sahne Altı (n=70)	97,27 11,83	96,66 12,35	0,164
Sahne Üstü (n=82)	98,73 12,28	97,09 13,42	0,001

Sahne altı ve sahne üstü çalışma grubunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası bel çevresi durumu incelendiğinde; sahne üstünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık çıkmaktadır ($p<0,05$). Sahne altında ise anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.29. Araştırma grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası beden kitle indeksi dağılımı (Ankara, 2020)

Beden Kitle İndeksi (İlk lm)	Normal	39	25,66
	Fazla Kilo	68	44,74
	Obez (Şişman)	44	28,95
	Morbit obez (AŞırı şişman)	1	0,66
	Toplam	152	100,00
Beden Kitle İndeksi (İkinci lm)	Normal	41	26,97
	Fazla Kilo	70	46,05
	Obez (Şişman)	38	25,00
	Morbit obez (AŞırı şişman)	3	1,97
	Toplam	152	100,00

Araştırma grubunun beden kitle indekslerine baktığımızda; eğitim sonrası normal kilolu sayısının 39'dan 41'e çıktığı görülmektedir. Obez sayısı da 44'den 38'e inmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık çıkmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Kronik hastalıklar, kişiye ve topluma ekonomik ve sosyal yükü fazla olan hastalıklar olduğundan bu hastalıkların kontrolüne yönelik sağlık politikalarına ve etkin girişimlere gereksinim vardır. Kronik hastalıklar ve risk faktörleri konusunda var olan bilimsel bilgi ve deneyimler ülkelerin olanaklarıyla birleştirilerek uygulamaya dönüştürülürse hastalıkların topluma olan yükü önemli ölçüde azaltılabilir.

Hipertansiyon, Koroner Arter Hastalığı (KAH), kronik akciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, diyabet vb. kronik hastalığı olanlar da diğer hassas gruplar gibi çalışma yaşamında özel olarak gözetilmesi gereken gruplardandır. Kronik hastalığı olanların işe giriş muayenesinde sağlık durumlarına uygun bir işe yerleştirilmesi ve bunun sürdürülmesi önemlidir.

Bu araştırma, Ankara Devlet Opera ve Balesi teknik birimlerinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, Ankara Devlet Opera ve Balesi teknik birimlerinde çalışan 19- 64 yaş arası personelin tamamı oluşturmuştur. Kesitsel olarak yapılan çalışmanın bulguları araştırmanın amaçlarına göre sunulmuştur.

5.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Bilgileri

Araştırma kapsamına alınan teknik birimde 125'i erkek, 27'si kadın olmak üzere 152 kişi çalışmaktadır. %82'si erkek, %18'i kadın olan araştırma grubunun %67'si 30-49 yaş grubunda, %28'i 50 yaş üzeri, %5'i 30 yaş altında idi. Türkiye ortalaması ile karşılaştırıldığında araştırma grubunun eğitim düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. İlkokul mezunu %3 'dür. %54'ü orta ve lise mezunu, %43'ü yüksekokul/üniversite eğitimi görmüştür (69). Medeni durumlarına göre %79'u evli, %12'si hiç evlenmemiş, %9'u ayrılmıştı.

Ankara Devlet Opera ve Balesi sanat teknik atölyeleri mesleki çalışma yerlerine göre; sahne altı- üretim atölyeleri ve sahne üstü- hizmet birimleri olarak sınıflandırılır. Sahne altı- üretim atölyelerinde 70 kişi (%46) çalışırken, sahne üstü- hizmet birimlerinde 82 kişi (%54) çalışmaktadır.

Sahne altı üretim atölyeleri; marangozhane, demirhane, kadın terzihane, erkek terzihane, bezleme- döşeme atölyesi, heykel- plastik atölyesi, şapka- çiçek atölyesi, butafor- süsleme atölyesi, kundura atölyesi, realizasyon atölyesi, dekor- boya atölyesi, desinatör-

grafikçiler, nota tertip atölyesi, kuru temizleme- boyama atölyesi ve elektrik atölyesinden oluşmaktadır. Sahne üstü hizmet birimleri ise ışık atölyesi, sahne makinistleri atölyesi, aksesuar atölyesi, peruka atölyesi, mekanik atölyesi, bayan gardrop (kostüm giydirme) atölyesi, erkek gardrop atölyesi, ses atölyesi, fotoğraf atölyesi ve video prodüksiyon atölyesi biriminde çalışanlardan oluşmaktadır.

İş risklerine göre dağılımına bakıldığında fiziksel maruziyetin %82, kimyasal maruziyetin ise %18 olduğu tespit edilmiştir.

5.2. Araştırma Grubunun Yaşam Biçimlerinin Tanıtımı

Türkiye’de yetişkinlerde tütün kullanım oranı erkeklerde %44,1, kadınlarda %14’dür. Toplam erişkin nüfusun %28,5’i tütün kullanmaktadır (73). Araştırma grubunun tütün içme durumu değerlendirildiğinde; tütün kullanmayanların oranı %28 olup, tütün kullananların oranı %47’si düzenli olmak üzere %72’dır. Bu durum Türkiye ortalamasının üzerindedir. Türkiye’de 2013 yılında yapılan ‘Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması’na göre katılımcıların %8’i ayda bir, %3’ü ayda 2-4 kez, %2’si daha sık olarak, toplamda %13’ü alkol kullanmaktadır (5). Denek grubumuzda da alkol kullanımı Türkiye ortalamasının çok üstünde olup; %28’i ayda bir veya daha az, %13,82’si ayda 2-4 kez, %4’ü daha sık olarak alkol tüketmektedir.

Türkiye’de yemeğin tadına bakmadan tuz atma %19,5 iken, denek grubunda %95’dir (73). Bu durum Türkiye ortalamasının çok üstündedir.

Türk toplumunda fiziksel aktivite düzeyinin yetersiz olduğu Sağlık Bakanlığı tarafından 30 yaş üstü 15468 kişi üzerinde yapılan ‘Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Araştırması’nda düzenli olarak fiziksel aktivite yapanların %3,5 düzeyinde olduğu saptanmıştır. Ulusal Hane Halkı Araştırması’na göre ise %20’sinin hareketsiz yaşadığı, %16’sının yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yaptığı görülmüştür. 2014 WHO Kronik Hastalıklar Global Durum Raporu’na göre erkeklerde %54,5, kadınlarda %61,1 yetersiz fiziksel aktivite saptanmıştır (73). Bu çalışmada, çalışma grubunun egzersiz yapma durumuna bakıldığında; %49’unun hiçbir egzersiz yapmadığı, %36’sının haftada en az 3 gün yürüme, %7’sinin haftada en az 3 gün koşma, %8’inin ara sıra egzersiz yaptığı öğrenilmiştir.

5.3. Araştırma Grubunun Sağlık Durumları

Hipertansiyon, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri içerisinde bir numaralı risk faktörüdür. 2000 yılı itibarıyla dünyada erişkin nüfusun %26,4’ünün hipertansiyonu olduğu

ve bu oranın 2025 yılında %29,2'ye çıkacağı öngörülmüştür. Bir diğer deyişle, halen 972 milyon insanın hipertansiyonu vardır ve 25 yıl sonra bu rakam 1,5 milyarı aşacaktır. Hipertansiyonu olan bireylerin çoğu, ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Bu ülkelerde hipertansiyonun bu denli sık olması ve giderek artması, 'epidemiolojik geçiş' sürecine bağlanmaktadır (75).

Türkiye'de hipertansiyon yaygın bir sorun olup, 2014 WHO Kronik Hastalıklar Global Durum Raporuna göre hipertansiyon oranı %23,1 olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun sağlık durumu değerlendirildiğinde; hipertansif oranı %20 çıkmıştır. WHO çalışması ile uyum göstermektedir. Türkiye ortalamasında hipertansiyonu olanların %5 'i ilaç kullanmazken, bu çalışmamızda bu oran %52'dir (73).

2019 yılında yayınlanan bir sistemik derleme ve metaanaliz çalışmasında, çeşitli hastalıklarda temel tedaviye uyumsuzluk sebepleri incelenmiştir. 31 araştırma çalışmaya dahil edilmiş ve sonuçlar 519971 kişinin bilgilerini yansıtmaktadır. Buna göre temel tedaviye uyumsuzluk tüm grupta %17'dir. En sık tedaviye uyumsuzluk osteoporoz ve hiperlipidemi hastalarındadır ve tedaviye uyumsuz olanların yüzdesi %25'tir. Tedaviye uyumsuzluk sırasıyla hipertansiyon %16, astım/ KOAH %14, depresyon %12 ve diyabet %12 olarak devam etmektedir (74).

Sahne altı çalışanların %16'sında hipertansiyon varken, sahne üstü çalışanların %26'sında yüksek tansiyon vardır. Aradaki %10'luk farkın sahne üstü çalışanların sahne altı çalışanlara göre daha stresli ve temsil esnasında daha dakik bir iş yapıyor olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. İstatistiksel olarak sahne altı ve sahne üstü çalışanlarda hipertansiyon görülmesi bakımında fark yoktur (Fisher testi $p=0,164$, $p>0,05$).

Sahne üstü çalışanların hipertansif olanların %52'si sigara, %48'si alkol kullanmaktadır. Sahne altı çalışanların hipertansif olanların %45,5'i sigara, %45,5'i alkol kullanmaktadır. Sahne üstü çalışanların hipertansif olmayanların %42,6'sı sigara kullanmazken, %44,2'si alkol kullanmamaktadır. Sahne altı çalışanların hipertansif olmayanların %55,9'u sigara kullanmazken, %64,4'ü alkol kullanmamaktadır. Hipertansiyonun tütün ve alkol kullanımı ile ilişkisi gösterilmemiştir.

Araştırma grubunda yüksek tansiyonu olanlarda %6'sı her zaman, yüksek tansiyonu olmayanlarda %18'inin her zaman yemeklere tuz eklediği görülmüştür. Aradaki farkın yüksek tansiyonu olanlara hekimlerin tuz kısıtlaması önermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sahne üstü çalışanların hipertansif olanlarının fizik egzersiz yapma durumuna bakıldığında %43'ünün haftada en az 3 gün en az yarım saat yürüyüş yaptığı, hipertansif olmayanların ise %25'inin haftada en az 3 gün en az yarım saat yürüyüş yaptığı görülmüştür. Aradaki farkın yüksek tansiyonu olanlara hekimlerin egzersiz yapmasını önermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hipertansif olanların beden kitle indexlerine bakıldığında %37,5'i obez iken, hipertansif olmayanların %26,5'i obez idi.

Sonuç olarak, hipertansiyonun önlenebilir bir sorun olduğu gerçeğinden hareketle bebeklik çağından itibaren yaşam stili değişiklikleri ile hipertansiyon gelişimi azaltılmaya çalışılmalı, sorunun erken fark edilmesi için kan basıncı ölçümleri yaygınlaştırılmalı, yaşamın her evresinde hipertansiyon önlenmesi için girişimlerde bulunulmalı, hipertansiyon geliştiğinde tanısının erken konulması ve tedavisinin etkin şekilde yapılması sağlanmalıdır (75).

Diyabet önemli bir halk sağlığı sorunu olarak son 15 yılda ülkemizde gerçekleştirilen pek çok epidemiyolojik çalışmanın konusu olmuştur (76).

Türkiye'de yüksek kan şekeri, ilaç tedavisi altında diyabet tanısı olan hasta oranı %11,4'dür (73). Denek grubumuzda %10 olan diyabet oranı Türkiye ortalamasına benzerlik göstermektedir (73). Türkiye'de diyabet tanısı olduğunu söyleyenlerin yaklaşık %84'ü düzenli olarak ilaç kullanmaktayken, bu çalışmada diyabet tedavisi için düzenli ilaç alma durumu %73 olarak saptanmıştır (73).

2019 yılında yayınlanan bir sistematik derleme ve metaanaliz çalışmasında diyabet hastalarında tedaviye uyumsuzluk %12 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada tedaviye uyumsuzluk %27 olarak saptanmıştır.

Araştırma grubunda diyabetik olanların beden kitle indeksi durumuna bakıldığında; diyabetik olanların %45,5'i obez iken, diyabetik olmayanların %28'i obezdi.

Türkiye'de obezite her iki cinsiyette de görülmekte olup, fazla kilolu olma durumu nüfusun %62,9'unda görülürken, bu çalışmada %44,7 olarak bulunmuştur (73). Türkiye'de obez görülme sıklığı %26,4 iken, bu çalışmada %28,95 ile benzerlik göstermektedir (73).

5.4. Araştırma Grubunun Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Değerlendirilmesi

Sahne altında eğitim durumuna bakıldığında; %5,7'si ilkokul, %48,6'sı orta ve lise, %45,7'si yüksekokul/üniversite eğitimine sahiptir. Sahne üstüne bakıldığında; %58,5'i orta ve lise mezunu iken, %41,5'i yüksekokul/üniversite eğitim düzeyindedir.

Araştırma grubunun eğitim öncesi eğitim sonrası bilgi düzeylerindeki artış değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmiştir. Eğitimin katkısı sahne üstü grupta çok daha fazla olmuştur. Bu da sahne üstünün sahne altından eğitim düzeylerinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sahne altı ve sahne üstü denek grubunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası sistolik kan basıncı değerlerine bakıldığında; sistolik kan basıncı düşüşünde sahne üstünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık izlenmektedir ($p<0,05$). Sahne altında ise anlamlı bir fark çıkmamasına rağmen ortalama 114,86 mmHg'dan 114,28 mmHg'a bir düşüş sistolik kan basıncında izlenmiştir.

Eğitim materyallerinde, tuz alımı kısıtlaması ile tansiyon değerinin düşürülebileceği gösterilmiştir. 36 çalışmayı kapsayan bir meta analizde tuz alımının azaltılması ile sistolik kan basıncında 3,39 mmHg, diastolik kan basıncında 1,54 mmHg'lık bir basınç azalması sağlanmıştır (73).

'Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Eylem Planı 2016-2020' ile hedef; tuz tüketiminin %30 azaltılmasını sağlamaktır. Aşırı tuz tüketiminin azaltılmasını sağlayacak eğitim ve farkındalık çalışmalarının yürütülmesi kararlaştırılmıştır. 2021 yılına kadar toplumun tümünün tuzun zararları ve azaltılmasına yönelik yöntemlerle ilgili konularda bilgilendirilmesi hedeflenmiştir (77).

İstatistiksel olarak önemli olmamasına rağmen, sahne üstü ve sahne altında diyastolik kan basıncında bir düşüş vardır. Sahne altı ve sahne üstü denek grubunda eğitim öncesi sahne altında ortalama 72,7 olan diyastolik kan basıncı eğitim sonrası ortalama 70,85'e düşmüştür. Sahne üstünde ise eğitim sonrası sistolik kan basıncı ortalama 72,43'den 70,73'e düşmüştür.

Sahne altı ve sahne üstü denek grubunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası kilo durumu incelendiğinde; kilo verme durumunda sahne altında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p<0,05$). Sahne üstünde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmamıştır.

Sahne altı ve sahne üstü denek grubunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası bel çevresi durumu incelendiğinde; sahne üstünde bel çevresi incelleme durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık çıkmaktadır ($p<0,05$). Bu durumun sahne üstü grubun eğitim seviyesinin sahne altı gruptan daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Sahne altında ise anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p>0,05$).

Araştırma grubunun beden kitle indekslerine bakıldığında; eğitim sonrası normal kilolu sayısının 39'dan 41'e çıktığı görülmüştür. Obez sayısı 44'den 38'e inmiştir. Bu durum; bir yıl süreyle görsel olarak atölyelerde kullanılan posterler ve verilen eğitimin çok kısa bir sürede bile olsa etkili olduğunu göstermiştir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Ankara Devlet Opera ve Balesi sanat teknik atölyelerinde araştırma kapsamına alınan sahne üstü ve sahne altı çalışanlara ait sonuçlar aşağıda tanımlanmıştır.

- Çalışma grubunun %82'si erkek, %18'i kadın olup, eğitimleri incelendiğinde orta ve lise mezunları %54, yüksekokul/üniversite mezunu %43 olup, %3'ü ilkokul mezunu olarak tespit edilmiştir.
- Sahne altı üretim atölyelerinde %46'sı, sahne üstü üretim atölyelerinde %54'ü çalışmaktadır.
- İş riskleri dağılımında fiziksel maruziyet %82, kimyasal maruziyet %18 olarak bulunmuştur.
- Tütün kullanma sıklığı %72 olup, %47'si düzenli olarak kullanmaktadır.
- Alkol kullanma sıklığı ise %46 bulunmuştur.
- Yemeklere sürekli tuz ekleme sıklığı %95 tespit edilmiştir.
- Çalışma grubunun %49'unun hiç egzersiz yapmadığı bulunmuştur.
- Çalışanların %20'sinde kan basıncı yüksek bulunmuştur.
- Kan basıncı yüksek olanların %48'i ilaç kullanırken, %52'si hiçbir ilaç kullanmamakta idi.
- Çalışanların %10'unda diyabet tanısı olduğu tespit edilmiştir.
- Çalışanların yalnız %26'sı normal kiloda, %45'i fazla kilolu, %29'u obez olarak bulunmuştur.
- El broşürü ile desteklenen eğitim sonrasında, çalışma grubunun eğitim sonrası bilgi düzey artışı (ön test-son test) istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır.
- Posterler ile desteklenen eğitim sonrasında sistolik kan basıncı, bel çevresi ve kilo durumunda istatistiksel olarak anlamlı düşüş görülmüştür.
- Eğitim sonrasında diyastolik kan basıncı ve BKİ'lerinde düşüş olsada, bu durum istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır.

6.2. Öneriler

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler aşağıda sıralanmıştır. İki ana başlıkta toplanabilir.

6.2.1. Çalışanlar için öneriler

- Kurum hekimliği/iş yeri hekimliği/aile hekimliği/Toplum Sağlığı Merkezi hekimleri, çalışanların kronik hastalıklardan korunması için önlemleri planlamalıdır.
- Çalışanın kronik hastalığı var ise, kurum hekimliği kronik hastalığının kontrolü için risk faktörlerini azaltmaya yönelik önlemlere özgü eğitim programları (Nace iş yeri koduna göre) hazırlamalıdır.
- Risk faktörleri olarak tütün kullanımı, alkol kullanımı, egzersiz yapma, yemeklere tuz ekleme ve obezite ile ilgili eğitim materyalleri hazırlanmalıdır.
- Risk faktörleri ile ilgili eğitimlerin sürekliliği için iş yerlerinde çalışma ortamlarına asılan posterler ile eğitimler desteklenmelidir.
- Poliklinikte muayene sırasındaki eğitimler süreklilik arz etmelidir.
- Hazırlanan posterler çalışanların çalışma ve sosyal alanları dikkate alınarak uygun yerlere değişimli (rotasyonlu) olarak asılmalıdır.
- Kronik hastalıkları tanımlayan, risk faktörlerini anlatan el broşürü, çalışanların yanlarında taşıyabilecekleri, evlerine götürebilecekleri biçimde hazırlanmalıdır.

6.2.2. Kurum/ işveren yetkilileri için öneriler

- Eğitim uygulamalarının bilgi/tutum/davranış üzerine etkilerini değerlendirmek için, bu uygulamalar belirli zaman aralıklarında bilimsel olarak izlenmelidir.
- Hazırlanan kısa mesajlar çalışanların cep telefonlarına belirli aralıklarla aktarılmalıdır.
- Kurumlarda sorumlu hekimlerin düzenlediği eğitimler sonrasında risk faktörleriyle baş eden ve fizik muayenede gelişmeler gösteren personele özendirici ödüller verilerek grup içinde motivasyon artırılmalıdır.
- Kurum hekimi/iş yeri hekimi tarafından işveren vekillerine kronik hastalıklar konusunda farkındalığı arttıracak ve çalışanların sağlığı bakımından önemini vurgulayacak kısa bilgilendirmeler yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. DSÖ Anayasası, Hedefleri Ve Bildirgeleri Erişim: <https://www.healthworldnews.net/dsö-an...asasi-hedefleri-ve-bildirgeleri/>. Erişim tarihi: 28/06/2015
2. DSÖ Kronik Hastalıklar Global Durum Raporu, 'Kronik Hastalıklarla İlgili Dokuz Küresel Hastalık Hedefine Ulaşmak; Paylaşılan Bir Sorumluluk' 2014
3. About Chronic Diseases. 2019. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>. Erişim Tarihi: 20/03/2020
4. Çakır B., Epidemiyolojide Özelleşmiş Konular.Halk Sağlığı Temel Bilgiler (Güler Ç., Akın L. Ed). Ankara, Hecettepe Üniversitesi Yayınları, 132-134,2006
5. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ankara 2013
6. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji Ve Bütçe Başkanlığı, 11. Kalkınma Planı (2019-2023), Temmuz 2019
7. Özyurda F., Tıp Öğrencileri İçin Halk Sağlığı, 2018;152-154
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hastalık Yükü Çalışması, Ankara 2006
9. <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/eylem.pdf>
10. Türkiye İstatistik Kurumu İstatistik Veri Portalı Erişim: [https://data.tuik.gov.tr/Kategori/Get...ri?=nufus ve Demografi-109](https://data.tuik.gov.tr/Kategori/Get...ri?=nufus+ve+Demografi-109). Erişim Tarihi: 30/01/2016.
11. Bilir N., Türkiye'de Tütün Kontrolünün Öyküsü, 2017; 127-138
12. R. Doll and A.B. Hill, Smoking and carcinoma of the lung: preliminary report, British Medical Journal, 1950; 2: 746
13. Doll R, Hill AB, Mortality in relation to smoking: 20 years' observations of British doctors. Br Med J. 1964; 5396: 1460-1467
14. Surgeon General, Smoking and Health. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. Washington, DC: US Government Printing Office, 1964

15. WHO Framework Convention on Tobacco Control, WHO, 2003
16. Baran E, Alkol Kullanımı (Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar), Ankara, 2009, sayfa 41-44
17. Anderson P, Baumberg B. Avrupa’da Alkol Kullanımı (Halk Sağlığı Bakış Açısıyla). Çeviri: Ergüder T, Baran E, Yılmaz TD. Tütünsüz Yaşam Dergisi 2006;2(1-4):16-29.
18. Alkol ve Alkollü İçkilerin İç ve Dış Ticaretine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik
<http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2003/06/20030606.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2003/06/20030606.htm>. Erişim tarihi: 15.02.2016
19. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Fiziksel_Aktivite_Rehberi/Türkiye_Fiziksel Erişim Tarihi: 23 Kasım 2020
20. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/tuz-ve-saglik/turkiyede-tuz-tuketiminin-azaltilmasi-programi-2017-2021> Erişim Tarihi: 23 Kasım 2020
21. bilheal.bilkent.edu.tr/aykonu/Ay2003/June03/sagliklibeslenme.html Erişim Tarihi: 23 Kasım 2020
22. https://tr.wikipedia.org/wiki/Çevre_kirliliği Erişim Tarihi: 23 Kasım 2020
23. Peirce JJ, Weiner RF, Vesilind PA. Environmental Pollution and Control 4th Edition. Butterworth- Heiremann, Boston-Oxford- Johannesburg- Melbourne-N. Delhi-Singapore, 1998
24. Çöloğlu, AS. Kimyasal Zararlara Bağlı Ölümler. Adli Tıp Ders Kitabı, s. 183-229, Editörler: C. Çakalır, Z. Soysal, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, Rektörlük No: 4165, Fakülte No: 224, İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul, 1999
25. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease. 9th ed., Elsevier Saunders, Philadelphia, 2015
26. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR; ve diğerleri. (Aralık 2003). "Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of

- High Blood Pressure". *Hypertension*. 42 (6). ss. 1206–52. 20Erişim tarihi: 3 Şubat 2018.
27. Williams B, Poulter NR, Brown MJ; ve diğerleri. (Mart 2004). "Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV". *J Hum Hypertens*. 18 (3). ss. 139–85.
 28. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R (Aralık 2002). "Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies". *Lancet*. 360 (9349). ss. 1903–13.
 29. Singer DR, Kite A (Haziran 2008). "Management of hypertension in peripheral arterial disease: does the choice of drugs matter?". *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 35 (6). ss. 701–8.
 30. Goljan EF. *Rapid Review Pathology*. 5th ed., Elsevier, Philadelphia, 2019
 31. Whelton PK; ve diğerleri. (2002). "Primary prevention of hypertension. Clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program". *JAMA*. 288 (15). ss. 1882–1888.
 32. "NPS Prescribing Practice Review 52: Treating hypertension". NPS Medicines Wise. 1 Eylül 2010. Erişim tarihi: 5 Kasım 2018.
 33. Law M, Wald N, Morris J (2003). "Lowering blood pressure to prevent myocardial infarction and stroke: a new preventive strategy" (PDF). *Health Technol Assess*. 7 (31). ss. 1–94. Erişim tarihi: 3 Şubat 2018.
 34. Shaw, Gina (7 Mart 2009). "Prehypertension: Early-stage High Blood Pressure". WebMD. Erişim tarihi: 3 Temmuz 2019.
 35. Eni C. Okonofua; Kit N. Simpson; Ammar Jesri; Shakaib U. Rehman; Valerie L. Durkalski; Brent M. Egan (23 Ocak 2006). "Therapeutic Inertia Is an Impediment to Achieving the Healthy People 2010 Blood Pressure Control Goals". *Hypertension*. 47 (2006; 47:345). ss. 345–51. Erişim tarihi: 22 Kasım 2019.
 36. Klarenbach, SW (2010 May). "Identification of factors driving differences in cost effectiveness of first-line pharmacological therapy for uncomplicated hypertension". *The Canadian journal of cardiology*. 26 (5). ss. e158-63.40
 37. <https://www.florence.com.tr/obesite> Erişim Tarihi: 24 Kasım 2020

38. <https://tr.wikipedia.org/wiki/obesite> Erişim Tarihi: 24 Kasım 2020
39. <https://hsgm.saglik.gov.tr/obesite-nedir.html> Erişim Tarihi: 24 Kasım 2020
40. <https://tr.wikipedia.org/wiki/hiperglisemi> Erişim Tarihi: 25 Kasım 2020
41. centralhospital.com/saglikrehberi/diyabet-ve-hiperglisemi/ Erişim Tarihi: 25 Kasım 2020
42. <https://www.medikalakademi.com.tr/hiperglisemi-nedir-neden-olur-belirtileri-ve-tedavisi/> Erişim Tarihi: 25 Kasım 2020
43. <https://en.wikipedia.org/wiki/Hyperlipidemia> Erişim Tarihi: 25 Kasım 2020
44. Harris MI, Flegal KM, Cowie CC; ve diğerleri. (1998). "Prevalence of diyabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994". *Diyabetes Care*. 21 (4). ss. 518–24.
45. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H (Mayıs 2004). "Global prevalence of diyabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030". *Diyabetes Care*. 27 (5). ss. 1047–53.
46. L M Tierney, S J McPhee, M A Papadakis (2002). *Current medical Diagnosis & Treatment*. International edition. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill. ss. 1203–1215.
47. Adler, A.I.; Stratton, I. M.; Neil, H.A.; ve diğerleri. (2000). "Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diyabetes (UKPDS 36): prospective observational study". *BMJ*. 321 (7258). ss. 412–419. Erişim tarihi: 24 Aralık 2018.
48. Nathan, D.M.; Cleary, P.A.; Backlund, J.Y.; ve diğerleri. (2005). "Intensive diyabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diyabetes". *N. Engl. J. Med*. 353 (25). ss. 2643–53.
49. Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE. *Abeloff's Clinical Oncology*, 6th edition. Elsevier, Philadelphia, 2020
50. Lomborg, Bjørn (2013). *Global problems, local solutions: costs and benefits*. Cambridge University Press. s. 143.

51. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease. 9th ed., Elsevier Saunders, Philadelphia, 2015
52. Goljan EF. Rapid Review Pathology. 5th ed., Elsevier, Philadelphia, 2019
53. Tahsinoğlu M, Çöloğlu AS, Erseven G. Dişhekimleri için Genel Patoloji, Altın Matbaacılık, İstanbul, 1981
54. "Roles of the immune system in cancer: from tumor initiation to metastatic progression". Genes & Development.
55. https://tr.wikipedia.org/wiki/Kardiyovasküler_hastalıklar Erişim Tarihi: 24 Kasım 2020
56. <https://rumelihospital.com.tr/saglık-rehberi/kardiyoloji-saglik-rehberi/kardiyovasküler-hastalıklar/> Erişim Tarihi: 24 Kasım 2020
57. <https://www.ahmetakgul.com.tr/index.php/uzmanliklar/kalp-hastaliklari/1802-kalp-hastaliklarinin> Erişim Tarihi: 24 Kasım 2020
58. Vestbo, Jørgen (2013). "Definition and Overview" (PDF). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. ss. 1–7.
59. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease. 9th ed., Elsevier Saunders, Philadelphia, 2015
60. Reilly JJ, Silverman EK, Shapiro SD. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J (editors). Harrison's Principles of Internal Medicine (18th ed.) pp.2151–2159. McGraw Hill, New York-London-Totonto, 2011
61. Decramer M, Janssens W, Miravittles M. Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet, 379:(9823): 1341–1351, 2012
62. Reilly, John J.; Silverman, Edwin K.; Shapiro, Steven D. (2011). "Chronic Obstructive Pulmonary Disease". Longo, Dan; Fauci, Anthony; Kasper, Dennis; Hauser, Stephen; Jameson, J.; Loscalzo, Joseph (Edl.). Harrison's Principles of Internal Medicine (18th bas.). McGraw Hill. ss. 2151–9.
63. Mason R, Broaddus VC, Martin T, et al. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine, 5th Edition, Saunders, Philadelphia, 2010

64. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, Fukuchi Y, Jenkins C, Rodriguez-Roisin R, van Weel C, Zielinski J (Eylül 2007). "Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary". *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 176 (6). ss. 532–55. Erişim tarihi: 2 Mart 2018.
65. Nathell L, Nathell M, Almberg P, Larsson K (2007). "COPD diagnosis related to different guidelines and spirometry techniques". *Respir. Res.* 8 (1). s. 89.
66. Brulotte CA, Lang ES. Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 30(2): 223–247, 2012
67. "Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Fact sheet N°315". WHO. Ocak 2015. Erişim tarihi: 4 Mart 2018.
68. GBD 2013 Mortality and Causes of Death, Collaborators (17 Aralık 2014). "Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013". *Lancet.* Cilt 385. ss. 117–171.
69. <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en/>
70. https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf
71. Yüksel V., T.O.B.B Daire Başkanı, İstatistik Ders Notları
72. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2018
73. WHO Kronik Hastalıklar Global Durum Raporu, 2014
74. Cheen MHH, Tan YZ, Oh LF, et al. Prevalence of and factors associated with primary medication non- adherence in chronic disease: A systemic review and meta-analysis. *Int J Clin Pract.* 2019; 73 (6):e13350.
75. http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf
76. Yılmaz M B, Kılıçkap M, Abacı A, Barçın C, Bayram F, Karaaslan D, Göksülük H, Kayıkçıoğlu M, Özer N, Süleymanlar G, Şahin M, Tokgözoğlu L, Satman İ. Türkiye’de

diabetes mellitus epidemiyolojisinin zamana bağlı değişimi: Bir sistemik derleme ve meta-analiz. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması 46(7):546-555, 2018

77. Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Eylem Planı 2016-2020, Sağlık Bakanlığı

**EK 1: BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI**



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu



Sayı : 94603339-604.01.02/ 15691
Konu : Proje Onayı

25/04/2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Halk Sağlığı Doktora Programı öğrencisi Dr. Selin Sağlam Pınar tarafından yürütülecek olan KA17/102 nolu "Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü teknik personelinde kronik hastalık durumu ile risk faktörlerinin saptanması ve yapılan eğitimin bilgi, tutum ve davranış değişikliklerine etkisi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 19/04/2017 tarih ve 17/39 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanın eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

KARAR TARİHİ	KARAR SAYISI	PROJE NO
19/04/2017	17/39	KA17/102

Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Halk Sağlığı Doktora Programı öğrencisi Dr. Selin Sağlam Pınar tarafından yürütülecek olan KA17/102 nolu ve “Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü teknik personeline kronik hastalık durumu ile risk faktörlerinin saptanması ve yapılan eğitimin bilgi, tutum ve davranış değişikliklerine etkisi” başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araőtirmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

EK 2: ANKARA DEVLET OPERA VE BALESİ MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI



T.C.
KÜLTÜR VE TURİZM BAKANLIĞI
Devlet Opera ve Balesi Genel Müdürlüğü
Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü

2013
Piri Reis Dünya Haritası'nın
500. Yıl Dönümü

Sayı :15038085/ 5-1148

15.04./2013

Sayın : Selin SAĞLAM
Kurum Tabibi

İlgi : 26.03.2013 tarihli dilekçeniz.

Teknik Bölümde Çalışanların Sağlık Sorunlarının Saptanması ve bu konuda verilen Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi adlı Doktora Tez Çalışmanızı Kurumumuz Teknik Personeli ile yapmanız ile ilgili izin talebiniz, Müdürlük Makamının 10.04.2013 tarih ve 16-1088 sayılı onayı ile uygun görülmüş olup, onay fotokopisi ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

EKİ : Onay Fot. (1 adet)



T.C.
KÜLTÜR VE TURİZM BAKANLIĞI
Devlet Opera ve Balesi Genel Müdürlüğü
Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü

2013
Piri Reis Dünya Haritası'nın
500. Yılı Dönümü

Sayı :15038085/ 16-1088

10.04/2013

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Müdürlüğümüzde Kurum Tabibi olarak görev yapan Selin SAĞLAM, kurumumuza vermiş olduğu 26.03.2013 tarihli dilekçesi ile Teknik Bölümde Çalışanların Sağlık Sorunlarının Saptanması ve bu konuda verilen Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi adlı Doktora Tez Çalışmasını Kurumumuz Teknik Personeli ile yapmak istediğini belirterek izin talep etmektedir.

Makamınızca uygun görülmesi halinde adı geçenin Teknik Bölümde Çalışanların Sağlık Sorunlarının Saptanması ve bu konuda verilen Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi adlı Doktora Tez Çalışmasını Kurumumuz Teknik Personeli ile yapması hususunu olurlarınıza arz ederim.

ANIKARA DEVLET OPERA VE BALESI MÜDÜRLÜĞÜ'NE
ANIKARA

"Ankara Devlet Opera ve Balesinde Teknik Bölümde
Çalışanların Sağlık Sorunlarının Saptanması ve Bu
Konuda Verilen Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi"
adlı doktora tez çalışmamı Ankara Devlet Opera
ve Balesi teknik personeli ile yapmak istiyorum.

Bu çalışmayı yapabilmem için gerekli izin
verilmesi hususunda ferahîni saygılarımla arz ederim.

26/03/2013

**KRONİK HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRÜ
BELİRLEME ANKETİ**

2018- ANKARA

ANKETİN KAYNAKLARI

Bu anket formu; T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirliği saptanan DSÖ tarafından hazırlanan WHO STEPS Aracı anketi, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (2013) anketi ve Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması (2004) anketinden faydanılarak oluşturulmuştur.

İZİNLER

Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü anketin teknik birimde çalışanlara uygulanması konusunda idari izin vermiştir. Ayrıca bu araştırma için Başkent Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan tarih ve sayılı olur izni alınmıştır.

ONAM

Kronik hastalıklara ait Risk Faktörleri belirleme anketi hakkında bilgi verildi. Bu anketin tarafıma uygulanmasına ONAM veriyorum.

Tarih: İmza:

Soru	Kişisel Bilgiler	Kod
1	Adı	
2	Soyadı	
3	Telefon	
4	Anketi Doldurma Tarihi	

Soru	Kişiyeye Ait Demografik Bilgiler	Kod
5	Cinsiyet	Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>
6	Yaş (tamamlanmış)	
7	Eğitim Düzeyiniz	Hiç okula gitmedim
		İlkokul düzeyinin altında
		İlkokul mezunu
		Ortaokul mezunu
		Lise mezunu
		Ön lisans mezunu
		Lisans mezunu
		Lisansüstü
		Diğer
		Yanıtlamak istemiyorum

Soru		Kişiye Ait Demografik Bilgiler		Kod	
	8	Medeni Durumunuz	Hiç evlenmemiş		
			Evli		
			Ayrılmış		
			Boşanmış		
			Dul		
			Birlikte yaşıyor		
			Yanıtlamak istemiyorum		
	9	Mesleğiniz nedir?	Marangoz		
			Demirci		
			Ayakkabıcı		
			Terzi		
			Boyacı		
			Kuru Temizlemeci		
			Perukacı		
			Bezlemeci		
			Şapka-Çiçekçi		
			Butaforcu		
			Işıkçı		
			Video Prodüksiyoncu		
			Lütiyeci		
Sahne makinisti					
Aksesuarıcı					
Mekanikçi					
Heykeltraş					
Elektrikçi					
		Diğer			

RİSK FAKTÖRLERİ

Soru	1. Sigara Kullanımı	Kod
10	Sigara kullanıyor musunuz? 1. Hayır kullanmıyorum 2. Evet, düzenli olarak (günde en az 1 adet) kullanıyorum (soru 11'e geçiniz) 3. Evet, ara sıra kullanıyorum (soru 11'e geçiniz) 4. Kullanıyordum,ay.....yıl önce bıraktım → Sigara içtiğiniz yıllarda kaç adet içiyordunuz? 1. Sigara.....adet/günde 2. Günde birden az (ara sıra)	
11	Sigaraya ilk kez kaç yaşında başladınız?yaşında	
12	Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? 1. Sigaraadet/gün 2. Günde birden az (ara –sıra)	
13	Sigarayı bırakmayı denediniz mi? 1. Denedim, tekrar deneyeceğim 2. Denedim, tekrar denemeyi düşünmüyorum 3. Denemedim, bırakmayı düşünüyorum 4. Denemedim, bırakmayı düşünmüyorum	
14	Evinizin içinde sigara içiliyor mu? 1. Hayır, içilmiyor 2. Evet, her gün içiliyor 3. Evet, ara sıra içiliyor	
15	Çalıştığınız işyerinde (kapalı alanlarda) sigara içiliyor mu? 1. Hayır, içilmiyor 2. Evet, her gün içiliyor 3. Evet, ara sıra içiliyor 4. Çalışıyorum	

Soru	2. Alkol Kullanımı	Kod
16	Ne sıklıkla alkollü içecek kullanıyorsunuz? 1. Hiç (soru 19'a geçiniz) 2. Ayda 1 veya daha az 3. Ayda 2-4 kez 4. Haftada 2-3 kez 5. Haftada 4 veya daha fazla	
17	Alkol aldığınız bir günde genellikle kaç standart içki içersiniz? (1 standart içki=1 küçük bira=1 kadeh şarap=1 tek rakı=1 tek votka) 1. 1-2 (Bir büyük bira=1,5 standart içki) 2. 3-4 3. 5-6 4. 7-9 5. 10 ve üzeri	
18	Son 30 gün boyunca, alkol aldığınız zamanlarda, ne sıklıkla alkolün yanında yemek yediniz? Lütfen ara öğünleri saymayınız. 1. Genellikle yemekle birlikte 2. Bazen yemekle birlikte 3. Nadiren yemekle birlikte 4. Kesinlikle yemekle alkol almam	

Soru	3.Beslenme Durumu	Kod
19	Normal bir haftada kaç gün meyve yiyorsunuz? *S. KARTI KULLAN	Gün sayısı Bilmiyorum <i>Hiç yemiyorsanız 22.soruya geçin</i>
20	Meyve yediğiniz günlerde kaç porsiyon yiyorsunuz? *S. KARTI KULLAN	Porsiyon sayısı Bilmiyorum
21	Normal bir haftada kaç gün sebze yiyorsunuz? *S. KARTI KULLAN	Gün sayısı Bilmiyorum <i>Hiç yemiyorsanız 24.soruya geçin</i>
22	Sebze yediğiniz günlerde kaç porsiyon yiyorsunuz? *S. KARTI KULLAN	Porsiyon sayısı Bilmiyorum
23	Evinizde yemeklerde en fazla ne tür sıvı veya katı yağ kullanılıyor? *S. KARTI KULLAN (SADECE BİRİNİ SEÇİN)	1. Bitkisel yağ 2. Tereyağ veya saf yağ 3. Margarın 4. Diğer..... 5. Belirli bir yağ yok 6. Hiçbiri kullanılmıyor
24	Haftada ortalama kaç öğün dışarda yiyorsunuz? Öğünle kahvaltı, öğle yemeği ve akşam yemeğini kastediyorum.	Sayı..... Bilmiyorum
25	En sık hangi tür ekmek tüketirsiniz?	1. Beyaz 2. Kepekli, çavdar, yulafalı 3. Karışık

Soru	4. Diyetle Tuz Tüketimi		Kod
26	<p>Yemeğinizi yemeden önce veya yerken ne kadar sıklıkla tuz ekliyorsunuz?</p> <p>*S. KARTI KULLAN (AFIŞ KULLAN)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Her zaman 2. Sık sık 3. Bazen 4. Nadiren 5. Hiçbir zaman 6. Bilmiyorum 	
27	<p>Evinizde yemek pişirilirken ya da hazırlanırken ne kadar sıklıkla tuz eklenir?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Her zaman 2. Sık sık 3. Bazen 4. Nadiren 5. Hiçbir zaman 6. Bilmiyorum 	
28	<p>Tuzdan zengin işlenmiş gıdayı (turşu, peynir, zeytin, sarma yaprağı) ne kadar sıklıkla yiyorsunuz?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Her zaman 2. Sık sık 3. Bazen 4. Nadiren 5. Hiçbir zaman 6. Bilmiyorum 	
29	<p>Ne kadar tuz tükettiğinizi düşünüyorsunuz?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Çok fazla 2. Fazla 3. Doğru miktarda 4. Az 5. Çok az 6. Bilmiyorum 	

Soru	5. Fiziksel Aktivite	Kod	
30	Spor ya da fizik egzersiz yapıyor musunuz?	1. Hiç spor/ fizik egzersiz yapmadım. 2. Halen ara sıra spor/fizik egzersiz yapıyorum 3. Haftada en az 3 gün, en az yarım saat yürüyüş, bahçe işleri, bisiklete binme gibi aktiviteler yaparım 4. Haftada en az 3 gün, en az yarım saat koşma, hızlı tempo ile yürüme, yüzme, atlama gibi aktiviteler yaparım	
31	Genellikle her gün ortalama kaç kat merdiven çıkarsınız? (Bir kat merdiven 10 basamak)	1.kat 2. Hiç çıkmam	
32	İşyerinize genellikle nasıl gidirsiniz?	1. Yürüyerek----- →.....dakikada gidiyorum 2. Kendi arabamla 3. Toplu taşıma araçlarıyla 4. Taksiyle 5. Diğer	

33	Aşağıdaki ifadelerden size en uygun olan sıklığı belirtiniz.					
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	
İşyerimde genellikle oturarak çalışırım						
İşyerimde ayakta durarak çalışırım						
Yaptığım iş sürekli hareket etmemi gerektiriyor						
Yaptığım iş ağır eşyalar kaldırmamı gerektiriyor						
İşten sonra fiziksel yorgunluk hissederim						
İşyerimde terlememe neden olacak kadar fizik aktivite yapıyorum						
İşyerimde en az 10 dakika süren ve kalp atışımı ya da solunumumu arttıracak kadar ağır fizik aktivite yapıyorum (Koşma, hızlı tempo ile yürüme, ağır kaldırma gibi aktiviteler)						
İşyerimde en az 10 dakika süren ve kalp atışımı ya da solunumumu orta düzeyde arttıran fizik aktivite yapıyorum (Yürüyüş, tamirat, hafif eşya taşıma gibi aktiviteler)						

Soru	6. Kan Basıncı Artış Öyküsü	Kod
34	Kan basıncınızı daha önce bir doktor veya başka bir sağlık görevlisine ölçtürdünüz mü?	1. Evet 2. Hayır Yanıt hayırsa, 40. soruya geçin
35	Daha önce bir doktor veya başka bir sağlık görevlisi size kan basıncınızın yüksek olduğunu veya hipertansiyonunuz olduğunu söyledi mi?	1. Evet 2. Hayır Yanıt hayırsa, 40. soruya geçin
36	Son 12 ayda size böyle bir şey söylendi mi?	1. Evet 2. Hayır
37	Şu anda bir doktor veya başka bir sağlık görevlisi tarafından yüksek kan basıncı için yazılmış/verilmiş olan aşağıdaki tedavilerden / tavsiyelerden herhangi birini uyguluyor musunuz?	
	. İki hafta içinde aldığınız ilaçlar	1. Evet 2. Hayır
	. Tuz alımını azaltmaya yönelik tavsiye	1. Evet 2. Hayır
	. Kilo vermeye yönelik tavsiye veya tedavi	1. Evet 2. Hayır
	. Egzersize başlama veya daha fazla egzersiz yapmaya yönelik tavsiye	1. Evet 2. Hayır

Soru	7. Diyabet Öyküsü		Kod
38	Hiç kan şekerinizi bir doktora veya başka bir sağlık çalışanına ölçtürdünüz mü?	1. Evet 2. Hayır (Cevap hayırsa, FM'ye devam)	
39	Bir doktor veya başka bir sağlık çalışanı size yüksek kan şekeriniz veya diyabetiniz olduğunu söyledi mi?	1. Evet 2. Hayır (Cevap hayırsa, FM'ye devam)	
40	Bu size geçtiğimiz 12 ay içinde söylendi mi?	1.Evet 2. Hayır	
41	Şu anda doktor veya başka bir sağlık çalışanı tarafından reçete edilen aşağıdaki tedavilerden/ diyabete yönelik tavsiyelerden herhangi birisini kullanıyor musunuz?		
	. İnsulin	1. Evet 2. Hayır	
	. Geçtiğimiz iki hafta içinde ilaç aldınız mı?	1. Evet 2. Hayır	
	. Özel verilmiş diyet	1. Evet 2. Hayır	
	. Kilo kaybı tavsiyesi veya tedavisi	1. Evet 2. Hayır	
	. Sigarayı bırakma tavsiyesi veya tedavisi	1. Evet 2. Hayır	
	. Egzersiz yapmaya başlama veya yapılan egzersizi arttırma tavsiyesi	1. Evet 2. Hayır	

ÖLÇÜMLER – DEĞERLER			
NO	İŞLEMİN ADI	UYGULAMA TARİHLERİ	
		1.	2.
1	Boy(cm)		
2	Vücut Ağırlığı (kg)		
3	Beden Kitle İndeksi (BKI)		
4	Bel Çevresi (cm)		
5	Kan Basıncı (mmHg)		

EK 4: KRONİK HASTALIKLAR BİLGİ DÜZEY SAPTAMA FORMU

KRONİK HASTALIKLAR BİLGİ DÜZEY SAPTAMA FORMU

Adı Soyadı		Ön Test	Son Test
Çalıştığı Birim			
Tarih			

Cümleleri okuyunuz. Doğru olanlara cümlenin sonundaki kutunun içine 'D' harfini, cümle yanlış ise 'Y' harfini yazınız.

1. Kronik hastalıklar çoğunlukla mikrop kaynaklı olmayan, uzun süren hastalıklardır. -----→	
2. Şeker hastalığı, yüksek tansiyon ve kanserler kronik hastalıktır. -----→	
3. Kronik hastalıklar ilaçlarla kontrol altında tutulabilir. -----→	
4. Kronik hastalıklar bireyin gün içinde yaşam kalitesini olumlu etkiler.-----→	
5. Şeker hastalığı (Diyabet) kronik bir hastalık olup, ailevi özellik gösterir.-→	
6. Şeker hastaları diyetlerinde bol tatlı ve tuzlu yiyecekler yemelidir.----- →	
7. Fazla sigara, alkol ve tuz tüketimi ile aşırı kilo kronik hastalıklara davetiye çıkarır.----- →	
8. Fazla kilolu olmak kişiyi bulaşıcı hastalıklardan korur.-----→	
9. Sakin, hareketsiz ve gün içinde fiziksel aktivite yapmamak kronik hastalıklar için çok faydalıdır.-----→	
10. Sigara içerken size zararı kadar yanınızda bulunanlara da zarar vermektedir.-----→	

EK 5: KRONİK HASTALIKLAR EĞİTİMİ SLAYTLARI

KRONİK HASTALIKLAR EĞİTİMİ

Dr. Selin Sağlam Pınar



Kronik Hastalıklar- Tanım

- ✓ Kronik hastalık; hastalığın uzun zaman devam etme ve kötüye gitme olasılığı ile nitelenen kronik durumların başlangıcıdır.
- ✓ Kronik hastalıklar ülkemiz için çok önemli bir sağlık sorunudur.
- ✓ Sık görülür, çok sayıda ölüm ve sakatlığa neden olur.
- ✓ Kronik hastalıklar genelde orta ve ileri yaşların hastalığıdır.

Kronik Hastalıklar- Özellikleri

- *Genellikle tam iyileştirilmeleri söz konusu olmayan,
- *Sürekli,
- *Yavaş ilerleyen,
- *Çoğu kez kalıcı sakatlıklar bırakan,
- *Oluşmasında kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı,
- *Çoğunlukla enfeksiyon kaynaklı olmayan hastalıklardır.

Kronik Hastalıklar- Önem

- Antibiyotik ve aşıların bulunuşu.

Bulaşıcı hastalıkların önemi **↙↙↙**

- Çevre koşullarının düzeltilmesi,
- İnsan ömrünün uzaması,
- Sanayileşme.

Kronik hastalıkların önemi **↗↗↗**



Kronik Hastalık- Özet

Kronik Hastalık = Uzun Süren Hastalık



Kronik Hastalık- Örnekler

- Kalp ve damar hastalıkları (yüksek tansiyon- hipertansiyon, yüksek kolesterol, ritim bozuklukları, iskemik kalp hastalığı gibi) ,
- Şeker hastalığı (diyabet),
- Şişmanlık (obezite),
- Kanserler,
- Solunum yolu hastalıkları (astım, bronşit, allerjiler gibi),
- Kemik erimesi (osteoporoz),
- Omurga eğriliği (skolyoz),
- Depresyon,
- Alzheimer vb.



Kronik Hastalıkların Toplumsal Önemi

- Kronik hastalıklar bütün ülkelerde önemli sağlık sorunudur (sık görülür, çok sayıda ölüm ve sakatlığa neden olur).
- Kronik hastalıklar orta ve ileri yaşların hastalığıdır.
- Çoğu ailevi özellik gösterir



Tablo 2. Türkiye İl ve İlçe Merkezlerinde 1935 ve 1980 Yıllarında İlk 10 Ölüm Nedeni



<u>1935</u>		<u>1980</u>	
<u>Ölüm Nedeni</u>	<u>Orantılı Hız (%)</u>	<u>Ölüm Nedeni</u>	<u>Orantılı Hız (%)</u>
1- Zatürre	15.5	1- Kalp Hst.	28.9
2- Kalp Hst.	12.5	2- Doğumsal s.	11.6
3- Enterit	10.1	3- Zatürre	8.6
4- Tüberküloz	9.3	4- Kanser	6.7
5- Doğumda	8.8	5- Serebrovas.	5.1

Ölüm Nedenlerinin Dağılımı 2015 (TÜİK)

	<u>Ölüm Sayısı</u>	<u>Ölüm Yüzdesi</u>
<u>Toplam</u>	392 429	100
Dolaşım sistemi Hastalıkları	157 965	40,3
İyi huylu ve Kötü Huylu Tümörler	78 661	20
Solunum Sistemi Hastalıkları	43 566	11,1
Endokrin, Metabolizma Hast.	19 728	5
Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hast.	19 035	4,9
Dışsal Yaralanma ve Zehirlenmeler	17 696	4,5
Diğer	55 778	14,2



Kalp Hastalıkları

Dünyada

- Hastaneye yatanların %11'i
- Ölümlerin %35'i } Kalp Hastalıkları

* Yıllık ölüm sayısı → 21 milyon



Kalp Hastalıkları

* KORUNMA;

- Sigara içilmemesi,
- Yemeklerde yağların **↓↓↓**,
- Dengeli beslenme,
- Düzenli egzersizler.

* ERKEN TANI;

- Sık tansiyon ölçümü,
- Kan yağlarının düzenli kontrolü

Yüksek Tansiyon- Hipertansiyon

*** İnsanlarda en sık görülen kronik hastalıktır (40 yaş üstünde % 15-20).**

*** Kadınlarda daha sık görülür.**

*** Şişmanlık ve diyetle fazla tuz alımı riski artırır.**

*** Yaşamsal organlarda bozukluğa yol açar (kalp ve böbrek yetmezliği, koroner kalp hastalığı, görme bozukluğu gibi).**

Yüksek Tansiyon (Hipertansiyon)

- * Tuz kısıtlaması ve yaşam tarzı değişiklikleri kan basıncının kontrol altına alınmasında çok etkilidir.
- * İleri olgularda ilaç tedavisi tercih edilir

Kanserler



- * Genellikle orta ve ileri yaş hastalığıdır. En nadir görülme yaşı 6-16 yaş grubudur. Yıllık 6-7 milyon vaka.
- * Ülkemizde en sık görülen (%30) ve öldüren kanser Akciğer kanseridir.
- * Erkeklerde en sık → Akciğer kanseri ve Prostat kanseri
Kadınlarda en sık → Meme kanseri ve Serviks kanseri

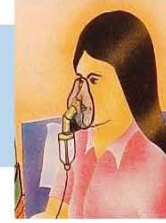
Kanserler

* Korunma:

- Sigara içmemek (özellikle akc. Ca.),
- Hava kirliliğinden korunma,
- 40-50 yaşın üzerinde düzenli kontrol, (aile hikayesi olanlarda daha önceden)
- Özellikle belirli sanayi kuruluşlarında çalışanların düzenli kontrolü.



Solunum Yolu Hastalıkları- KOAH



- KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) hastalığının en kötü yanı, bronşlarda oluşan tıkanmanın bir daha düzelmemesi ve tedavi olunmaz ise hastalığın sinsi ilerlemesidir.
- Hastalığın en önemli nedeni SİGARA bağımlılığıdır.

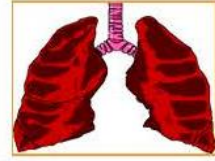
Solunum yolu hastalıkları- KOAH

- KOAH yaklaşık olarak 20 yıl günde bir paket sigara içme sonrasında ortaya çıkar. Eğer günde bir paketten daha fazla sayıda sigara içiliyorsa bu zaman daha da kısalır.
- KOAH teşhisi alan kişilerin büyük çoğunluğu halen sigara içen veya çok uzun süre sigara içmiş ve bırakmış kişilerdir.

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

* KORUNMA:

- Sigara içmemek,
- Hava kirliliğinden korunma,
- Allerjik maddelerden uzak durulmalı,
- Akc. yakınmaları olanlar sağlık kurumuna başvurmalı,
- Solunum yolu enfeksiyonları zamanında tedavi edilmeli.



Diabetes Mellitus (Şeker Hastalığı)

- * Dünya genelinde %1-2
60 yaş üzerinde %2-7
Türkiye'de % 4

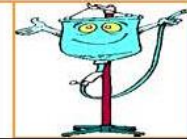


- * Tanı: AKŞ → 140 mg ↗ veya
Glukoz tolerans testi → 200 mg ↗.
(115-140 mg : şüpheli)
- * Bulgular; çok su içme, çok idrar yapma,
çok yeme, ağız kuruluğu

Diabetes Mellitus (Şeker Hastalığı)

* KORUNMA:

- Sigara ve alkol kullanılmamalı,
- Şekerli ve hamurlu yiyecekler fazla tüketilmemeli (dengeli bir diyet)
- Heyecan ve stresten kaçınılmalı (sosyal yaşamını düzenlemeli), fiziksel aktivite yapmalı
- 40 yaş ↗ düzenli kan ve idrar tahlili,
- Hastaların kontrolü, diyet ve ilaç kullanımına dikkat.

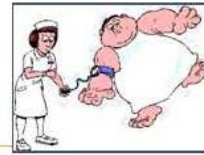


Aşırı Şişmanlık (Obezite)

- Obezite; yağ depolaması sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır.
- Besinlerle alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından dolayı vücut yağ depolar ve bu durum yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Aşırı Şişmanlık (Obezite)- Nedenleri

- Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının %15-18'i, kadınlarda ise %20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır.
- Bu oranın erkeklerde %25, kadınlarda ise %30'un üstüne çıkması obeziteyi oluşturmaktadır.



Aşırı Şişmanlık (Obezite)- Nedenleri

- Genetik olarak yatkın olma, hormonal bozukluklar, psikolojik sorunlar ve bazı ilaçların kullanılması obezitenin oluşumunda etkili olmaktadır.

Aşırı Şişmanlık (Obezite)- Korunma

- Obeziteden korunmak için besin miktarına, tüketim sıklığına ve barındırdığı kaloriye dikkat edilmelidir.
- Aşırı yağlı, şekerli ve tuzlu besinlerden kaçınılmalıdır.
- Doğal ve taze besinler tercih edilmelidir.
- Haşlama, ızgara gibi pişirme yöntemleri tercih edilmelidir.
- Meyve ve sebzeler mevsiminde bol su ile yıkandıktan sonra, mümkünse kabuğuyla tüketilmelidir.
- İçecek olarak taze sıkılmış meyve suyu, süt ve ayran gibi içecekler tercih edilmelidir.



Aşırı şişmanlık (obezite) Korunma

- Haftada en az 2 kez (ızgara) balık tüketilmelidir.
- Beyaz ekmek yerine tam buğday unundan mayalandırılarak yapılan ekmek tercih edilmelidir.
- Düzenli olarak egzersiz yapmak, asla unutulmamalıdır.
- Dikkat edilmesi gereken en önemli unsur ise bol miktarda su tüketimidir.

Kronik Hastalıklar- Korunma

- Korunmak için; öncelikle nedenlerinden kaçınmak gerekir. Hastalığın erken döneminde tanı konulması çok önemlidir. Böylece zamanında ve uygun tedavi edilmesi ve izlenmesi mümkün olur.
- **“ KORUN, ÖNLEM AL YAŞAM BOYU SAĞLIKLI KAL ”**



KRONİK HASTALIKLARDAN KORUNMA VE KONTROL PROGRAMLARI

- 1- Hastalık nedenlerinden korunma
- 2- Hastalığın erken dönemde saptanması
- 3- Zamanında ve uygun tedavi yapılması
- 4- Tedavi sonu izleme



Hastalık nedenlerinden korunma

Yaşam tarzı ve alışkanlıkların değişimi

- *Sigara içilmemesi
- akciğer Ca,
- koroner kalp hst.,
- osteoporoz,
- mesane ve
- serviks Ca yı önler.

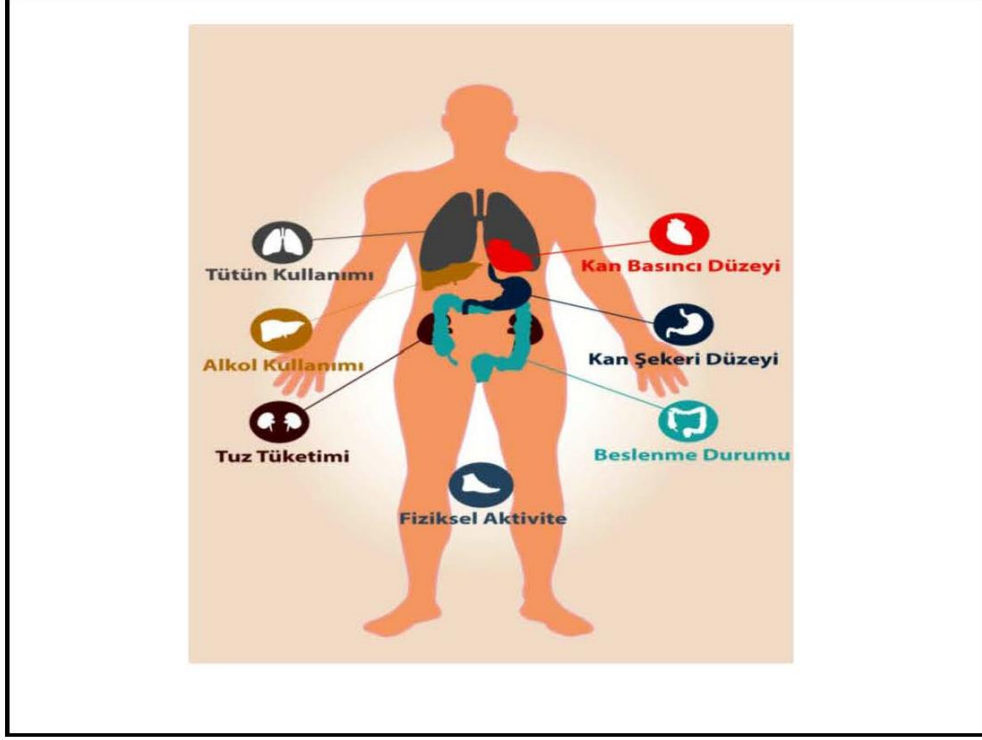


Hastalık nedenlerinden korunma

- * Diyetteki tuz miktarının azaltılması
 - hipertansiyon,
 - koroner kalp hastalığını önler.

Hastalık nedenlerinden korunma

- * Lifli gıdalara daha çok yer verilmesi
 - hipertansiyon,
 - koroner kalp hastalığı,
 - bazı kanserleri önler
- * Düzenli fizik egzersiz yapılması
 - hipertansiyon,
 - koroner kalp hastalığı,
 - osteoporoz,
 - dejeneratif artriti önler.



Hastalığın erken dönemde saptanması

- * İkincil düzeyde korunma sağlar (erken tanı)
- * Sağlık eğitimi ve taramalar ile yürütülür
- * Uygun bir tanı ve tedavi yöntemi olan hastalıklarda uygulanır (ht, meme ve serviks Ca, göz içi basınç artışı (glokom), şeker (diabet) gibi)



Zamanında ve uygun tedavi yapılması



* Tedavinin sürekliliği önemlidir.

*Amaç; yaşamın uzatılması, komplikasyonların önlenmesi ve bu sayede yaşam kalitesinin yükseltilmesidir.

Tedavi sonu izleme



* Tedavi genellikle yaşam boyu olduğu için belli aralıklarla izlenmelidir.

* İzlemlerde ; hastalığın kontrol altında olup olmadığı ve olası komplikasyonlar değerlendirilir.

KRONİK HASTALIKLAR

RİSK FAKTÖRLERİ



Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü
İş Yeri Hekimliği



Atatürk Bulvarı No:20 Ulus/ Ankara
(0312) 324 22 10



TEŞEKKÜRLER....



Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü İş Yeri Hekimliği
Atatürk Bulvarı No:20 Ulus / Ankara
(0312) 324 22 10

EK 6: KRONİK HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ EL BROŞÜRÜ

KRONİK HASTALIKLAR

Kronik hastalık; hastalığın uzun zaman devam etme ve kötüye gitme olasılığı ile nitelenen kronik durumların başlangıcıdır.

Kronik hastalıklar ülkemiz için önemli bir sağlık sorunudur. Sık görülür, çok sayıda ölüm ve sakatlığa neden olur. Kronik hastalıklar genelde orta ve ileri yaşların hastalığıdır.

Genellikle tam iyileşmeleri söz konusu olmayan, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlıklar bırakan, oluşmasında kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı, çoğunlukla enfeksiyon kaynaklı olmayan hastalıklardır. Çoğu ailevi özellik gösterir.

Korunmak için; öncelikle nedenlerinden kaçınmak gerekir. Hastalığın erken döneminde tanı konulması çok önemlidir. Böylece zamanında ve uygun tedavi edilmesi ve izlenmesi mümkün olur.

"KORUN, ÖNLEM AL YAŞAM BOYU SAĞLIKLI KAL"

Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü İş Yeri Hekimliği
Atatürk Bulvarı No:20 Ulus / Ankara
{6812}324 22 10



Sağlıklı ve mutlu bir ömür için ...

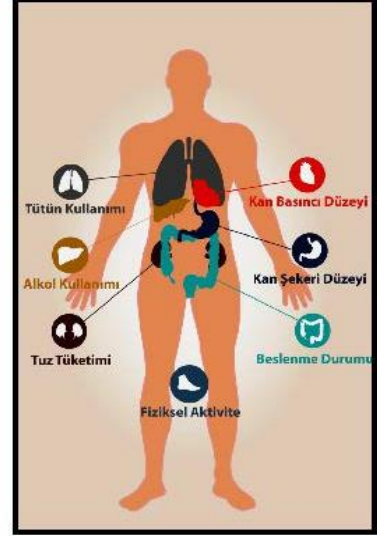


- Kilo almayın
- Şekerli ve unlu gıdalardan uzak durun
- Yeterli ve dengeli beslenin
- Tuz tüketimini azaltın
- Stresli ortamlardan uzak durun
- Düzenli olarak egzersiz yapın
- Gerekli durumlarda aşılarınızı yaptırın
- Doktor kontrollerinizi ihmal etmeyin
- Kişisel hijyen kurallarında titiz olun
- Sigara kullanmayın
- Alkol kullanımından kaçının



...bu yaşam tarzını seçin

KRONİK HASTALIKLARDA RİSK FAKTÖRLERİ



KORUN, ÖNLEM AL YAŞAM BOYU SAĞLIKLI KAL

KRONİK HASTALIKLAR VE KORUNMA

Kalp - Damar Hastalıkları

Yüksek tansiyon, iskemik kalp hastalıkları, ritim bozuklukları ve kardiyomyopatlardır.

Tansiyonu kan basıncı olarak tanımlayabiliriz. Erişkin her 3 kişiden 1'inde hipertansiyon vardır. Kadınlarda erkeklerden daha siktir. Yüksek tansiyon pek çok hastalığa yol açabilir.

KORUNMAK İÇİN:

Tansiyon yüksekliği olan bütün hastalara yaşam tarzı ile ilgili değişiklikler önerilmektedir.

- Kilo kontrolü
- Tuz tüketiminin kısıtlanması
- Alkol tüketiminden kaçınılması
- Meyve ve sebze tüketiminin artırılması, doymuş ve total yağ tüketiminin azaltılması
- İlaçların düzenli alınması
- Sigara kullanımına son verilmesi
- Düzenli fiziksel aktivite ve egzersiz yapılması.

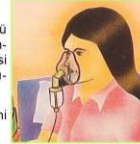


Solunum Yolu Hastalıkları

Koah, "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı", *Astım*, gibi hastalıklardır.

KOAH hastalığının en kötü yanı, bronşlarda oluşan tıkanmanın bir daha düzelmemesi ve tedavi olunmaz ise hastalığın sinsiçe ilerlemesidir.

Hastalığın en önemli nedeni SİGARA bağımlılığıdır.



KORUNMAK İÇİN:

KOAH yaklaşık olarak 20 yıl, günde bir paket sigara içme sonrasında ortaya çıkar. Eğer günde bir paketten daha fazla sigara içiliyorsa bu süre daha da kısalır. KOAH teşhisi alan kişilerin büyük çoğunluğu halen sigara içen veya çok uzun süre sigara içmiş ve bırakmış kişilerdir.

KRONİK HASTALIKLAR VE KORUNMA

Diyabet (Şeker hastalığı)

Diyabet, pankreasın yetersiz veya hiç insülin üretmemesiyle karakterize, şeker yüksekliğiyle seyreden bir hastalıktır. Uzun dönemde birçok doku ve organlarda hasara yol açar. Diyabetin iki önemli ve belirgin tipi vardır:

Tip 1

Diyabet için Risk Faktörleri: genetik ve çevresel faktörlerin bu tip diyabet gelişimi için tetikleyici rol oynayabildiği görülmektedir.

Tip 2

Diyabet için Risk Faktörleri: Yaş, şişmanlık, ailede diyabet olması, fiziki aktivite azlığı, bozulmuş glikoz toleransı.

Bugün diyabeti, tamamen iyileştirici bir tedavi yoktur. Ancak, etkin tedavi vardır.

KORUNMAK İÇİN:

Dengeli bir diyet, fiziksel aktivite, tıbbi yardım (ilaç), sosyal yaşamın düzenlenmesi gerekmektedir.



Kanser

Kanser kısaca, hücrelerde DNA'nın hasarı sonucu hücrelerin kontrolsüz veya anormal bir şekilde büyümesi ve çoğalmasidir. Kanser hücreleri toplanarak ırlan (*tumörler*) oluştururlar.

Ölümcül hastalıklardan biridir. Radyoaktif maddelere maruz kalma, bazı kimyasal maddelerin vücutta birikmesi, aileden gelme kalıtsal eğilim gibi birçok faktör kanser oluşumunda etkilidir.

KORUNMAK İÇİN:

Kanserden korunmanın farklı yolları vardır. Özellikle yaşam tarzında yapılacak değişiklikler bu yollardan ilki olacaktır. Yiyecekler, düzenli yaşam şekli, stres azaltıcı hayat biçimi, düzenli egzersiz yapılması sayesinde vücudun savunma sistemleri güçlendirilir. Özellikle sigaradan uzak durulmalıdır. Alkol tüketiminden kaçınılmalıdır. Hiç sağlıklı şikayetiniz olmasa bile düzenli aralıklarla sağlık kontrolleri yapılmalıdır.



KRONİK HASTALIKLAR VE KORUNMA

Aşırı şişmanlık (Obezite)

Obezite; yağ depolaması sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Besinlerle alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından dolayı vücut yağ depolar ve bu durum yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının %15-18'i, kadınlarda ise %20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Bu oranın erkeklerde %25, kadınlarda ise %30'un üstüne çıkması obeziteyi oluşturmaktadır.

Genetik olarak yatkın olma, hormonal bozukluklar, psikolojik sorunlar ve bazı ilaçların kullanılması obezitenin oluşumunda etkili olmaktadır.

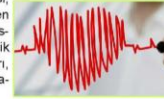
KORUNMAK İÇİN:

Obeziteden korunmak için, besin miktarına, tüketim sıklığına ve bantırdığı kaloriye dikkat edilmelidir. Aşırı yağlı, şekerli ve tuzlu besinlerden kaçınılmalıdır. Doğal ve taze besinler tercih edilmelidir. Haşlama, ızgara gibi pişirme yöntemleri tercih edilmelidir. Meyve ve sebzeler bol su ile yekandıktan sonra, mümkünse kabuğuyla tüketilmelidir. İçecek olarak taze sıkılmış meyve suyu, süt ve ayran gibi içecekler tercih edilmelidir. Haftada en az 2 kez (ızgara) balık tüketilmelidir. Beyaz ekmeğin yerine tam buğday unundan mayalandırılarak yapılan ekmeğin tercih edilmelidir. Düzenli olarak egzersiz yapmak asla unutulmamalıdır. Dikkat edilmesi gereken en önemli unsur ise bol miktarda su tüketimidir.



Diğer Kronik Hastalıklar

Bunlar: Peptik ülser, gastrit, irritabl barsak hastalığı, kronik kabızlık, karaciğer safra kesesi hastalıkları gibi sindirim sistemi hastalıkları; epilepsi, parkinson, alzheimer, migren gibi nörolojik hastalar, depresyon, takıntı gibi psikiyatrik hastalıklar ve cilt hastalıkları, göz hastalıkları, kulak hastalıkları gibi hastalıklardır.



KORUN, ÖNLEM AL YAŞAM BOYU SAĞLIKLI KAL

KRONİK HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ



Kan Basıncı Düzeyi

Tütün Kullanımı



Kan Şekeri Düzeyi

Alkol Kullanımı



Tuz Tüketimi

Beslenme Durumu



Fiziksel Aktivite



Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü İş Yeri Hekimliği
Adres; Atatürk Bulvarı No:20 Ulus/ Ankara (0312) 324 22 10

KORUN, ÖNLEM AL YAŞAM BOYU SAĞLIKLI KAL

KRONİK HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ

Kan Basıncı Düzeyi



Kan Şekeri Düzeyi



Tuz Tüketimi



Tütün Kullanımı



Alkol Kullanımı



Beslenme Durumu



Fiziksel Aktivite



KORUN, ÖNLEM AL YAŞAM BOYU SAĞLIKLI KAL



KRONİK HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ

Kan Basıncı Düzeyi



Kan Şekeri Düzeyi



Tuz Tüketimi



Tütün Kullanımı



Alkol Kullanımı



Beslenme Durumu



Fiziksel Aktivite



Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü İş Yeri Hekimliği
Adres; Atatürk Bulvarı No:20 Ulus/ Ankara (0312) 324 22 10

KRONİK HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ



**KORUN, ÖNLEM AL,
YAŞAM BOYU SAĞLIKLI KAL**

Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü İş Yeri Hekimliği
Adres: Atatürk Bulvarı No:20 Ulus/ Ankara (0312) 324 22 10



KRONİK HASTALIKLAR



Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü
İş Yeri Hekimliği



Atatürk Bulvarı No:20 Ulus/ Ankara
(0312) 324 22 10