

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK BAKANLIĞI VE TÜRKİYE HALK
SAĞLIĞI KURUMU'NUN STRATEJİK PLANLARINDAKİ
ÖNCELİKLİ HALK SAĞLIĞI SORUNLARININ
SOSYO-DEMOGRAFİK ANALİZİ**

Fatma KANTAŞ YILMAZ

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Onur YARAR**

İSTANBUL, 2017



**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK BAKANLIĞI VE TÜRKİYE HALK
SAĞLIĞI KURUMU'NUN STRATEJİK PLANLARINDAKİ
ÖNCELİKLİ HALK SAĞLIĞI SORUNLARININ
SOSYO-DEMOGRAFİK ANALİZİ**

**Fatma KANTAŞ YILMAZ
142022011**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Onur YARAR**

İSTANBUL, 2017

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

DOKTORA TEZİ
ONAYI(6)

Öğrenci Adı Soyadı ve Numarası	Fatma Kantaş Yılmaz	142022011
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi	
Program Adı	Sağlık Yönetimi Doktora	
Tez Danışmanı Ünvanı Adı Soyadı	Yrd. Doç. Dr. Onur Yarar	
İkinci Tez Danışmanı Unvan Adı Soyadı		
Sınavın Yapıldığı Yer	Tuzla Kampüsü Sağlık Bilimleri Fakültesi Toplantı Salonu	
Sınavın Yapıldığı Tarih	27.12.2017	Saat:15.00
Tezin Başlığı	Türkiye'de Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun Stratejik Planlarındaki Öncelikli Halk Sağlığı Sorunlarının Sosyo-Demografik Analizi	

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 42.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU 'ne **OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA** karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KARAR (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Onur Yarar - Danışman	Kabul	
Prof. Dr. Mithat Kıyak	kabul	
Prof. Dr. Haydar Sur (Üsküdar Üniversitesi)	Kabul.	
Doç. Dr. Haluk Özseri (Acıbadem Üniversitesi)	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. Gülhan	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KARAR (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Erdiñç Ünal		
Yrd. Doç. Dr. Selma Söyük (İstanbul Üniversitesi)		

ÖZET

Küresel boyutta mücadele edilen sağlık problemlerinin önemli risk faktörleri arasında sayılan obezite, fiziksel inaktivite, tütün ve tütün ürünleri kullanımı ve alkol ve madde bağımlılığı ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 yıllarındaki Stratejik Planı ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 2014-2017 Stratejik Planında öncelikli ilan edilen halk sağlığı sorunlarından. Bu çalışmada, ele alınan öncelikli halk sağlığı sorunlarının sosyo-demografik kriterlere göre analizi yapılarak, sağlık problemlerine yönelik temel stratejiler oluşturulmasında ve yüksek riskli grupların ihtiyaçlarına cevap verebilecek planlamalar yapılmasına ışık tutacak bilgiler sunulması amaçlanmıştır.

Bu çalışma, tanımlayıcı bir araştırma olup evreni Türkiye oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından iki yılda bir gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Araştırmalarının 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yılı verileri baz alınarak analiz yapılmıştır. Çalışmada veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler n (%), sürekli değişkenler ise paragraf içinde ortalama±standart sapma şeklinde özetlenmiştir. Obezite, fiziksel aktivite, alkol tüketimi, tütün tüketimi, kronik hastalık gibi özelliklerin birçoğu alt kırılımlarda (cinsiyet, beden kitle indeksi, eğitim durumu, yaş grupları gibi) yüzde ve oranlarla gösterilmiş, gerekli yerlerde sütun grafiği, çizgi grafiği vb. grafiksel yaklaşımlardan yararlanılmıştır.

Çalışmada, obezitenin dünyadaki artışa paralel olarak ülkemizde de artmaya devam ettiği görülmektedir. Obezite oranı kadınlarda daha yüksek olmakla birlikte, fazla kilolu olma durumu ise erkeklerde daha fazladır. Fazla kilolu bireylerde 45 yaşına kadar, obez bireylerde ise 55 yaşına kadar artış yaşanmış ve sonrasında ise oranlar azalmıştır. Eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlarda obezite oranları diğer gruplarla karşılaştırıldığında yüksektir. Astım, kalp yetmezliği, hipertansiyon, diyabet, depresyon gibi çeşitli kronik hastalıkların görülme sıklığı obezlerde ve fazla kilolularda yüksek oranlara sahiptir. Fiziksel aktivite durumunda erkeklerin, kadınlara göre daha aktif olduğu, orta ve ağır olarak tanımlanan aktivitelerin düzeyinin yaş arttıkça azaldığı, eğitim düzeyi arttıkça yürüyüş yapma oranının arttığı araştırmadan çıkan diğer sonuçlardır. Ayrıca fiziksel aktivite oranının en yüksek olduğu kişiler aynı zamanda kendimi depresyonda hissetmedim diyen kişilerdir. Yürüyüş yapma oranları ise en düşük obez bireylerde çıkmıştır. Tütün kullanımı verileri ele alındığında; erkeklerde, 25-55 yaş aralığında, lise

mezunlarında ve evli bireylerde sigara içme oranının yüksek olduğu görülmektedir. Merak, özentî ve arkadaş etkisi tütüne başlama nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Ülkemizde en çok kullanılan tütün ürünü paket sigara olup, içilen ortalama sigara âdeti 2016 yılında $15,9\pm 9,9$ 'dur. İlk kez tütün kullanım yaşı ortalaması $17,7\pm 5,5$ olarak tespit edilmiştir. Sigara içmiş ve içenlerden sigarayı bırakmayı deneyenlerin oranı % 33,1'dir. Alkol kullanımı genel olarak ülkemizde erkeklerde, evli ve dul bireylerde, 45-54 yaş arasında yüksek orandadır. Düzenli alkol kullanım oranı obez bireylerde fazladır. Alkole başlama nedenleri arasında ilk sıralarda, merak, özentî, eğlence, arkadaş etkisi kişisel sorunlar yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, fiziksel aktivite, tütün kullanımı, alkol kullanımı, sosyo-demografik analiz.

ABSTRACT

SOCIO-DEMOGRAPHIC ANALYSIS OF THE PRIMARY PUBLIC HEALTH ISSUES IN THE STRATEGIC PLANS OF THE PUBLIC HEALTH INSTITUTION OF TURKEY AND THE MINISTRY OF HEALTH OF TURKEY

Obesity, physical inactivity, use of tobacco and tobacco products and alcohol and substance abuse, which are among the important risk factors of the global health problems, are declared as primary public health problems in the Ministry of Health's 2013-2017 Strategic Plan and Turkish Public Health Agency's 2014-2017 Strategic Plan. In this study, it was aimed to provide information that will shed a light on the basic strategies for health problems and plan to meet the needs of high-risk groups, by analyzing the priority public health problems according to socio-demographic criteria.

This study is a descriptive research and the research population are Turkey. Analyses were made based on the data of 2008, 2010, 2012, 2014 and 2016 of the Turkish Health Surveys conducted every two years by the Turkish Statistical Institute. When the data are evaluated in the study, categorical variables n (%), continuous variables are summarized as mean \pm standard deviation in the paragraph. Many of the features such as obesity, physical activity, alcohol consumption, tobacco consumption and chronic illness are shown with percentages and ratios in the sub-breakdowns (gender, body mass index, education status, age groups etc) and column graphs, graphical approaches were utilized.

In the study, obesity continues to increase in our country, similar to its increase in the world. The obesity rate is higher in women, while overweight is more common in men. Up to 45 years of age in overweight individuals and up to 55 years of age in obese individuals, there was an increase but after a while rates have decreased. Obesity rates are higher in those with lower education and lower income levels when compared to other groups. The incidence of various chronic diseases for instance asthma, heart failure, hypertension, diabetes, depression is higher in people with obesity and overweight. In the case of physical activity, men are more active than women and the level of activities defined as moderate and severe decreases as age increases and with the increase of education level, the number of people who goes on a walk gets higher. People with the highest rates of physical activity are those who also do not feel depressed at the same time. Walking rates are the lowest in obese individuals. When considering the use of

tobacco; in males, in the age range of 25-54 years, in high school graduates and in married individuals, the rate of smoking is high. Curiosity, euphoria and friend influence are among the first reasons to start tobacco. The most used tobacco products in our country are packaged cigarettes, and the average number of cigarettes consumed is $15,9 \pm 9,9$ in 2016. The average age of tobacco use for the first time was $17,7 \pm 5,5$. The rate of those who tried to quit smoking among current smokers and the ones who use to be smokers was 33,1%. Alcohol use is generally high in males in our country, married and widowed individuals in the 45-54 age group. Regular alcohol use rates are higher in obese individuals. Among the reasons for starting alcohol are wonder, attention, fun, friend influence and personal problems in the first place.

Keywords: Obesity, physical activity, tobacco use, alcohol consumption, socio-demographic analysis.

ÖNSÖZ

Tez danışmanlığımı üstlenerek çalışmam boyunca destek ve emeğini esirgemeyen Değerli Hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Onur YARAR'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamda Tez İzleme Komitesinde yer almayı kabul ederek desteklerini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Mithat KIYAK'a teşekkür ediyorum.

Görüş ve önerileri ile tezime yön veren ve Tez İzleme Komitemde yer alarak her zaman bilgi ve deneyimini paylaştan Sayın Prof. Dr. Haydar SUR'a müteşekkir olduğumu belirtmek isterim.

Çalışmamda kullanılan verilerin istatistiksel analizindeki katkılarından dolayı Sayın Yusuf Kemal ARSLAN'a minnet duygularımı iletirim.

Tezimde kullandığım "Türkiye Sağlık Araştırması" verilerini paylaşarak tezime büyük katkı sunan Türkiye İstatistik Kurumu'na ve her zaman destek ve emeğini esirgemeyen değerli çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Hep benim yanımda oldukları, bana güç ve enerji verdikleri için Canım Kızım Asya'ya, Canım Oğlum Mete'ye, Sevgili Eşim Gökhan Yılmaz'a, Aileme ve Çok Değerli Çalışma Arkadaşlarıma teşekkürlerimi bir borç bilirim.

BEYAN

Bu çalışmamın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Fatma Kantaş Yılmaz



İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
TEZ ONAYI.....	iv
ÖZET....	v
ABSTRACT.....	vii
ÖNSÖZ	ix
BEYAN	x
İÇİNDEKİLER.....	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
GRAFİKLER LİSTESİ.....	xvii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xix
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	xx
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.	4
2.1. Halk Sağlığı Sorunları.....	4
2.2. Obezite.....	4
2.2.1. Obezite Tanımı ve Nedenleri.....	4
2.2.2. Dünyada ve Türkiye’de Obezite ile ilgili Mevcut Durum	8
2.2.2.1. Yetişkin Bireylerde Obezite.....	8
2.2.2.2. Çocuklarda Obezite.....	19
2.3. Fiziksel Aktivite.....	28
2.3.1. Fiziksel Aktivite Tanımı ve Faydaları	28
2.3.2. Dünyada ve Türkiye’de Fiziksel Aktivitede Mevcut Durum.....	34
2.4. Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımı.....	42
2.4.1. Dünyada Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımı.....	42
2.4.2. Türkiye’de Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımı.....	46
2.4.3. Türkiye’de Küresel Yetişkin Tütün Araştırması.....	48
2.5. Alkol ve Madde Bağımlılığı.....	50
2.5.1. Dünyada ve Türkiye’de Alkol Kullanımında Mevcut Durum	51
2.5.2. Dünyada ve Türkiye’de Madde Kullanımında Mevcut Durum	54
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	59
4. BULGULAR.....	62
4.1. 2008 Yılına Ait Bulgular.....	62

4.2. 2010 Yılına Ait Bulgular	75
4.3. 2012 Yılına Ait Bulgular	89
4.4. 2014 Yılına Ait Bulgular	103
4.5. 2016 Yılına Ait Bulgular	116
4.6. Yıl Bazında Karşılaştırmaya Ait Bulgular.....	129
5. TARTIŞMA.....	137
5.1. Obezite.....	137
5.2. Alkol Kullanımı.....	142
5.3. Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımı.....	145
5.4. Fiziksel Aktivite.....	148
6. SONUÇLAR	152
KAYNAKÇA.....	155
ÖZGEÇMİŞ.....	167

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. VKİ Kilolu, Fazla Kilolu ve Obezite Uluslararası Sınıflandırması.....	5
Tablo 2. Obezite Nedenleri	6
Tablo 3. Bel Çevresi Uzunluğuna Göre Sınıflandırma	7
Tablo 4. Dünya Sağlık Örgütü Bölgelere Göre Yetişkinlerde Obezite Oranları.....	9
Tablo 5. Gelir Gruplarına Göre Yetişkinlerde Obezite Prevalansı.....	15
Tablo 6. : Yetişkin (19 + Yaş) Bireylerin BKİ Sınıflamasına Göre Dağılımı.....	17
Tablo 7. Toplamda Vücut Ağırlığı ve BKİ Z-Skorunun Dağılımı	25
Tablo 8. Çocuklarda Yaşa Göre (6-18) BKİ Z-Skor Değerleri Dağılımı.....	26
Tablo 9 Fiziksel Aktivitenin Sağlığa Etkileri.....	28
Tablo 10. Fiziksel Aktivite İle Kronik Hastalıklar Arasında İlişki	31
Tablo 11. Avrupa Birliği Ülkelerinde Egzersiz veya Spor Yapma Sıklığı	37
Tablo 12. Son bir haftada (12 +) 30 dakika veya daha fazla spor yapma durumu.....	40
Tablo 13. Tütün Kullanım Prevalansı Bölgelere Göre (2010 ve 2025).....	44
Tablo 14. Amerika’da Okul Düzeyi, Cinsiyet ve Irk/Etnik Duruma Göre Son 30 Gün İçinde Tütün Kullanımının Tahmini Yüzdesi	45
Tablo 15. Türkiye’de Tütün Kullanım Prevalansı.....	46
Tablo 16. 15 Yaş ve Üzeri Tütün Kullanımında Trendler	46
Tablo 17. 15 Yaş ve Üstü Kişilerde Günlük Tütün Kullanımı Trendler	47
Tablo 18. Mevcut Tütün Kullanımında Yaşa Özel Oranlar (2000, 2010 ve 2025)...	47
Tablo 19. Halen Tütün Ürünleri Kullananların (15+) Demografik Kriterlere Göre Dağılımı	49
Tablo 20. 2008 Yılında TSA’ya Katılan Bireylerin Yaş Dağılımı	62
Tablo 21. TSA 2008’de Sağlık Harcamalarının Karşılama Şekilleri.....	63
Tablo 22. TSA 2008’e Katılanların Eğitim Durumları.....	63
Tablo 23. TSA 2008’e Katılanların Hane Halkı Gelir Durumları.....	64
Tablo 24. TSA 2008’e Katılanların BKİ Sınıfları.....	64
Tablo 25. TSA 2008’e Katılanlarda Cinsiyet Bazında BKİ Sınıfları	65
Tablo 26. TSA 2008’e Katılanlarda BKİ’nin Yaşa Göre Dağılımı	65
Tablo 27. TSA 2008’e Katılanlarda Gelir Durumu Bazında BKİ Dağılımı.....	67
Tablo 28. TSA 2008’de Kronik Hastalıklar ve BKİ Grupları	69
Tablo 29. Düzenli Alkol Kullanımı ve BKİ Grupları.....	71

Tablo 30. Fiziksel Aktivite ve BKİ Grupları.....	71
Tablo 31. Fiziksel Aktivite ve Yaş Grupları	72
Tablo 32. Fiziksel Aktivite ve Medeni Durum İlişkisi	73
Tablo 33. Fiziksel Aktivite ve Depresyon.....	73
Tablo 34. Cinsiyet ve Bel Çevresi İlişkisi	74
Tablo 35. 2010 Yılında TSA'ya Katılan Bireylerin Yaş Dağılımı	75
Tablo 36. TSA 2010'da Sağlık Harcamalarının Karşılama Şekilleri	75
Tablo 37. TSA 2010'a Katılanların Eğitim Durumları.....	76
Tablo 38. TSA 2010'a Katılanların Hane Halkı Gelir Durumları	76
Tablo 39. TSA 2010'a Katılanların BKİ Sınıfları	77
Tablo 40. TSA 2010'a Katılanlarda Cinsiyet Bazında BKİ Sınıfları	77
Tablo 41. TSA 2010'a Katılanlarda BKİ'nin Yaşa Göre Dağılımı	78
Tablo 42. TSA 2010'a Katılanlarda Gelir Durumu Bazında BKİ Dağılımı	80
Tablo 43. TSA 2010'da Kronik Hastalıklar ve BKİ Grupları	81
Tablo 44. Düzenli Alkol Kullanımı ve BKİ Grupları	83
Tablo 45. Dumana Maruz Kalma Durumu	84
Tablo 46. Paket Uyarı Yazısının Etkili Olup Olmadığı İle İlgili Görüşler.....	84
Tablo 47. Fiziksel Aktivite ve BKİ Grupları	85
Tablo 48. Fiziksel Aktivite ve Yaş Grupları	86
Tablo 49. Fiziksel Aktivite ve Medeni Durum İlişkisi	86
Tablo 50. Fiziksel Aktivite ve Depresyon	87
Tablo 51. Cinsiyet ve Bel Çevresi İlişkisi	88
Tablo 52. 2012 Yılında TSA'ya Katılan Bireylerin Yaş Dağılımı	89
Tablo 53. TSA 2012'de Sağlık Harcamalarının Karşılama Şekilleri	89
Tablo 54. TSA 2012'ye Katılanların Eğitim Durumları	90
Tablo 55. TSA 2012'ye Katılanların Hane Halkı Gelir Durumları	90
Tablo 56. TSA 2012'ye Katılanların BKİ Sınıfları.....	91
Tablo 57. TSA 2012'ye Katılanlarda Cinsiyet Bazında BKİ Sınıfları	91
Tablo 58. TSA 2012'ye Katılanlarda BKİ'nin Yaşa Göre Dağılımı	92
Tablo 59. TSA 2012'ye Katılanlarda Gelir Durumu Bazında BKİ Dağılımı.....	94
Tablo 60. TSA 2012'de Kronik Hastalıklar ve BKİ Grupları	95
Tablo 61. Düzenli Alkol Kullanımı ve BKİ Grupları	97
Tablo 62. Dumana Maruz Kalma Durumu	98

Tablo 63. Paket Uyarı Yazısının Etkili Olup Olmadığı İle İlgili Görüşler.....	98
Tablo 64. Fiziksel Aktivite ve BKİ Grupları	99
Tablo 65. Fiziksel Aktivite ve Yaş Grupları	100
Tablo 66. Fiziksel Aktivite ve Medeni Durum İlişkisi	100
Tablo 67. : Fiziksel Aktivite ve Depresyon	101
Tablo 68. Cinsiyet ve Bel Çevresi İlişkisi	102
Tablo 69. 2014 Yılında TSA'ya Katılan Bireylerin Yaş Dağılımı	103
Tablo 70. TSA 2014'de Sağlık Harcamalarının Karşılama Şekilleri	103
Tablo 71. TSA 2014'e Katılanların Eğitim Durumları	104
Tablo 72. TSA 2014'e Katılanların Hane Halkı Gelir Durumları.....	104
Tablo 73. TSA 2014'ye Katılanların BKİ Sınıfları	105
Tablo 74. TSA 2014'e Katılanlarda Cinsiyet Bazında BKİ Sınıfları	105
Tablo 75. TSA 2014'e Katılanlarda BKİ'nin Yaşa Göre Dağılımı	106
Tablo 76. TSA 2014'e Katılanlarda Gelir Durumu Bazında BKİ Dağılımı	108
Tablo 77. TSA 2014'e Kronik Hastalıklar ve BKİ Grupları	110
Tablo 78. Son 12 Ay İçerisinde Ne Sıklıkta Alkollü İçecek Kullandınız?.....	111
Tablo 79. Fiziksel Aktivite ve BKİ Grupları	113
Tablo 80. Fiziksel Aktivite ve Yaş Grupları.....	113
Tablo 81. Fiziksel Aktivite Yürüyüş ve Bunalımda Hissetme.....	114
Tablo 82. Fiziksel Aktivite ve Bunalımda Hissetme.....	115
Tablo 83. Ödeme Güçlüğü ve Aşağıdaki Tedavi İhtiyacı	115
Tablo 84. 2016 Yılında TSA'ya Katılan Bireylerin Yaş Dağılımı	116
Tablo 85. TSA 2016'da Sağlık Harcamalarının Karşılama Şekilleri	116
Tablo 86. TSA 2016'ya Katılanların Eğitim Durumları	117
Tablo 87. TSA 2016'ya Katılanların Hane Halkı Gelir Durumları	117
Tablo 88. TSA 2016'ya Katılanların BKİ Sınıfları	118
Tablo 89. TSA 2016'ya Katılanlarda Cinsiyet Bazında BKİ Sınıfları.....	118
Tablo 90. TSA 2016'ya Katılanlarda BKİ'nin Yaşa Göre Dağılımı	119
Tablo 91. TSA 2016'ya Katılanlarda Gelir Durumu Bazında BKİ Dağılımı.....	121
Tablo 92. TSA 2016'da Kronik Hastalıklar ve BKİ Grupları	122
Tablo 93. Son 12 Ay İçerisinde Ne Sıklıkta Alkollü İçecek Kullandınız?.....	124
Tablo 94. Fiziksel Aktivite ve BKİ Grupları	126
Tablo 95. Spor Yapma Gün Sayısının Cinsiyete Göre Dağılımı	127

Tablo 96. Fiziksel Aktivite ve Yaş Grupları	127
Tablo 97. Fiziksel Aktivite Yürüyüş ve Bunalımda Hissetme.....	128
Tablo 98. Fiziksel Aktivite ve Bunalımda Hissetme	128
Tablo 99. Ödeme Güçlüğü ve Aşağıdaki Tedavi İhtiyacı	129



GRAFİKLER LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Grafik 1. Yetişkinlerde Obezite Oranı, 2015 (Yakın Yıl).....	10
Grafik 2. Obezite Oranları (Kilolu Dahil), 15-74 Yaş.....	11
Grafik 3. OECD Geçmiş ve Öngörülen Kilolu Oranları.....	12
Grafik 4. Eğitim Seviyesine Göre Kilolu Bireylerde Eşitsizliğin Endeksi.....	13
Grafik 5. Amerika'da Etnik Farklılıklara Göre Yetişkinlerde Obezite Oranları...	13
Grafik 6. Kadın ve Erkeklerde Eğitim Düzeyine Göre Obezite Oranlarının Değişimi.....	13
Grafik 7. 15 Yaş Kilolu (Obezite Dahil) 2001-2002 Ve 2013-2014 Oranları	21
Grafik 8. OECD Ülkelerinde (Seçilmiş) Çocuklarda Obezitede Trend, Yaş 3-17...	21
Grafik 9. 5-17 Yaş Çocuklar Arasında Kilolu (Obez Dahil) Oranı (2010).....	22
Grafik 10. ABD'de Aşırı Kilolu ve Obez Çocukların Geçmiş Oranlar ve Gelecek Projeksiyonu	23
Grafik 11. ABD'de Etnik Farklılıklara Göre 3-17 Yaş Arası Çocuklarda Obezite Oranları.....	23
Grafik 12. ABD'de Çocuk Obezitesinde Sosyo Ekonomik Farklılıklar.....	24
Grafik 13. Düzenli (12+yaş) Fiziksel Aktivite Yapma Durumu	38
Grafik 14. Yetişkinlerde Tütün Kullanma Prevelansı (2007-2015).....	43
Grafik 15. Yetişkinlerde Cinsiyete Göre Mevcut Tütün Kullanımı Prevelansı, 2007-2015.....	43
Grafik 16. OECD Ülkelerinde Yetişkinler Arasında Alkol Tüketimi, 2015.....	52
Grafik 17. Alkole Bağlı Nedenlerle Ölüm Oranları, 2012.....	54
Grafik 18. Madde Kullanım Prevelansı (Tahmini) – Global Trend 2006-2014.....	55
Grafik 19. Madde Kullanan Kişi Sayısı (Tahmini) – Global Trend (2006-2014)....	56
Grafik 20. Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı...	57
Grafik 21. En Sık Kullanılan Uyuşturucu Madde (%).....	58
Grafik 22. Uyuşturucu Maddeye Başlama Nedeni (%).....	58
Grafik 23. BKİ'nin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları.....	66
Grafik 24. BKİ'nin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	67
Grafik 25. BKİ'nin Gelir Durumuna Göre Dağılımı	68
Grafik 26. Cinsiyete Bazında Bel Çevresine Göre Oluşan Riskler	74
Grafik 27. BKİ'nin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları	78

Grafik 28. BKİ'nin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	79
Grafik 29. BKİ'nin Gelir Durumuna Göre Dağılımı.....	80
Grafik 30. Cinsiyete Bazında Bel Çevresine Göre Oluşan Riskler.....	88
Grafik 31. BKİ'nin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları.....	92
Grafik 32. BKİ'nin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları.....	93
Grafik 33. BKİ'nin Gelir Durumuna Göre Dağılımı.....	94
Grafik 34. Cinsiyet Bazında Bel Çevresine Göre Oluşan Riskler	102
Grafik 35. BKİ'nin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları.....	107
Grafik 36. BKİ'nin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	108
Grafik 37. BKİ'nin Gelir Durumuna Göre Dağılımı.....	109
Grafik 38. BKİ'nin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları.....	120
Grafik 39. BKİ'nin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	121
Grafik 40. BKİ'nin Gelir Durumuna Göre Dağılımı	122
Grafik 41. Eğitim Durumuna Göre 10 Dk. Yürüme (Gün) Yüzdeleri	126
Grafik 42. Yıl Bazında Yaş Grupları Yüzdeleri.....	130
Grafik 43. Yıl Bazında Giderlerin Karşılama Tipi Yüzdeleri.....	130
Grafik 44. Yıl Bazında Eğitim Düzeyleri.....	131
Grafik 45. Yıl Bazında Gelir Düzeyleri.....	131
Grafik 46. Yıl Bazında BKİ Düzeyleri	132
Grafik 47. Erkeklerde Yıllara Göre BKİ Düzeyleri.....	132
Grafik 48. Kadınlarda Yıllara Göre BKİ Düzeyleri.....	133
Grafik 49. Yıl Bazında Eğitim Durumuna Göre Obezite Oranları.....	133
Grafik 50. Yıl Bazında Gelir Durumu Göre Obezite Oranları.....	134
Grafik 51. Yıl Bazında 10 Dakikalık Yürüyüş Yapma Oranı.....	134
Grafik 52. 2014 – 2016 Yılı Fiziksel Aktivite Oranları.....	135
Grafik 53. Tütün Mamülü Kullanım Oranı 2010-2012.....	135
Grafik 54. Düzenli Olarak Tütün mamulü kullanım Oranı 2010 – 2016.....	136
Grafik 55. Alkollü İçecek kullanım Oranı 2008 - 2016.....	136

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Şekil 1. Fiziksel Aktivitenin Belirleyicileri	29



SEMBOLLER/ KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AHA: Amerikan Kalp Derneği (The American Heart Association)

BKİ: Beden Kitle İndeksi

COSI : Childhood Obesity Surveillance Initiative

DSM 5: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

DSÖ/WHO: Dünya Sağlık Örgütü (WHO)

EMCDDA: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi

GBP: Great Britain Pound

GSYİH: Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla

KYTA: Küresel Yetişkin Tütün Kullanımı Araştırması

NUTS: İstatistikî Bölge Birimleri Nomenklatörü

OECD: The Organisation For Economic Co-Operation And Development

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

TKÇS: Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi

TSA: Türkiye Sağlık Araştırması

TUBİM: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

WHO FCTC: Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

1. GİRİŞ

Global boyutta yaşanan ekonomik gelişmeler, modernleşme ve kentleşme süreci toplumlarda sağlıklı yaşam biçimlerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Toplum sağlığı, demografik yaşlanma ve kronik hastalıklar gibi birçok faktör tarafından şekillenmektedir. Hayat standartlarının iyileşmesi ile birlikte sosyo-ekonomik gelişme bulaşıcı olmayan hastalıkların artmasına neden olmuştur. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun neredeyse tüm ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşmasına zemin hazırlayan ve önüne geçilebilir risk faktörleri sırasıyla hipertansiyon, tütün kullanımı, diyabet, fiziksel inaktivite ve fazla kiloluluk-obezitedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası örgütler tarafından ve birçok ülkenin sağlık politikalarında “herkes için sağlık” hedefine ulaşmak ve sağlığı geliştirmek için bulaşıcı olmayan hastalıkların altında yatan risk etmenlerine yönelik temel stratejiler ve etkinlikler planlanmaktadır (1).

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı 2013-2017 stratejik planında “sağlığa yönelik risk faktörlerinden halkı korumak ve sağlıklı yaşam biçimlerini özendirme” amaçlanmaktadır. Bu stratejik amacın ilk hedefi “sağlıklı beslenme alışkanlığını kazandırmak, fiziksel aktivite yapma düzeyini artırmak ve obeziteyi azaltmaktır”. İkinci hedef ise “tütün ile mücadeleyi devam ettirmek, tütün maruziyeti ve bağımlılık yapan maddelerin kullanımını azaltmaktır” (2).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014–2017 Stratejik Planında, “toplumu ve bireyi, sağlığa yönelik risklerden korumak, sağlıklı yaşam tarzlarını ve davranışlarını teşvik etmek, geliştirmek” birinci amaç olarak yer almaktadır. Bu amacın ilk hedefi, “halkın sağlıklı beslenme, obezite ve fiziksel aktivite konularında bilinçlenmesini sağlamak, sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı edindirme konusunda paydaşları teşvik etmektir”. Tütün ve diğer bağımlılık yapıcı madde kullanımı ve pasif içicilikle mücadele etmek, bırakmak isteyenlere destek olmak ve kullanım oranlarını azaltmak ise ikinci hedef olarak yer almaktadır (3).

Obezite küresel çapta ele alınan bir halk sağlığı sorunu olup birçok ölümcül hastalıkta risk faktörleri arasında en başta yer almaktadır. Dünyada yılda 2,8 milyon kişi, kilolu ve obezite durumu nedeniyle hayatını kaybederken, hareketsizlik yüzünden yılda 3,2 milyon kişi yaşamını yitirmektedir. Ülkemizde, 2010 yılında hayata geçen “Türkiye

Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017)” ile obezite ile mücadele edilmeye çalışılmakta ve düzenli fiziksel aktiviteye teşvik edilmektedir (5).

Tütün kullanımı, birçok sağlık problemine neden olan, önlenmesi mümkün hastalık ve ölüm sebepleri arasında ilk sırada yer alan risk faktörüdür (4). Ülkemizde tütün kullanımı konusunda Sağlık Bakanlığı'nın son yıllarda önemli çalışmaları olmakla birlikte yetişkin bireylerde tütün ve tütün ürünü kullanımı oldukça yüksek olup ciddi olarak ele alınması gereken bir sağlık problemidir (1). 2008 ve 2012 yılında gerçekleştirilen “Küresel Yetişkin Tütün Kullanımı Araştırması (KYTA)” verilerine göre 2012 yılı Türkiye’de sigara kullanım oranı %27,1’dir. Bu oran erkeklerde % 41,5 kadınlarda ise % 13,1 olup, 15 yaşından önce sigaraya başlayanların oranı ise % 16,1’dir. Pasif içicilikte 2008 ve 2012 döneminde büyük bir düşüş yaşanmış ve özellikle lokantalarda sigara içme oranı % 55,9’dan % 12,9’a düşmüştür (4).

Uyuşturucu madde kullanımı, Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye’de çok yaygın olmamakla birlikte, tüm boyutları ve risk etmenleri ile birlikte ele alınması gereken tıbbi, hukuki, sosyal ve güvenlik boyutları olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. 2011 yılında “Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM)” tarafından yapılan bir çalışma olan “Türkiye’de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması” ve “Türkiye’de Okullarda Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması” sonuçlarına göre herhangi bir uyuşturucu maddeyi (esrar dâhil) en az bir kez deneyenler 15-64 yaş grubunda %2,7, 15-16 yaş grubunda ise %1,5 tespit edilmiştir. Uyuşturucu madde kullanımını önleme konusunda ülkemizde yerel düzeyde birçok projeler başlatılmıştır. Uyuşturucu sorunu artık günümüzde küresel bir sorun haline gelmiş ve dünya çapında mücadeleyi gerektiren bir konu olmuştur (6).

Bu çalışmada, ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Planı ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 2014– 2017 Stratejik Planında öncelikli ilan edilen aşağıdaki halk sağlığı konu başlıklarının sosyo-demografik kriterlere göre analizinin yapılması planlanmıştır.

Halk Sağlığı Sorunları

- ✓ Obeziteyi azaltmak
- ✓ Fiziksel aktivite düzeyini arttırmak
- ✓ Tütün ve tütün ürünleri kullanımını ile mücadele
- ✓ Alkol ve madde bağımlılığı ile mücadele

Sağlık sorunlarının analizi ve çözümünde ilk ele alınan sosyo-demografik özellikler; sağlık sorunlarının boyutlarını, nedenlerini belirlemek ve en uygun çözüm yollarının belirlenerek planlamaların yapılması için son derece önemlidir. Ayrıca sağlık sorunlarının çözülmesinde en önemli hususlardan biri yüksek riskli grupların ihtiyaçlarına cevap vermek ve planlamalar yapmaktır. Bu amaçla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar ile sağlıklı birey ve dolayısıyla sağlıklı bir toplumu hedefleyen politika yapıcılara, sağlık yöneticilerine ve bu alanda çalışan profesyonellere ışık tutacak bilgiler sunulması planlanmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde halk sağlığı sorunu olarak ele alınan konu başlıklarının tanımları, nedenleri, dünyada ve Türkiye'deki mevcut durumları hakkında kapsamlı bilgilere yer verilmiş ve özellikle bu alanlarda yapılmış ulusal ve uluslararası çalışmalara değinilmiştir. İkinci bölümde, Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUIK) 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarında yapmış olduğu Türkiye Sağlık Araştırmaları verilerinin yıllık ve karşılaştırmalı analizine dayanarak yapılan çalışmanın metod ve yöntemine ilişkin açıklamalar yer almaktadır. Analiz sonucunda elde edilen veriler bulgular başlığı altında üçüncü bölümde incelenmiştir. Elde edilen bulguların literatür ile karşılaştırmalarının yapıldığı tartışma bölümü ve sonrasında yer alan sonuç ve öneriler bölümü ile çalışma tamamlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Halk Sağlığı Sorunları

Halk sağlığı, halkın sağlığının korunması ve eğitilmesini içermekle birlikte sağlığı bir bütün olarak geliştirmek ve popülasyondaki riskleri azaltmaktır. Halk sağlığı sorunları sosyal, kültürel, ekonomik, siyasi veya çevresel olabilir. 1950 yılından bu yana sağlık alanında birçok gelişme yaşanmasına rağmen her yıl diyabet, kronik akciğer hastalıkları ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklardan yaklaşık 36 milyon insan hayatını kaybetmektedir. Bu neredeyse dünyada her yıl ölen 56 milyon insanın üçte ikisini oluşturmaktadır. 7.5 milyon üzerinde beş yaş altı çocuk malnütrisyon ve önlenebilir hastalıklar nedeniyle, 6.7 milyon kişi de enfeksiyon hastalıklarından ölmektedir (32).

Küresel sağlık; nüfusun yaşlanması, hızlı plansız kentleşme ve küreselleşme olmak üzere üç eğilimden etkilenir: Tüm bu faktörler sağlıksız bir çevreye ve davranışlara neden olur. Sonuç olarak, bulaşıcı olmayan hastalıkların artan prevalansı ve bu hastalıkların risk faktörleri hem düşük hem de orta gelirli ülkeleri etkileyen global bir sorun haline gelmiştir. Bu ülkelerde yetişkin hastalık yükünün yaklaşık % 45'i bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Birçok düşük ve orta gelirli ülkeler bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan iki kat acı çekmektedir ve aynı zamanda bu ülkelerdeki sağlık sistemleri eklenen tedavi maliyetleri ile baş etmek zorunda kalmaktadır (19).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, tüm dünyada önemli bir yük oluşturmaktadır. Sigarayı bırakma, sağlıklı beslenme, alkol tüketimini azaltma gibi sağlıklı yaşam davranışlarının bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmasına rağmen hastalıklardan korunmak için aktif yaşama gereken önem gösterilmemiştir (15).

2.2. Obezite

2.2.1. Obezite Tanımı ve Nedenleri

Şişmanlık ve obezite; Dünya Sağlık Örgütü tarafından, “sağlığı bozabilecek anormal veya aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır. Vücut kitle indeksi (VKİ - body mass index- BMI), vücut ağırlığı ve boy ölçülerini kullanarak ortaya çıkan ve genellikle yetişkinlerde kiloluluk ve obeziteyi sınıflandırmak için kullanılan basit bir

endekstir. Bu endeks kişinin kilosunun, boyunun karesine bölünmesi (kg / m²) ile ortaya çıkar. Yetişkinler için Dünya Sağlık Örgütü, tablo 1’de belirtildiği gibi vücut kitle indeksi 25 ve üzeri ise kilolu, 30 ve üzeri ise obez olarak tanımlanmaktadır (33).

Tablo 1: VKİ’ne göre yetişkin içi kilolu, fazla kilolu ve obezite uluslararası sınıflandırması

SINIFLANDIRMA	BKİ (kg/m ²)	
	Temel Kesişim Noktaları	Geliştirilmiş Kesişim Noktaları
Zayıf (Düşük Ağırlıklı)	<18,50	<18,50
Aşırı Düzeyde Zayıflık	<16,00	<16,00
Orta Düzeyde Zayıflık	16,00-16,99	16,00-16,99
Hafif Düzeyde Zayıflık	17,00-18,49	17,00-18,49
Normal	18,50-24,99	18,50-22,99
		23.00 - 24.99
Kilolu	≥25.00	≥25.00
Pre-obez	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obez	≥30.00	≥30.00
Obez I. Derece	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obez II. Derece	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obez III. Derece	≥40.00	≥40.00

Dünya çapında, obezite prevalansı artmakta birlikte, 2030 yılı itibarıyla gelecek projeksiyonlarında tüm yetişkin nüfusun yaklaşık % 20’sinin yani 1 milyardan fazla insanın obez olacağı tahmin edilmektedir. Bu salgın, yüzyılın en büyük halk sağlığı sorunlarından biri olarak dünyada gittikçe artmakta olan ciddi sağlık problemi metabolik sendromun risk faktörlerinden biridir. Ayrıca, tip 2 diyabetis mellitus, kardiyovasküler hastalıklar, diğer kronik hastalıklar, erken ölüm ve yüksek mortalite riskinin artmasına yol açmaktadır (22).

İngiltere Foresight Obezite Sistemleri Haritası, obezitenin sosyal, biyolojik ve çevresel belirleyicilerinin karmaşık bir yapıda ve çok yönlü olmasına rağmen, temel belirleyicilerinin; gıda üretimi, gıda tüketimi, fizyoloji, bireysel aktivite, fiziksel aktivite ortamı, bireysel ve sosyal psikoloji gibi çeşitli alt sistemler olduğunu ifade etmektedir.

Bu çeşitlilik hem bireysel hem de nüfus düzeyinde bir takım potansiyel müdahale noktalarını önermektedir (22).

Hem bölgesel hem de uluslararası acil küresel sorunlardan biri haline gelen obezite, son 30 yılda Amerika'da dramatik bir şekilde artmaktadır. Kısa bir sürede yeme alışkanlıklarının değişmesi, yapısal ve genetik faktörlerin etkisi obezitenin artmasına neden olmuştur. Obezite problemini çözmek için birkaç yıl içinde büyük ölçüde değişen sosyal ve kültürel faktörleri incelemek gerekmektedir (9).

ABD'de yetişkinlerin üçte birinden fazlası (% 34,9) ve 2-19 yaş arası çocuk ve ergenlerin yaklaşık % 17'si (ya da 12,7 milyon) obezdir. Şişmanlık ve obezitenin hem bireysel hem de toplumsal ciddi acil sağlık sonuçları vardır. Yapılan epidemiyolojik, vaka-kontrol çalışmaları ve klinik çalışmalardan elde edilen verilere göre kötü beslenme örneğinin yüksek enerjili besin alımı, yoğun besleyici gıdalar, şekerli yiyecekler, düşük lifli diyetler, büyük porsiyonlu besinler obezitenin gelişimine neden olmaktadır (21).

Phelan ve arkadaşları (34) tarafından yapılan 4. sınıf tıp öğrencilerinin obezitenin nedenleri hakkındaki görüşlerini ele alan çalışmada obezitenin nedenleri tablo 2'de gruplandırılmış ve fazla yemek yeme, fiziksel inaktivite ve beslenme bilgisinin önemli olduğu ifade edilirken sosyal ve psikolojik faktörler daha az önemli olarak sıralanmıştır.

Tablo 2 : Obezite nedenleri

No	Davranışsal Faktörler	Davranışsal Olmayan Faktörler
1	Aşırı yemek yeme	Genetik Faktörler
2	Fiziksel hareketsizlik	Psikolojik problemler
3	Beslenme konusunda bilgisizlik	Sağlıksız gıdaların pazarlaması / reklamı
4	Yüksek yağlı diyet	Endokrin Bozuklukları
5	Fast-food beslenme	Gıda bağımlılığı
6	İrade gücünün zayıflığı	Metabolik Bozukluklar
7	Tekrarlanan diyet döngüsü	

Sağlık riskleri, tıbbi bakım maliyetleri ve obezitenin diğer sonuçları hakkında endişeler, nedeniyle obezitenin önlenmesi ve azaltılması için şirketler, okullar ve hükümetler bir takım program ve politikalar uygulamaya koymuşlardır. Obezitenin ekonomik nedenleri olarak; gıda fiyatları ve zaman harcama, gelir, eğitim,

makroekonomi, akran etkileri ve hükümetlerin gıda yardımı programları sayılabilir. Sonuçları ise düşük ücret, düşük istihdam olasılığı ve yüksek tıbbi bakım maliyetleri olarak sayılabilir (35).

Obezite, eksojen obezite ve endojen obezite olmak üzere iki başlık altında sınıflandırılabilir. Obez çocuk ve ergenlerin büyük bir kısmında görülen eksojen obezite, alınan enerji ile harcanan enerji arasında oluşan dengesizlikten olsa da bazı etiyolojik faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir. Bunlar; genetik faktörler, yaş, cinsiyet, beslenme davranışları, fiziksel inaktivite, sosyo-ekonomik ve kültürel düzey ve psikolojik faktörlerdir. Endojen obezite ise hormonal veya genetik bir bozukluk sonucu ortaya çıkan obeziteye denir. Endokrin nedenler, ilaçlar, genetik sendromlar, hipotalamik bozukluklar endojen obezitenin nedenleri olarak sıralanabilir (36).

Obezitenin klinik olarak değerlendirilmesinde farklı basit antropometrik ölçümler kullanılmaktadır. Vücut kitle indeksi, bel çevresi ölçümü kolay ve ucuz olması nedeniyle en sık kullanılan yöntemlerdendir. Son yıllarda sıkça kullanılmaya başlayan bel çevresi uzunluğunun ölçümü, karın bölgesinde biriken, visseral ve derialtı yağını, karın kaslarının tonusunu, en iyi şekilde yansıtan bir ölçümdür. Kadın ve erkek için literatürde yer alan risk değerleri tablo 3'de yer almaktadır (55).

Tablo 3: Bel çevresi uzunluğuna göre sınıflandırma

	Normal Bel Çevresi (cm)	Artmış Bel Çevresi (cm)	Yüksek Risk Bel Çevresi (cm)
Erkek	<94	94 - 101	>102
Kadın	<80	80 - 87	<88

3.369 kişinin (40-79 yaş) katıldığı 2003 ve 2005 arasında ve takiben 2008-2010 yılları arasında yapılan kohort çalışmada başlangıçta bel çevresi prevalansı ≥ 102 cm ve vücut kitle indeksi ≥ 30 kg / m² olarak Kuzeydoğu Avrupa (Łódź, Polonya; Szeged, Macaristan; Tartu, Estonya) şehirlerinde bu oranlar sırasıyla % 39.0, % 29.5, Akdeniz şehirlerinde (Santiago de Compostela, İspanya; Floransa, İtalya) % 32.4, % 21.9, Kuzey Batı Avrupa'da (Leuven, Belçika; Malmö, İsveç; Manchester, İngiltere) ise % 30.0, % 20.1 idi. 4.3 yıllık aradan sonra Kuzey Batı ülkelerindeki şehirlerde yaşayan erkeklerdeki

bel çevresi (1.1 cm) ve vücut kütle indeksi (0.2 kg / m²) Akdeniz ülkelerindeki şehirlerde yaşayan erkeklerinkinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (P = 0.005). Bel çevresi \geq 102 cm prevalansı Kuzeydoğu Avrupa şehirlerinde % 13.1, Akdeniz şehirlerinde % 5.8, Kuzey Batı Avrupa şehirlerinde % 10 oranında artmıştır. Bel çevresi artışının \geq 102 cm olduğu bölgesel farklılıklar, 60-79 yaş arasındaki erkeklerde 40-59 yaş grubundakine göre daha belirgindir. Genel olarak, obezitenin prevalansında (vücut kütle indeksi \geq 30 kg / m²) 4.3 yılın üstünde (% 5.3 ile 6.1 arasında) bir artış vardır, ancak herhangi bir yaşta belirgin bir bölgesel farklılık olmadığı ortaya çıkmıştır (56).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 2. Sınıf öğrencilerinin vücut kütle indeksi ve bel çevreleri ile şişmanlığa yatkınlıklarının ölçüldüğü ve her iki yöntemin karşılaştırılmasının yapıldığı araştırmaya 920 öğrenci katılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, öğrencilerin yaklaşık % 98'inin beden kütle indeksinin ve bel çevresinin normal değerlerde olduğu ve her iki yöntem arasında istatistiksel olarak korelasyon katsayısının 0,77 olması ile anlamlı pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (55).

2.2.2. Dünyada ve Türkiye’de Obezite ile ilgili Mevcut Durum

2.2.2.1. Yetişkin Bireylerde Obezite

18. yüzyıldan bu yana boy ve kilo aynı gelir, eğitim ve yaşam koşulları gibi zamanla birlikte artış eğiliminde olmuştur. Eskiden, kilo artışının sağlık ve uzun ömür için faydalı olduğu düşünülürken artık günümüzde endişe verici boyutlara ulaşmış ve aynı sigara içmek gibi her 15 ekstra kilo yaklaşık % 30 ölüm riskini arttırmaktadır. Obezite birçok ülkede toplam sağlık harcamalarının % 1 ile % 3’ünden sorumlu iken (Amerika Birleşik Devletleri’nde % 5 ile % 10), maliyetlerin obeziteye bağlı hastalıklar nedeniyle gelecek yıllarda hızlı bir şekilde artması beklenmektedir (27).

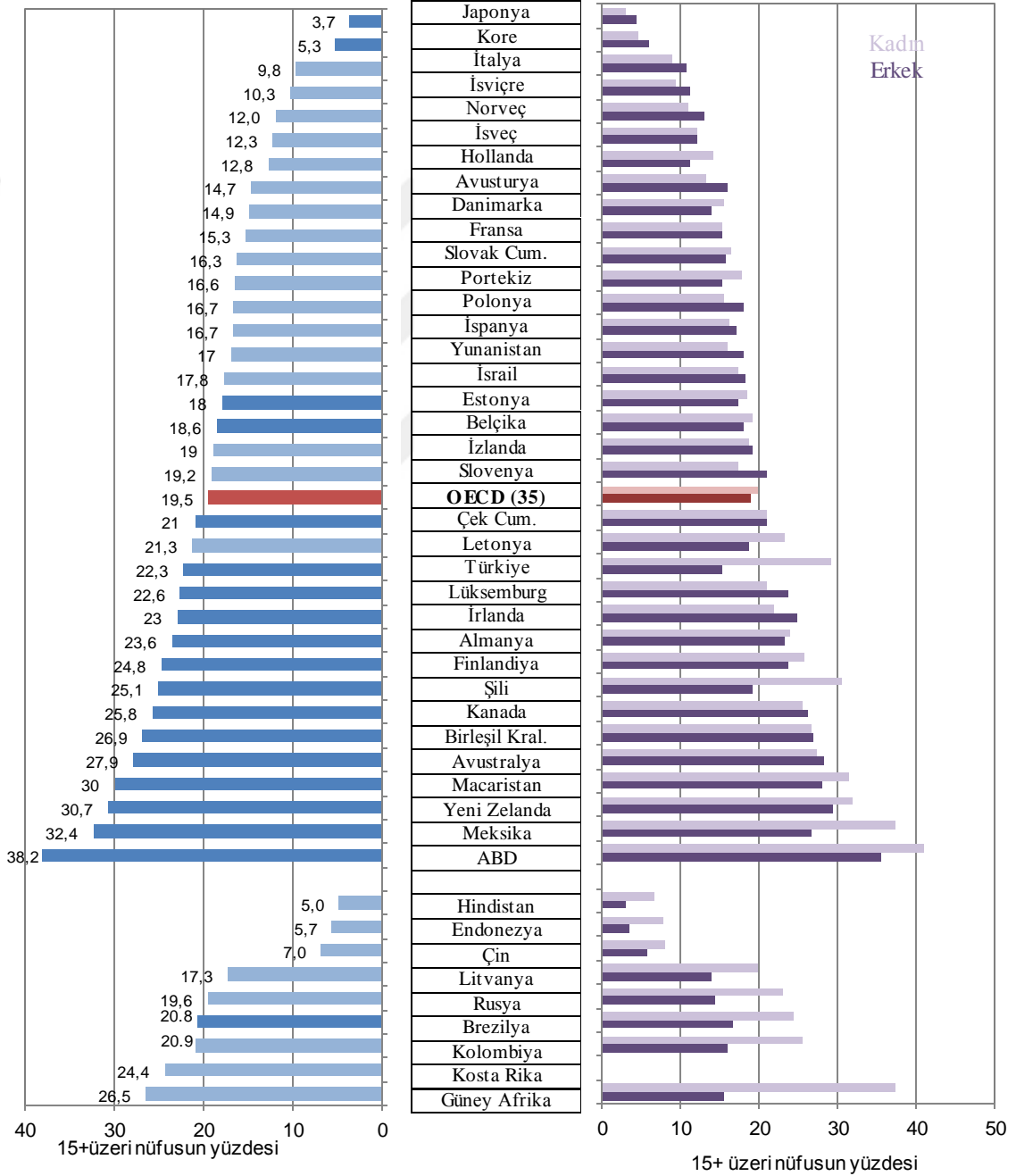
Dünya Sağlık Örgütü’nün bölgelerine göre yetişkinlerde obezite oranları ele alındığında Amerika, Avrupa ve Doğu Akdeniz’de obezite oranlarının yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Yıllara göre obezite oranlarında bir artış olduğu ve kadınlardaki obezite oranının erkeklere göre fazla olduğu görülmektedir (59).

Tablo 4: Dünya Sağlık Örgütü bölgelere göre yetişkinlerde Obezite Oranları (BMI ≥ 30) 18 + Yaş Üzeri (%)

Bölge	2016			2010			2000			1990			1980		
	Total	Erkek	Kadın	Total	Erkek	Kadın	Total	Erkek	Kadın	Total	Erkek	Kadın	Total	Erkek	Kadın
Afrika	10.6 [9.6-11.7]	5.6 [4.5-6.8]	15.3 [13.6-17.1]	8.7 [8.1-9.4]	4.2 [3.6-5.0]	12.9 [11.8-14.0]	6.0 [5.5-6.6]	2.5 [2.1-3.1]	9.2 [8.3-10.2]	3.9 [3.3-4.5]	1.4 [1.0-2.0]	6.1 [5.1-7.2]	2.5 [1.8-3.2]	0.7 [0.4-1.3]	4.0 [2.9-5.4]
Amerika	28.6 [26.6-30.5]	25.9 [23.2-28.8]	31.0 [28.2-33.7]	25.4 [24.1-26.8]	22.7 [20.7-24.6]	27.9 [26.0-29.8]	20.2 [19.0-21.5]	17.5 [15.7-19.3]	22.8 [21.1-24.5]	15.1 [13.8-16.5]	12.5 [10.7-14.4]	17.6 [15.6-19.6]	11.1 [9.6-12.7]	8.8 [6.8-10.9]	13.3 [11.0-15.8]
Güneydoğu Asya	4.7 [3.9-5.6]	3.3 [2.4-4.3]	6.1 [4.9-7.6]	3.4 [2.9-3.9]	2.2 [1.7-2.7]	4.6 [3.8-5.4]	1.9 [1.6-2.2]	1.1 [0.8-1.4]	2.7 [2.3-3.3]	1.0 [0.8-1.3]	0.5 [0.4-0.8]	1.6 [1.2-2.1]	0.6 [0.4-0.8]	0.3 [0.1-0.4]	0.9 [0.5-1.3]
Avrupa	23.3 [21.7-24.9]	21.9 [19.8-24.1]	24.5 [22.2-26.7]	20.8 [19.7-21.9]	18.9 [17.5-20.4]	22.5 [20.9-24.1]	17.2 [16.4-18.0]	14.5 [13.4-15.7]	19.5 [18.3-20.8]	14.1 [13.0-15.2]	10.8 [9.5-12.1]	16.9 [15.3-18.6]	11.2 [9.8-12.9]	7.7 [6.2-9.4]	14.2 [11.8-16.8]
Doğu Akdeniz	20.8 [19.1-22.6]	15.7 [13.5-18.1]	26.0 [23.4-28.7]	17.7 [16.6-19.0]	12.7 [11.3-14.3]	22.9 [21.1-24.7]	13.3 [12.3-14.4]	8.5 [7.4-9.8]	18.1 [16.5-19.8]	9.9 [8.7-11.3]	5.8 [4.6-7.2]	14.3 [12.1-16.5]	6.9 [5.4-8.7]	3.5 [2.3-5.0]	10.5 [7.8-13.7]
Batı Pasifik	6.4 [5.2-7.7]	6.0 [4.4-8.0]	6.7 [5.1-8.7]	4.7 [4.0-5.4]	4.1 [3.3-5.1]	5.2 [4.3-6.3]	2.7 [2.4-3.0]	2.1 [1.7-2.5]	3.3 [2.8-3.8]	1.6 [1.3-1.8]	1.1 [0.9-1.3]	2.1 [1.7-2.5]	1.0 [0.7-1.2]	0.6 [0.4-0.8]	1.3 [0.9-1.8]
Global	13.1 [12.4-13.9]	11.1 [10.2-12.2]	15.1 [14.0-16.2]	11.2 [10.8-11.7]	9.4 [8.7-10.2] 9.2 [8.6-9.8]	13.5 [12.6-14.4] 13.2 [12.5-13.9]	8.7 [8.4-9.0]	6.6 [6.2-7.1] 6.7 [6.2-7.1]	10.6 [10.1-11.1] 10.5 [10.0-11.1]	6.8 [6.3-7.2]	5.0 [4.5-5.6] 4.8 [4.3-5.4]	8.6 [7.9-9.4] 8.6 [7.9-9.3]	5.3 [4.7-5.9]	3.7 [3.0-4.5] 3.4 [2.8-4.1]	7.1 [6.0-8.2] 7.0 [6.0-8.0]

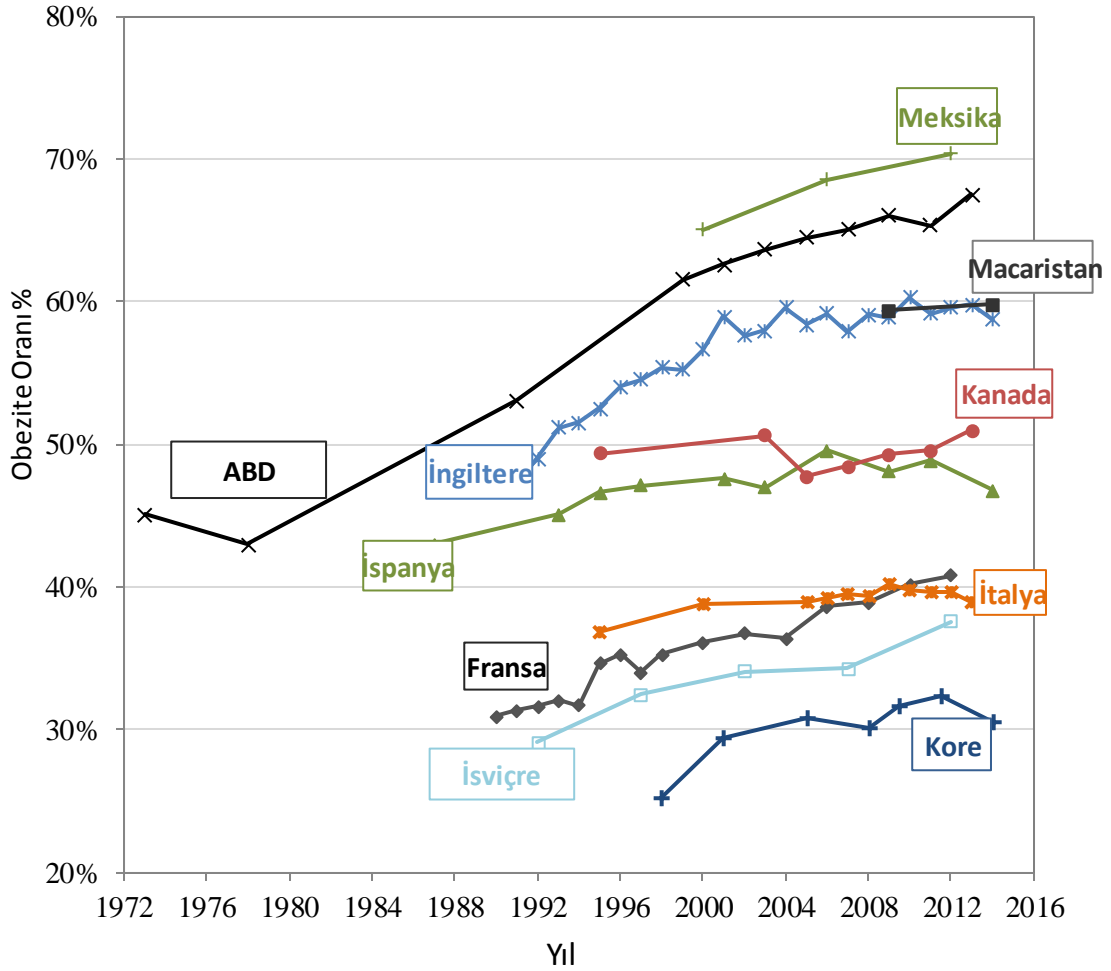
OECD genelinde, yetişkin nüfusun % 19,5'i obezdir. Grafik 1'de görüldüğü gibi Bu oran Kore ve Japonya'da %6 dan daha az iken, Macaristan, Yeni Zelanda Meksika ve Amerika'da % 30'dan daha fazladır. Avustralya, Kanada, Şili, Güney Afrika ve Birleşik Krallık'ta her dört yetişkinden biri obezdir. Kilolu ve obez oranları İngiltere, Meksika ve Amerika'da 1990 yılından bu yana hızlı bir şekilde artmaktadır. (69).

Grafik 1: Yetişkinlerde obezite oranı, 2015 (ya da yakın yıl) (69)



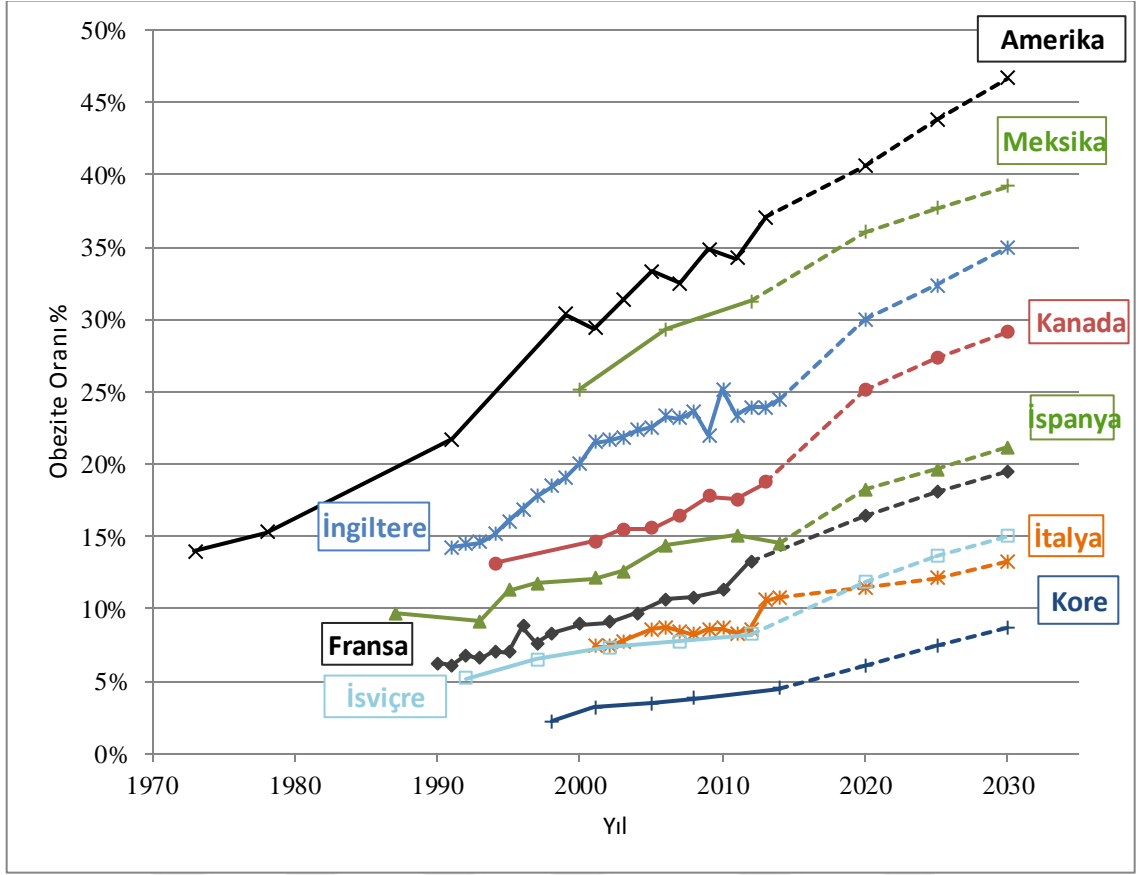
Son on yılda, yetişkinlerde şişmanlık ve obezite oranları Kanada, Fransa, Meksika Yeni Zelanda ve Amerika'da artarken, İngiltere, İtalya, Kore ve İspanya'da (grafik 2) stabilize olmuştur. Fransa, 2010 yılında öngörülen büyümeden daha fazla artış yaşayan tek ülkedir. Meksika, Avustralya ve İsviçre'de de artış daha fazla olmuştur (69).

Grafik 2: Obezite oranları (kilolu dahil), 15-74 yaş (69)



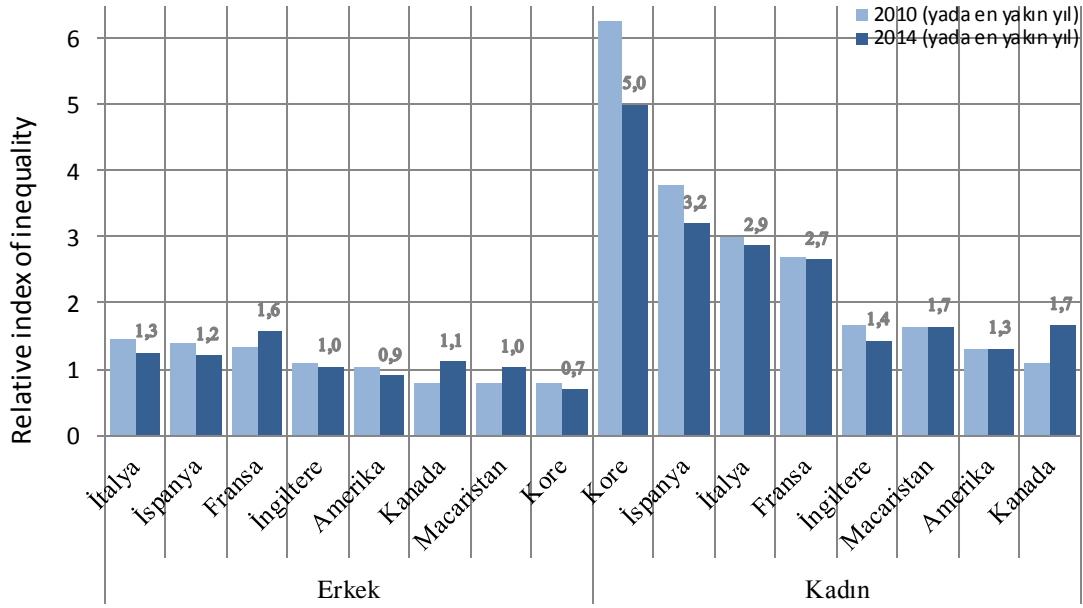
OECD projeksiyonları grafik 3'te görüldüğü gibi 2030 yılına kadar obezite oranlarında istikrarlı bir artış olacağını göstermektedir. Obezitenin özellikle ABD'de % 47, Meksika'da % 39, İngiltere'de % 35 olması öngörülmektedir. İtalya ve Kore'de ise obezite oranında artışın düşük olması beklenmektedir (sırayla % 13 ve % 9). Fransa ve İspanya'nın 2030 yılında benzer şekilde % 20 civarında bir oran olması beklenmektedir. Geçmişte daha düşük düzeyde bir artış yaşayan Kore ve İsviçre'de ise önümüzdeki dönemde daha hızlı bir artış olması öngörülmektedir (69).

Grafik 3: OECD geçmiş ve öngörülen kilolu oranları (69)



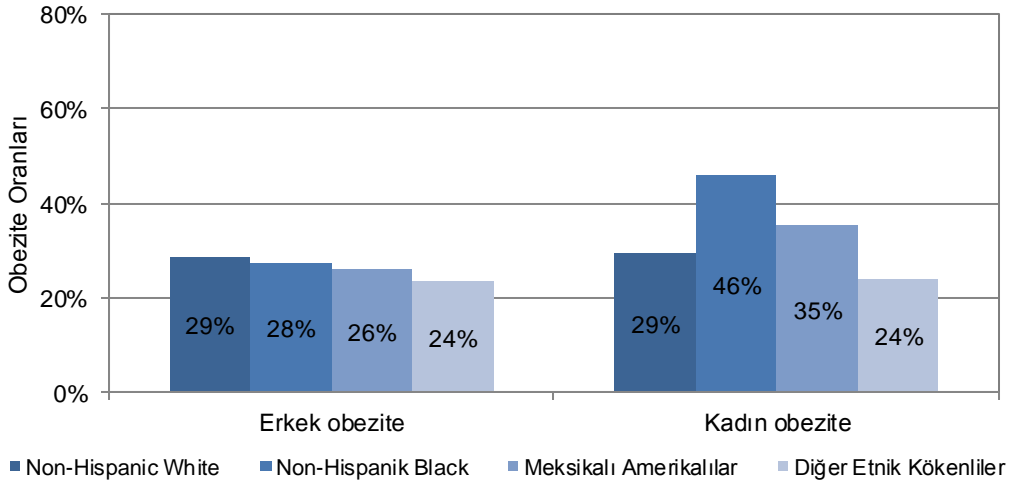
Kilolu ve obez olma durumunda, OECD ülkelerinde sosyo-ekonomik eşitsizlikler özellikle kadınlarda fazladır. Düşük eğitim seviyesine sahip kadınların kilolu olma durumu, yüksek eğitim seviyesine sahip kadınlara göre 2 ile 3 kat (grafik 4) daha fazla olduğu görülürken farklı eğitim seviyelerine sahip erkekler arasında ise farklılık küçük olmasına rağmen büyüdüğü görülmektedir. Hem kadın hem de erkekler için İtalya, İspanya, Kore ve İngiltere’de eşitsizlikler büyümektedir. Kanada’da her iki cinsiyette azalma olmuş, Fransa ve Macaristan’da eğitim seviyesi düşük erkeklerde hızlı bir şekilde oran azalmaktadır. Birçok ülkede düşük eğitim seviyeli erkek ile orta eğitim düzeyindeki kadınlarda obezite hızla artmaktadır. Amerika’da ise yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler arasında çok hızlı artmaktadır (69).

Grafik 4: Eğitim seviyesine göre kilolu bireylerde (BMI≥25kg/m²) eşitsizlikler



Amerika'da, kadınlarda obezite oranlarında etnik farklılıklar grafik 5'te göze çarpmaktadır. Obezite oranları, Non-hispanic beyaz kadınlara göre, Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda % 17, Meksikalı-Amerikalı kadınlarda % 6 daha yüksektir (28).

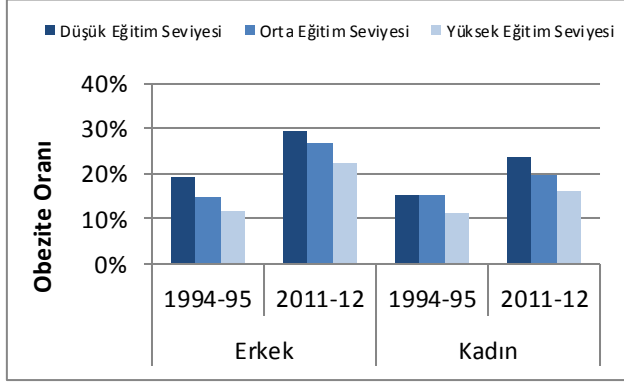
Grafik 5: Amerika'da etnik farklılıklara göre yetişkinlerde obezite oranları



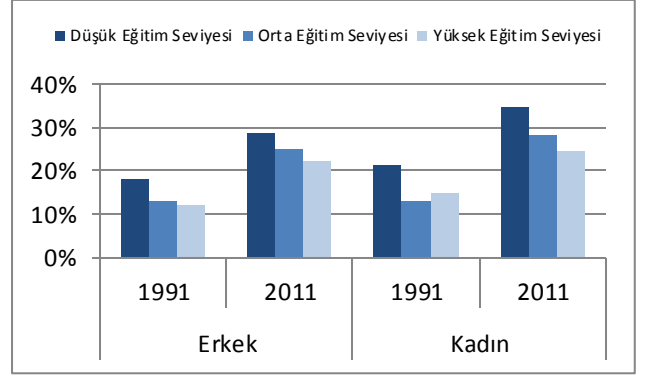
Obezite oranları, sosyo-ekonomik durumu düşük olanlarda daha hızlı bir şekilde ilerlemiştir. Ancak, obezite oranlarının en yüksek olduğu ülkelerde, Meksika ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (grafik 6) obezite, son yıllarda eğitim düzeyi yüksek bireyler arasında daha hızlı yayılmıştır (68, 70).

Grafik 6: Kadın ve Erkeklerde eğitim Düzeyine Göre Obezite Oranlarının Değişimi

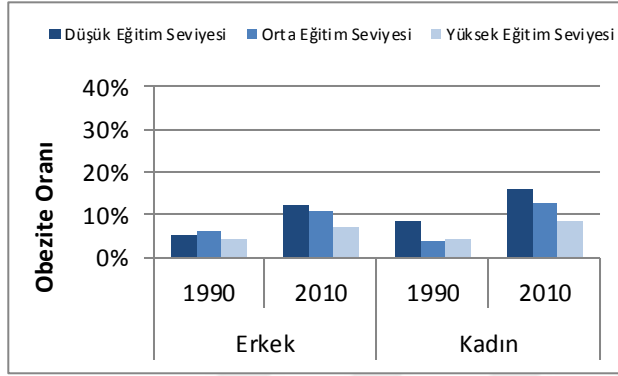
Kanada



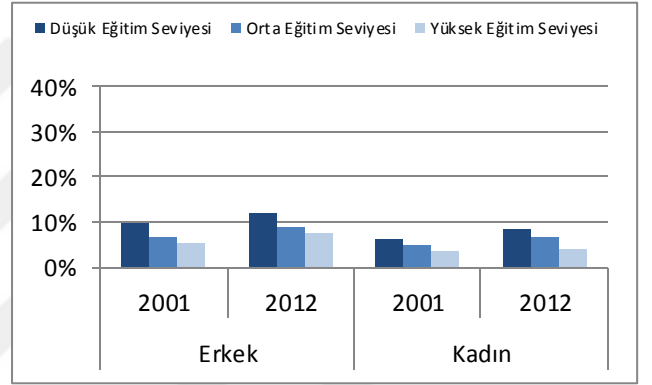
İngiltere



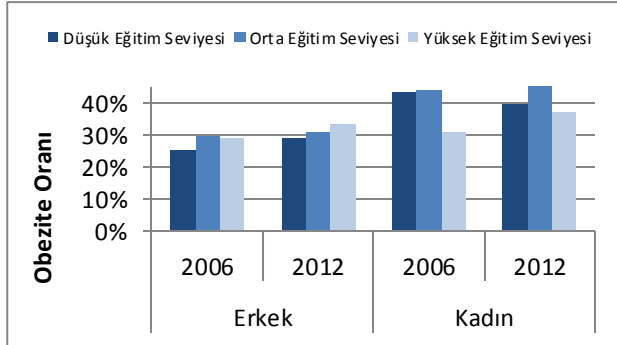
Fransa



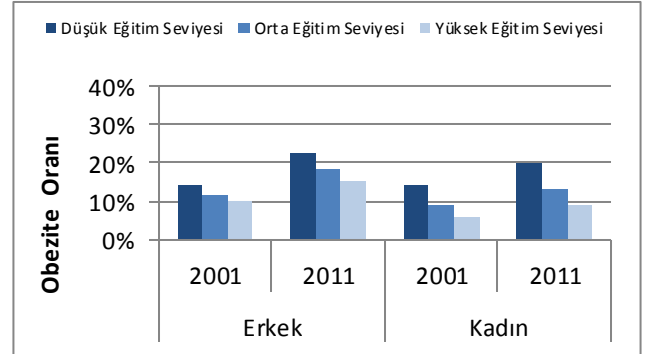
İtalya



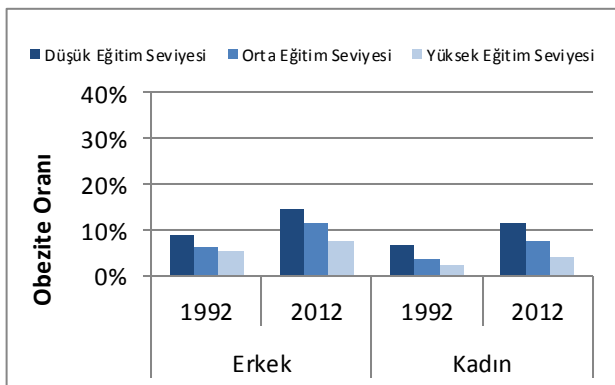
Meksika



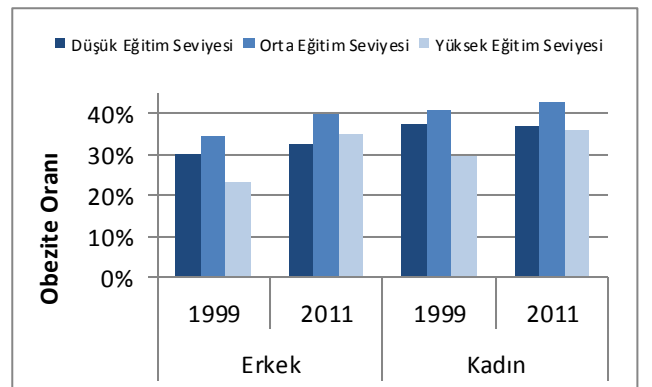
İspanya



İsviçre



ABD



Dünya Sağlık Örgütü'nün gelir gruplarına göre obezite prevalansının yer aldığı tablo 5’de, yüksek gelir gruplarında obezite oranı yüksek olmakla birlikte yıllara göre oran bazında artış olduğu göze çarpmaktadır. Yüksek gelir grubunda kadın ve erkek arasında prevalansta fark gözükmemekle birlikte (erkek 24,5 kadın 24,7) gelir düzeyi düştükçe kadın ve erkek arasındaki fark (düşük gelir grubu erkek 3,6 kadın 9,9) açılmaktadır (58).

Tablo 5: Gelir gruplarına göre yetişkinlerde obezite prevalansı, BMI_≥30 (18+ yaş) (%)

Gelir Düzeyi	2016			2010			2000			1990			1980		
	Total	Erkek	Kadın	Total	Erkek	Kadın	Total	Erkek	Kadın	Total	Erkek	Kadın	Total	Erkek	Kadın
Düşük gelirli	6.8 [6.0-7.8]	3.6 [2.7-4.6]	9.9 [8.4-11.4]	5.2 [4.7-5.9]	2.6 [2.1-3.2]	7.7 [6.7-8.7]	3.4 [2.9-3.9]	1.5 [1.2-2.0]	5.1 [4.3-5.9]	2.1 [1.7-2.6]	0.8 [0.6-1.2]	3.2 [2.5-4.1]	1.2 [0.9-1.7]	0.4 [0.2-0.8]	1.9 [1.3-2.8]
Alt-orta gelirli	7.6 [6.9-8.4]	5.3 [4.4-6.2]	9.9 [8.7-11.1]	6.0 [5.6-6.5]	3.9 [3.4-4.5]	8.0 [7.3-8.8]	4.2 [3.9-4.5]	2.5 [2.1-2.9]	5.8 [5.3-6.4]	3.1 [2.7-3.4]	1.6 [1.3-2.0]	4.4 [3.8-5.1]	2.2 [1.8-2.7]	1.0 [0.7-1.5]	3.4 [2.6-4.3]
Üst-orta gelirli	13.8 [12.7-15.0]	11.3 [9.8-13.1]	16.2 [14.6-18.0]	11.4 [10.7-12.1]	8.8 [7.9-9.7]	14.0 [13.0-15.0]	8.5 [8.0-8.9]	5.8 [5.2-6.3]	11.1 [10.4-11.7]	6.5 [6.0-7.0]	3.8 [3.3-4.4]	9.0 [8.2-9.8]	5.0 [4.3-5.7]	2.5 [1.9-3.2]	7.3 [6.1-8.6]
Yüksek gelir	24.6 [23.0-26.2]	24.5 [22.2-26.8]	24.7 [22.5-27.0]	21.6 [20.6-22.7]	21.0 [19.5-22.6]	22.1 [20.6-23.6]	16.9 [16.1-17.8]	15.9 [14.6-17.2]	17.9 [16.7-19.1]	12.9 [11.9-13.9]	11.5 [10.1-12.8]	14.2 [12.8-15.5]	9.8 [8.7-11.0]	8.2 [6.7-9.9]	11.2 [9.5-13.0]
Global	13.1 [12.4-13.9]	11.1 [10.2-12.2]	15.1 [14.0-16.2]	11.2 [10.8-11.7]	9.2 [8.6-9.8]	13.2 [12.5-13.9]	8.7 [8.4-9.0]	6.7 [6.2-7.1]	10.6 [10.1-11.1]	6.8 [6.3-7.2]	4.8 [4.3-5.4]	8.6 [7.9-9.3]	5.3 [4.7-5.9]	3.4 [2.8-4.1]	7.0 [6.0-8.0]

Ülkemizde yapılan kapsamlı araştırmalardan biri olan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi işbirliğinde Türkiye genelinde ve farklı yaş gruplarına yönelik gerçekleştirilmiştir (44). 2010 yılında yapılan bu çalışmanın Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” ve 10 Kalkınma Planı Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programı kapsamında 2017 yılında yeniden uygulanmasına karar verilmiştir (89). 19 yaş ve üzeri 7.471 kişiye yönelik yapılan çalışma sonuçlarına göre obezite görülme sıklığı (tablo 6) erkeklerde % 7,7, kadınlarda % 13,8 ve

en düşük 19-30 yaş aralığında görülmesine karşın; en çok erkeklerde 51-64 (%30,7) ve 65 ve üzeri (%25,8) yaş grupları, kadınlarda ise 51-64 (%64,4) ve 65 ve üzeri (%53,5) yaş gruplarıdır. Tüm bireylere bakıldığında %34,6 (E:%39,1, K:%29,7) oranında hafif şişmanlık saptanmıştır. Kentsel yerleşim yerlerinde obezite oranı, kırsal yerleşim yerlerine göre daha fazla görülmektedir. NUTS bölgeleri ele alındığında erkeklerde İstanbul (%25,6) ve Akdeniz bölgelerinde (%23,5) oran yüksek olup, kadınlarda ise Doğu Karadeniz (%46,4), Orta Anadolu (%45,8), Ege (%43,7) ve Batı Anadolu (%43,0) yüksek bölgelerdir. Eğitim durumunun kadınlarda erkeklere göre daha etkili olduğu göze çarpmaktadır. Kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça obezite ve hafif şişmanlık görülme sıklığı azalmaktadır. Okuryazar olmayan kadınlarda obezite görülme sıklığı %54,2, ilkokulu bitiremeyenlerde %48,2, lise ve üzeri eğitim alanlarda %18,2 olarak tespit edilmiştir. Okuma yazma bilmeyen erkeklerde obezite oranı %18,3 iken lise ve daha fazla eğitim alanlarda bu oran %19,7 saptanmıştır (44).

Tablo 6: Yetişkinlerde (19 + yaş) BKİ Sınıflamasına göre dağılım (%)

		Beden Kitle İndeksi (BKİ) (kg/m ²)																	
		Ozellikler		Erkek				Kadın						Toplam					
		Sayı	<18.5	18.5-24.9	25.0-29.9	30.0-39.9	≥40.0	Sayı	<18.5	18.5-24.9	25.0-29.9	30.0-39.9	≥40.0	Sayı	<18.5	18.5-24.9	25.0-29.9	30.0-39.9	≥40.0
			Zayıf	Normal	Kilolu	Obez	Morbid Obez		Zayıf	Normal	Kilolu	Obez	Morbid Obez		Zayıf	Normal	Kilolu	Obez	Morbid Obez
Yaş (yıl)	19-30	684	2.8	59.0	30.5	7.6	0.1	888	8.1	56.0	22.2	12.6	1.2	1572	5.1	57.7	26.9	9.7	0.5
	31-50	1054	1.0	31.6	43.1	23.2	1.1	1778	1.3	22.2	34.5	36.3	5.8	2832	1.2	27.1	38.9	29.5	3.3
	51-64	680	1.7	26.2	41.4	30.2	0.5	1099	0.2	7.0	28.3	54.6	9.8	1779	0.9	16.4	34.8	42.6	5.2
	65 ve üzeri	508	1.8	27.4	46.0	24.7	1.1	780	1.1	15.0	30.4	49.1	4.4	1288	1.4	20.7	37.4	37.6	2.8
	Toplam 19-64	2418	1.8	39.8	38.5	19.3	0.6	3765	3.0	28.3	29.6	33.8	5.4	6183	2.3	34.4	34.3	26.1	2.9
Yerleşim Yeri	Kent	1807	1.6	38.2	39.3	20.4	0.5	2996	3.0	27.0	29.6	35.1	5.3	4803	2.3	32.8	34.6	27.5	2.8
	Kır	1119	2.3	40.0	38.6	18.1	1.0	1549	1.9	25.3	29.9	37.6	5.3	2668	2.1	33.3	34.6	27.0	3.0
NUTS12 Bölge	İstanbul	241	0.3	33.7	40.4	24.6	1.0	564	2.5	29.4	28.3	34.7	5.2	805	1.4	31.4	34.1	29.8	3.2
	Batı Marmara	225	1.4	34.2	43.5	20.6	0.3	407	2.1	24.6	32.4	35.1	5.9	632	1.8	29.5	38.1	27.7	3.0
	Ege	337	1.1	36.5	42.6	19.3	0.5	404	2.0	25.6	28.9	37.6	6.1	741	1.5	31.5	36.4	27.6	3.0
	Doğu Marmara	227	2.6	43.4	32.5	21.3	0.2	325	4.0	24.5	35.4	32.8	3.4	552	3.3	34.9	33.8	26.4	1.6
	Batı Anadolu	199	3.2	36.7	43.0	16.5	0.6	331	2.3	26.9	27.7	37.6	5.4	530	2.8	32.0	35.2	27.1	3.0
	Akdeniz	244	1.4	35.8	39.3	23.1	0.4	352	4.1	21.9	30.3	37.9	5.7	597	2.7	29.3	35.1	30.1	2.9

	Orta Anadolu	282	3.0	38.4	37.7	19.4	1.5	443	1.5	24.6	28.0	38.1	7.7	725	2.3	31.8	33.1	28.4	4.5
	Batı Karadeniz	342	2.1	37.0	41.5	19.1	0.3	408	2.9	24.5	27.3	38.7	6.6	750	2.5	31.3	35.0	28.1	3.2
	Doğu Karadeniz	245	2.0	35.7	40.0	20.5	1.8	342	0.7	26.4	26.5	40.5	5.9	587	1.4	31.5	33.9	29.5	3.6
	Kuzeydoğu Anadolu	210	1.3	47.8	35.6	15.3	0.0	325	1.7	29.4	34.8	30.4	3.6	535	1.5	39.8	35.3	21.9	1.6
	Ortadoğu Anadolu	195	1.7	51.0	36.2	11.1	0.0	381	3.4	33.1	32.1	27.3	4.2	576	2.5	42.7	34.3	18.6	1.9
	Güneydoğu Anadolu	178	3.7	51.7	32.0	11.4	1.2	263	3.7	30.9	30.4	32.2	2.8	441	3.7	42.1	31.3	21.0	1.9
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	245	4.1	38.2	39.4	18.3	0.0	1275	1.0	14.4	30.3	46.4	7.8	1520	1.6	19.0	32.1	41.0	6.3
	İlkokul bitirmemiş	264	3.6	37.8	33.5	24.8	0.3	441	1.6	22.0	28.2	42.7	5.5	705	2.6	30.1	30.7	33.7	2.9
	İlköğretim 1. Kademe	1349	1.0	35.8	42.1	19.9	1.2	1993	1.3	22.3	32.5	38.7	5.3	3342	1.1	29.4	37.4	28.9	3.2
	İlköğretim İkinci kademe	151	5.3	48.9	30.6	14.9	0.2	109	2.1	44.2	26.7	23.4	3.5	260	4.4	47.6	29.5	17.4	1.2
	Lise ve üzeri	892	1.4	40.4	38.5	19.5	0.2	687	8.5	49.1	24.2	15.5	2.7	1579	3.8	43.4	33.6	18.1	1.0
	TÜRKİYE GENELİ	2926	1.8	38.6	39.1	19.8	0.7	4545	2.7	26.6	29.7	35.7	5.3	7471	2.2	32.9	34.6	27.4	2.9

*Veri eksikliğine bağlı olarak toplam sayı farklıdır.

2.2.2.2. Çocuklarda Obezite

Çocukluk çağı obezitesi, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur. 2012 yılında, ABD'de çocukluk obezite sıklığı yükselen bir trend ile % 17'dir. Obezite, yıllık reçeteli ilaç ödemelerinde 14 milyar dolar, acil hizmetleri ve ayaktan hasta maliyetleri ve yatan hasta maliyetlerinde 237.6 milyon dolar maliyet oluşturmaktadır. Çocukluk çağı obezitesi, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol ve tip 2 diyabet gibi birçok sağlık riski oluşturmaktadır. Uzun dönemde, obez çocukların obez yetişkinler haline gelmesi, kalp hastalığı ve diyabet gibi artmış sağlık riskleri ile büyüme olasılığı daha yüksektir. Sağlığa zararlı kısa ve uzun vadeli yansımalarına rağmen, çocukluk çağı obezitesi hala ABD sağlık sistemi tarafından kapsamlı bir şekilde ele alınmamaktadır (23). Çocukluk çağı obezitesi ile mücadele etmek multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Amerikan Pediatri Akademisi, çocukluk çağı obezitesini önlemek için aşamalı bir yaklaşıma dikkat çekmektedirler. Bu aşamalı yaklaşım; önleme, tavsiyeler, yapılandırılmış kilo yönetimi protokolleri, kapsamlı multidisipliner müdahaleler ve son olarak üçüncül bakım içermektedir. Hastanın sağlık sistemi ile temasının başlangıç noktası olan birinci basamak hekimleri obez hastanın teşhisi ve obeziteye bağlı çeşitli sağlık problemlerinin tedavisi için ilk sırada yer almaktadır. Çocuk ve ergenlerin yaklaşık % 80'nin, her yıl bir doktoru ziyaret ettiği göz önüne alındığında, birinci basamak hekimleri, halk sağlığı yaklaşımını klinik uygulamalara dönüştürmek için konumlandırılmıştır (23).

Son yapılan araştırmalara göre ABD'de, çocukluk çağı obezitesi azalmış olmasına rağmen ilerlemenin boyutu evrensel olmamıştır. 2008 yılından 2011 yılına kadar, 2-4 yaş düşük gelirli ailelerin çocuklarında obezite prevalansı 43 eyaletin 19'ünde azalmış, ancak % 14 prevalansı yüksek seviyelerde aynı kalmıştır. Amerikan ulusal verilerine göre, 2-5 yaş arasındaki çocuklar için obezite oranı düşmüş olup, % 8 olarak sonuçlanmasına rağmen ırksal ve etnik farklılıklar devam etmektedir. 2011-2012 yılında okul öncesi çağındaki beyaz çocukların % 4'ü, siyah çocukların % 11'i ve Hispanik çocukların % 17'si obezdır. Buna karşılık, son 10 yılda büyük çocuklar arasında obezite oranları %18-21 arasında sabit kalmıştır ve etnik azınlıklardaki çocuklarda yüksek risk devam etmektedir (20).

Doğum öncesi ve doğum sonrası periyotta yaşananlar erken dönemden yetişkinlik dönemi boyunca obezitenin gelişimini etkilemektedir. Gebelik sırasında annenin sigara içmesi, gebelikte aşırı kilo alımı, gestasyonel diyabet, ve bebeklerde hızlı kilo alımının

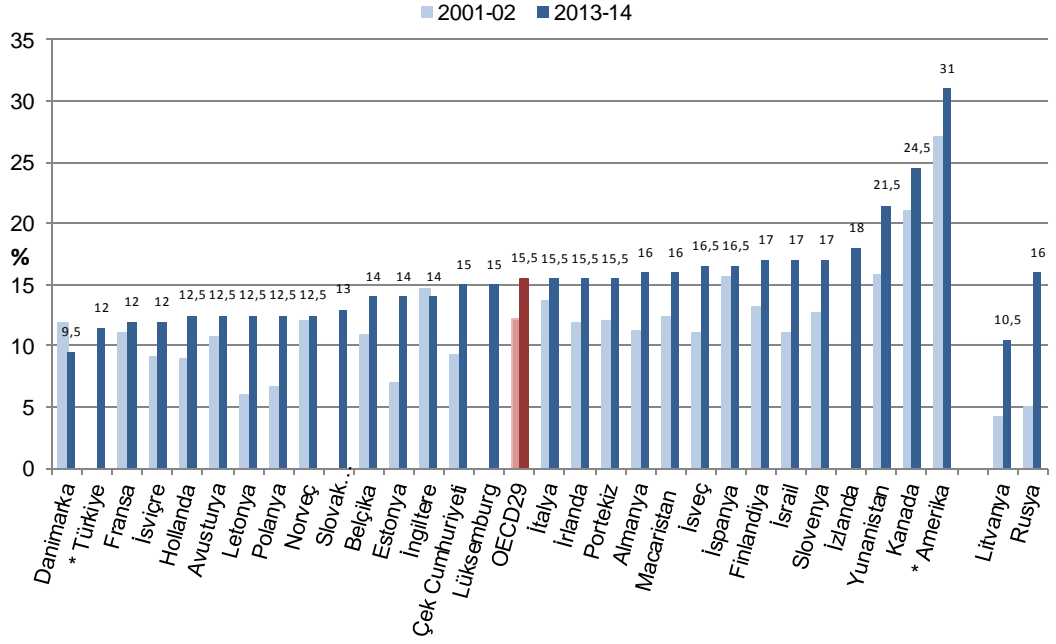
çocukluk çağı obezite açısından yüksek risk ile ilişkili olduğu gözlemsel çalışmalarda ortaya çıkmıştır. Bazı çalışmalar aynı zamanda emzirmenin koruyucu olduğunu göstermektedir. Yakın zamanlarda, sezaryen doğumların ve yaşamın ilk döneminde antibiyotik kullanımı çocukluk obezitesi ile ilişkili bulunmuştur. Daha makro düzeyde, fiziksel ve sosyoekonomik çevre örneğin gıdaya erişim, fiziksel aktivite fırsatları ve bölgesel yoksunluk gibi özellikler çocukluk çağı obezitesi ile ilişkili olmuştur (20).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi tarafından “2015 - 2020 Avrupa Gıda ve Beslenme Eylem Planı”nda diyetle önlenebilir hastalıkların, obezitenin ve malnutrisyonun her türlü formunun yükünü azaltmak hedeflenmektedir. Sağlık 2020 kapsamında sektörler arası politikalar aracılığıyla DSÖ Avrupa Bölgesi’ndeki bütün vatandaşlar için sağlıklı, ekonomik ve dengeli beslenmede cinsiyet eşitliği ve hakkaniyet sağlamak için evrensel erişimi elde etmek misyon olmuştur. Bu planın amaçları aşağıda yer almaktadır (24).

- ✓ Sağlıklı yiyecek ve içecek ortamları yaratmak.
- ✓ Özellikle savunmasız gruplar için, yaşam boyu sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek.
- ✓ Sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek için sağlık sistemini güçlendirmek.
- ✓ Konu ile ilgili araştırma ve incelemeleri desteklemek.
- ✓ Sağlık için bütün politik yaklaşımlarda ittifak ve ağların güçlendirilmesi.

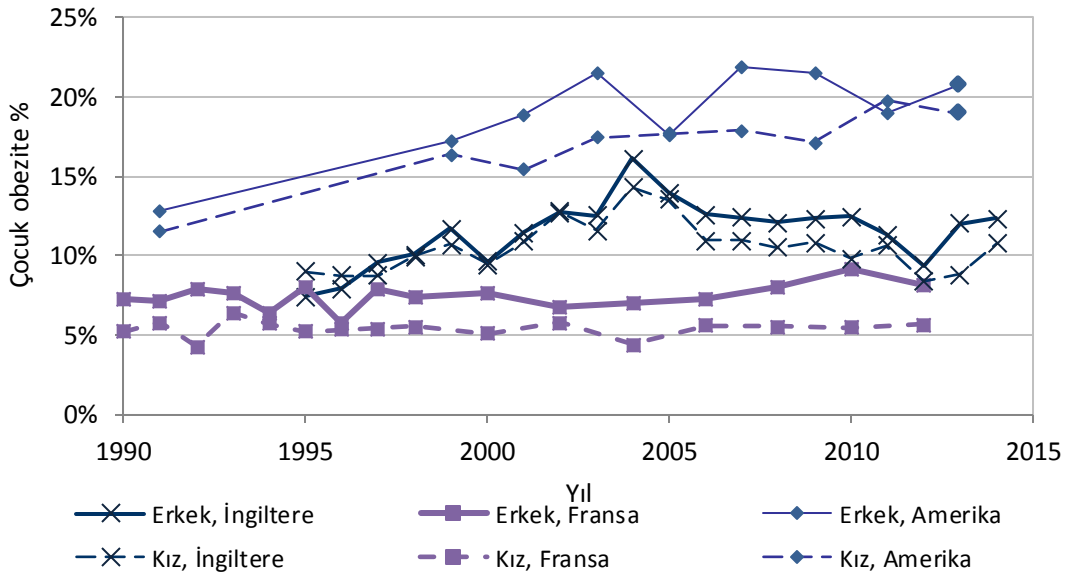
OECD ülkelerinde 15 yaş çocuklarda kilolu (obezite dahil) olma durumu grafik 7’de görüldüğü gibi Danimarka’da % 10 seviyesinde olup Amerika’da bu oran % 31 civarındadır. Birkaç ülke dışında genel de ülkelerde 2000 yılından buyana oranların arttığı görülmektedir. Türkiye’de bu oran (2009-2010) ise % 12 olup % 15,5 olan OECD ortalamasının altındadır (69).

Grafik 7: 15 yaş kilolu (obezite dahil) 2001-2002 ve 2013-2014 oranları (69)



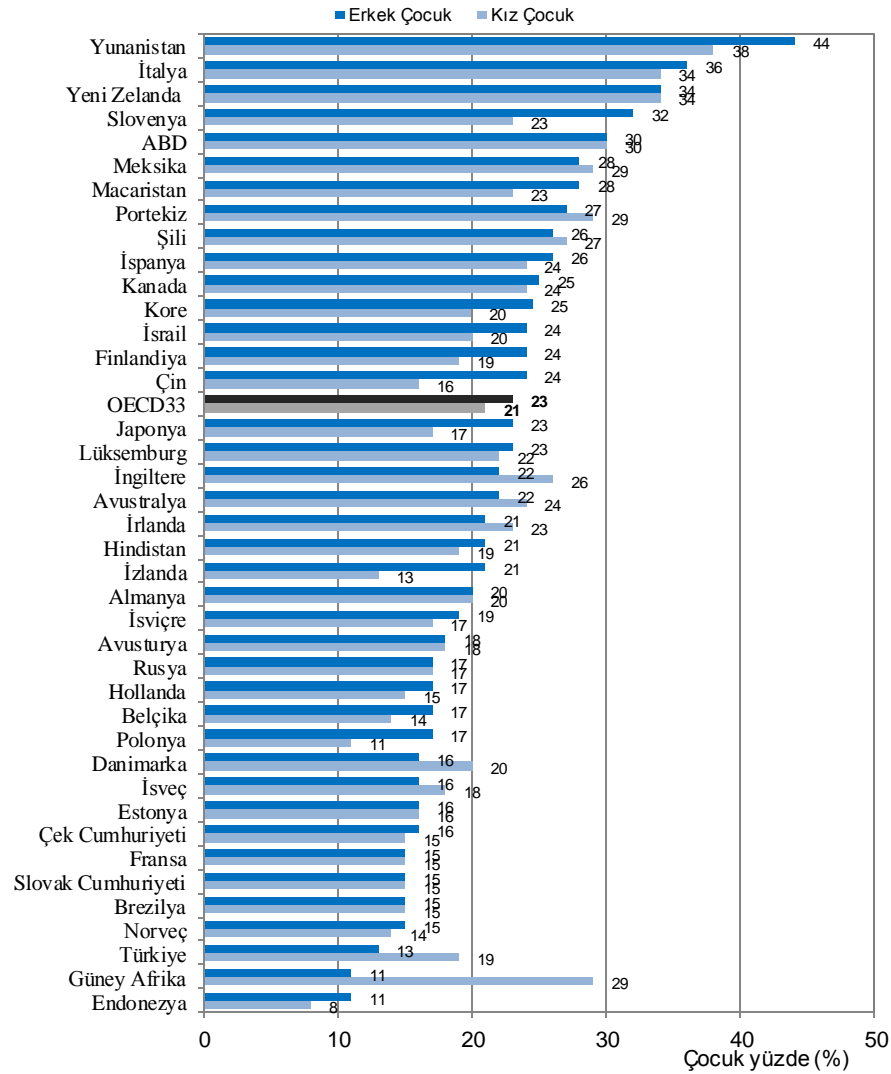
OECD ülkelerinde, “Okul çocuklarında sağlıklı davranışlar” anketinde, rapor edilen 15 yaş kilolu çocuk sayısı 2000 yılından bu yana istikrarlı bir şekilde artmaktadır. Seçilmiş OECD ülkelerinde (grafik 8) daha kapsamlı analizlerde son 10 yılda Amerika ve Fransa’da (kızlar) daha stabil bir trend, 2012 yılından bu yana Fransa’da stabil bir seyir var iken İngiltere’de hem kız hem de erkek çocuklarında, Amerika’da ise erkek çocuklarında 2012’den bu yana yukarı doğru artan bir trend vardır (69).

Grafik 8: OECD ülkelerinde (seçilmiş) çocuklarda obezitede trend, yaş 3-17,



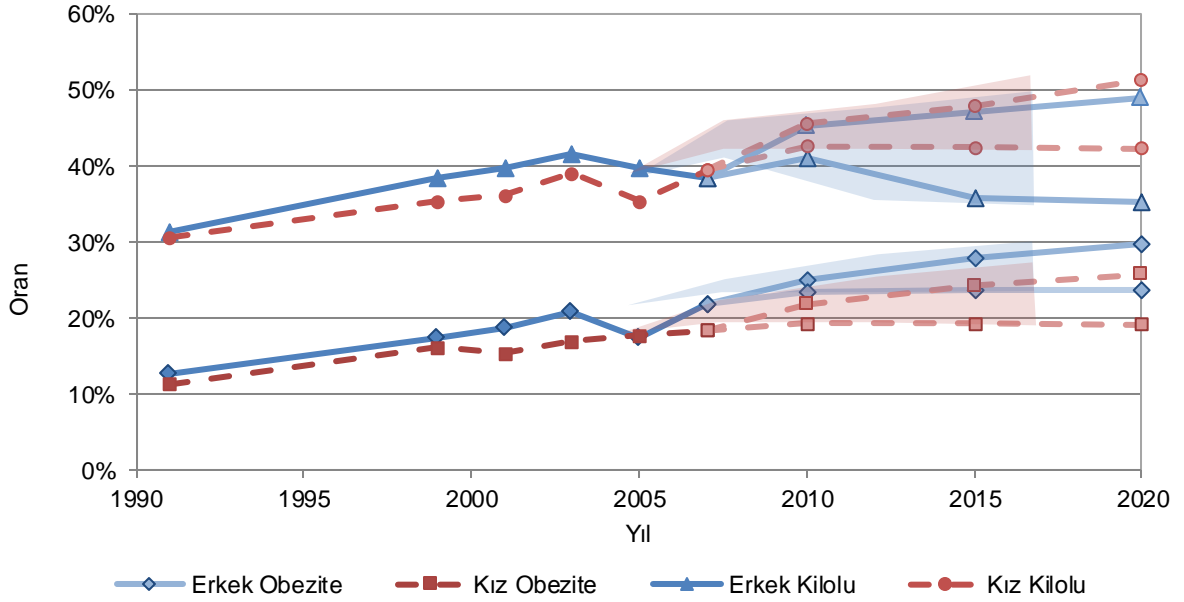
Son yıllarda kilolu ve şişman çocuk oranındaki küçük değişiklikler yaşansa da istenen düzeyde değildir. Yunanistan, İtalya, Slovenya ve Amerika Birleşik Devletleri'nde erkek çocukların % 30'undan fazlası kilolu ya da obez (grafik 9), Slovenya dışında diğer ülkelerde kızlarda da % 30'dan fazla kilolu ve obez vardır (70).

Grafik 9. 5-17 yaş çocuklar arasında kilolu (obez dahil) oranı (2010 - en yakın yıl)



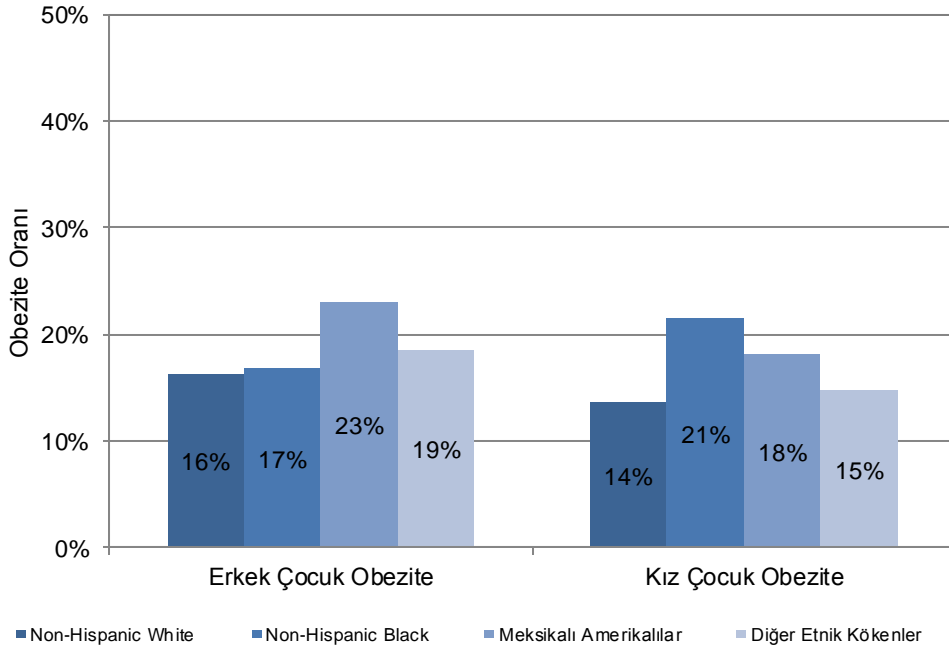
Çocuklarda obezite oranları OECD ülkelerinde yüksek olmasına rağmen büyüme yavaşlamıştır. Amerikalı çocukların % 40'ı şu anda aşırı kilolu olup (grafik 10) bunların yarısı da obezdir. Ciddi boyutlarda büyüme olasılığı olmamasına karşın erkeklerde kilolu oranları düşmeye başlamıştır dolayısıyla son 10 yılda oranlar daha istikrarlı hale gelmeye başlamıştır (28).

Grafik 10: ABD'de aşırı kilolu ve obez çocukların geçmiş oranlar ve gelecek projeksiyonu (yaş 3-17)



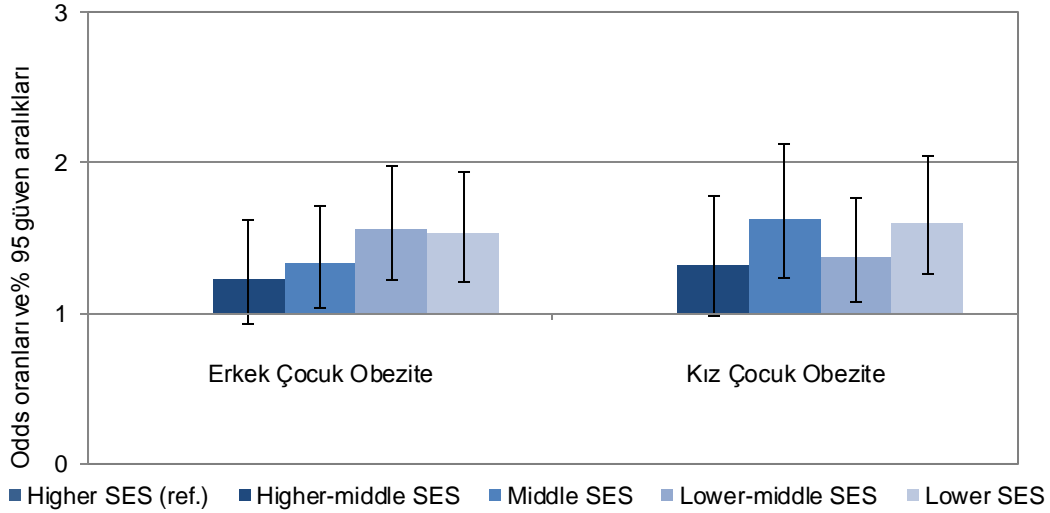
Obezite oranları, Hispanik erkek ve Afrikalı-Amerikalı kız çocuklarında (grafik 11) en yüksek orana sahiptir. Bu iki grup, Non-Hispanic White kız ve erkeklerden % 50 daha yüksek obezite oranı ile öne çıkmaktadır (28).

Grafik 11: ABD'de etnik farklılıklara göre 3-17 yaş arası çocuklarda Obezite oranları



Çocuklarda, sosyoekonomik eşitsizlikler erişkinlere göre daha fazladır. Daha az gelir grubundan olan çocuklar, daha yüksek gelir grubundaki çocuklara göre 1.6 kez (grafik 12) daha obezdir (28).

Grafik 12: ABD’de çocuk obezitesinde sosyo ekonomik farklılıklar



Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması, 2013 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) protokolüne uygun olarak yürütülmüştür. Birinci aşaması 2007-2008 yıllarında 13 ülkede, ikinci aşaması 2009-2010 öğretim yıllarında 17 ülkede gerçekleştirilen DSÖ Avrupa Çocukluk Çağı Şişmanlık Çalışmasına Türkiye, üçüncü aşamada 21 ülke ile katılmıştır. Çalışma, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, 7-8 yaşlarında ikinci sınıf öğrencisi olan 2.541 kız ve 2.560 erkek öğrenciye ulaşılmıştır. Araştırmada, BKİ Z-Skor değerlendirilmeleri sonucunda 10 çocuktan 7 ve 8'i normal sınırlar içinde olduğu tespit edilmiştir. Kilolu ve şişmanlık yüzdesi erkek çocuklar arasında %23,3 iken (tablo 7) kız çocuklarında bu oran %21,6'dır. Toplamda şişmanlık yüzdesi %8,3 olmakla birlikte fazla kilolu yüzdesi %14,2'dir. Kentsel ve kırsal kesim karşılaştırıldığında kentsel kesimde erkek ve kız çocukları arasında uzun boylu ve şişman olma yüzdesi, kırsal kesimdeki kısa boylu ve zayıf olma yüzdesine göre daha yüksektir. NUTS (İstatistikî Bölge Birimleri Nomenklatörü) Bölgelerine göre bakıldığında zayıflık ve şişmanlık yüzdeleri değişmektedir (5).

Tablo 7: Toplamda Vücut Ağırlığı ve BKİ Z-Skorunun Dağılımı

NUTS Bölgeleri	Ciddi Zayıf	Zayıf	Normal	Kilolu	Şişman	Toplam (sayı)
Vücut Ağırlığı Z-Skoru						
Toplam	0,2	2,1	90,2	5,7	1,8	4953
BKİ-Z Skoru						
Toplam	0,3	1,8	75,5	14,2	8,3	4952

2010 yılında yapılan en kapsamlı çalışmalardan biri olan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010), 6-18 yaş grubu 2.248 çocukta yapılan çalışmada (tablo 8), Türkiye genelinde obez oranı % 8,2, hafif şişman %14,3, zayıf %14,9 ve çok zayıf %3,9 oranında tespit edilmiştir. Şişmanlığın en sık 12-14 yaş grubunda (%9,8), en az 9-11 yaş grubunda (%6,0) olduğu saptanmıştır. Şişmanlık erkeklerde daha sık görülmekte olup, kentlerde 6-18 yaş grubu çocukların %9,7'si, kırsalda ise %4,5'i şişman olduğu göze çarpmaktadır. NUTS bölgelerine göre şişmanlık oranının en yüksek olduğu bölgeler Ege (%12,5), Doğu Marmara (%11,4), Batı Anadolu (%11,4) ve İstanbul'dur (%10,8) (26, 44).

Tablo 8: Çocuklarda Yaşa Göre (6-18) BKİ Z-Skor Değerleri Dağılımı (%)

Yaşa Göre Beden Kitle İndeksi (BKİ) (%)																			
Özellikler		Erkek						Kadın						Toplam					
			Çok zayıf	Zayıf	Normal	Hafif Şişman	Şişman		Çok zayıf	Zayıf	Normal	Hafif Şişman	Şişman		Çok zayıf	Zayıf	Normal	Hafif Şişman	Şişman
		Sayı	<-2SD	≥-2SD- <-1SD	≥-1SD- <1SD	≥1SD- <2SD	≥2SD	Sayı	<-2SD	≥-2SD- <-1SD	≥-1SD- <1SD	≥1SD- <2SD	≥2SD	Sayı	<-2SD	≥-2SD- <-1SD	≥-1SD- <1SD	≥1SD- <2SD	≥2SD
Yaş Grubu (yıl)	6-8	286	4.8	13.6	56.7	13.9	11.1	267	4.8	12.5	65.5	10.0	7.1	553	4.8	13.1	61.0	12.0	9.1
	9-11	310	4.7	13.3	60.4	14.4	7.1	266	1.9	19.2	52.6	21.5	4.8	576	3.4	16.1	56.8	17.8	6.0
	12-14	253	5.2	16.7	51.7	15.2	11.2	242	5.9	14.6	58.2	12.8	8.5	495	5.6	15.6	55.1	14.0	9.8
	15-18	289	1.5	16.6	60.0	13.5	8.3	335	3.8	12	62.9	13.0	8.2	624	2.6	14.4	61.4	13.3	8.3
Yerleşim Yeri	Kent	750	3.5	14.5	55.4	16.2	10.5	714	4.1	13.2	58.6	15.3	8.8	1464	3.8	13.8	56.9	15.7	9.7
	Kır	388	4.5	17.3	64.0	8.9	5.2	396	3.9	17.6	62.3	12.5	3.8	784	4.2	17.4	63.1	10.8	4.5
NU TS	İstanbul	55	1.3	12.7	51.5	23.6	10.8	53	4.6	5.1	53.5	26.0	10.8	108	2.7	9.5	52.4	24.6	10.8

Batı Marmara	47	3.7	14.7	48.6	22.1	11.0	59	0.0	16.2	70.6	5.9	7.3	106	1.8	15.5	60.0	13.7	9.1
Ege	110	3.4	12.1	63.0	9.8	11.7	94	1.5	12.1	57.8	15.1	13.4	204	2.5	12.1	60.4	12.4	12.5
Doğu Marmara	60	1.6	15.2	67.0	10.0	6.2	65	4.2	12.8	59.7	7.9	15.5	125	3.1	13.8	62.9	8.8	11.4
Batı Anadolu	80	1.8	8.1	50.8	25.7	13.6	61	1.7	22.8	53.8	13.1	8.6	141	1.7	14.6	52.1	20.2	11.4
Akdeniz	110	5.0	16.8	57.2	8.9	12.1	94	10.1	16	56.0	14.9	3.0	204	7.3	16.4	56.6	11.7	7.9
Orta Anadolu	116	6.0	18.2	53.0	14.3	8.6	101	3.5	9.1	69.5	12.8	5.1	217	4.8	13.8	61.0	13.6	6.9
Batı Karadeniz	108	6.2	8.5	59.5	18.4	7.5	102	4.0	22.1	56.5	12.1	5.3	210	5.0	15.9	57.8	14.9	6.3
Doğu Karadeniz	74	3.5	12.3	62.8	16.5	5.0	97	3.4	11.0	65.3	17.5	2.7	171	3.4	11.5	64.3	17.1	3.6
Kuzeydoğu Anadolu	115	4.0	20.6	57.7	9.9	7.8	118	4.4	14.3	68.2	12.6	0.4	233	4.2	17.5	62.9	11.3	4.1
Ortadoğu Anadolu	119	5.6	15.3	62.1	12.0	5.0	132	6.2	14.4	54.4	19.8	5.1	251	5.9	14.9	58.3	15.8	5.1
Güneydoğu Anadolu	144	4.7	24.2	58.1	8.8	4.3	134	2.3	16.1	66.0	13.1	2.5	278	3.5	20.3	61.9	10.8	3.4
TÜRKİYE GENELİ	1138	3.8	15.2	57.7	14.2	9.1	1110	4.1	14.5	59.7	14.4	7.3	2248	3.9	14.9	58.7	14.3	8.2

2.3.Fiziksel Aktivite

2.3.1. Fiziksel Aktivite Tanımı ve Faydaları

Fiziksel hareket seviyeleri, dünya genelinde insanların genel sağlığı için en önemli göstergelerinden biridir (19). “Gündelik hayat içinde, kaslar kullanılarak yapılan ve enerji tüketimini gerektiren her hareket” fiziksel aktivite olarak tanımlanır (16). Fiziksel aktivite, günlük yaşam içerisinde kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji harcamamızı gerektiren, kalp ve solunum fonksiyonlarımızı arttıran ve farklı düzeylerde yorgunlukla neticelenen aktivitelerdir (17).

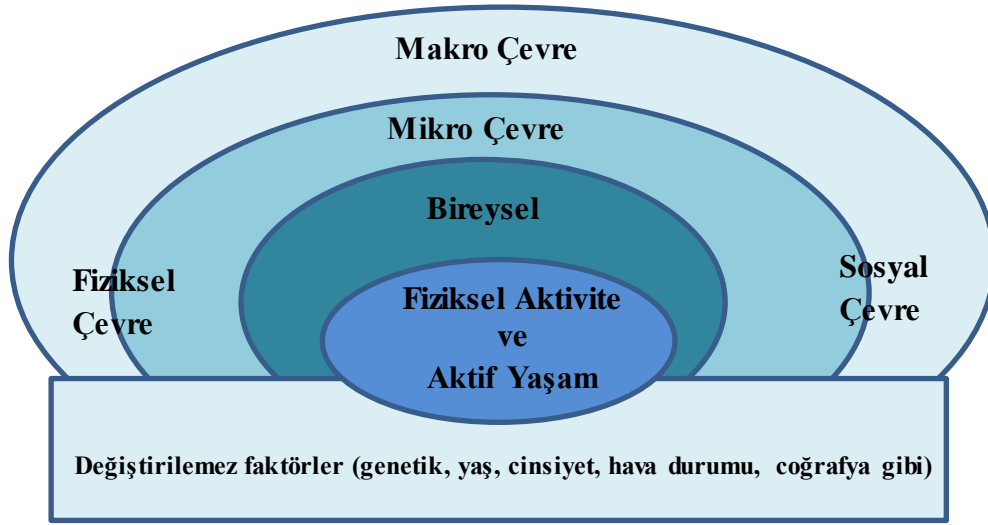
Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa’da Sağlık ve Fiziksel Aktivite yaynında fiziksel aktivitenin sağlığa etkilerini tablo 9’daki şekilde sıralamıştır (41).

Tablo 9: Fiziksel aktivitenin sağlığa etkileri

Durum	Etkisi
Kalp Hastalıkları	Riski azaltır
İnme	Riski azaltır
Kilolu olma ve obezite	Riski azaltır
Tip 2 Diyabetis Mellitus	Riski azaltır
Kolon Kanseri	Riski azaltır
Göğüs Kanseri	Riski azaltır
Kas-iskelet sağlığı	Gelişme sağlar
Yaşlılarda düşmeler	Riski azaltır
Ruhsal Durum	Gelişme sağlar
Depresyon	Riski azaltır

Bireylerin, fiziksel aktiviteye katılma durumlarını makro çevre, mikro çevre ve bireysel faktörler gibi birçok faktör etkiler. Makro çevredeki faktörler, genel, sosyo-ekonomik, kültürel ve çevresel koşulları içermektedir. Mikro çevredeki faktörler ise yaşama ve çalışma ortamlarının fiziksel aktiviteye uygunluğu, toplumsal normların ve yerel toplulukların desteklenmesi bulunmaktadır. Fiziksel faaliyete karşı tutum, bireyin inancı veya günlük hayatta fırsatların farkındalığı gibi bireysel faktörler, fiziksel aktivite ihtimalini etkileyebilir. Aktif yaşamın belirleyicilerinden bazıları da (şekil 1) genetik yapı, yaş, cinsiyet, hava koşulları, coğrafi yapı gibi değiştirilemeyen faktörlerdir (41).

Şekil 1: Fiziksel aktivitenin belirleyicileri



Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalar, gündelik enerji tüketimi trendleri hakkında kesin bilgi vermese de son yarım yüzyılda toplumsal ve teknolojik değişiklikler sonucu fiziksel aktivitenin azaldığını dair veriler mevcuttur. Ekonominin tarımsal ve endüstriyel bir ekonomiden hizmet odaklı ekonomiye dönüşmesi ile bedensel aktivite gerektiren işlerin azalması, hayatımızdaki emek tasarrufu sağlayan teknolojik aletler, televizyon odaklı eğlence, motorlu ulaşımın artması, yürüyüş ve bisiklet kullanımında azalma fiziksel aktivitenin son yıllarda azaldığını göstermektedir. (54)

Fiziksel aktivitenin beden ve ruh sağlığımız üzerine etkilerini üç başlıkta ele alabiliriz. Bunlardan ilki kas, iskelet sistemi ve vücudumuzdaki diğer sistemlerde korucu ve destekleyici rolünün olduğu “beden sağlığımız” üzerine etkileridir. Depresyon ve kaygıyı azaltarak “ruhsal ve sosyal sağlığımız” üzerine etkileri vardır. Ayrıca yaşlılık döneminde çeşitli hastalık risklerinin azaltılmasını sağlayarak “gelecekteki yaşantımız” üzerine olumlu etkileri vardır (16).

Fiziksel aktiviteye en fazla katkıda bulunan aktiviteler günlük hayatımızda yaptığımız yürüyüş, bisiklete binmek, merdiven çıkmak, ev işleri yapmak ve alışveriş gibi aktivitelerdir. Egzersize dahil olabilen aktiviteler hızlı yürüyüş, bisiklete binmek, aerobik dans yapmak, hatta bahçivanlık gibi aktif hobiler ve rekabet içeren sporlardır (54).

Her yaş grubunda fiziksel aktivitenin farklı sağlığı koruyucu rolleri vardır ve yapılacak fiziksel aktivite türleri yaş gruplarına göre farklılık gösterir (19).

5-17 yaş grubu için bilimsel kanıtlar fiziksel aktivitenin gençlerin ve çocukların sağlığı üzerinde birçok olumlu etkisinin olduğunu ortaya koymuştur. Fiziksel aktivite artışı ile vücut yağlarında azalma, kardiyovasküler ve metabolik hastalık riskinde, kemik sağlığı (kemik mineral içeriği ve kemik yoğunluğu) ve depresyon belirtilerinde azalma olduğu ortaya çıkmıştır. Gözlemsel ve deneysel kanıtlar göstermektedir ki çocukluk döneminde yüksek oranda ve yoğunlukta fiziksel aktivite yapanlarda ve yetişkinlik döneminde devam edenlerde risklerden korunma ve kardiyovasküler ve diyabete bağlı yaşanan hastalık ve ölüm oranlarında azalma olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan araştırmalar, çocukların günde en az 60 dakika süre ile yapılan orta şiddette fiziksel aktivitenin kardiyovasküler ve metabolik hastalık riskinde azaltacağını belirtmektedir (19).

18-64 yaş grubunda yapılan araştırmalarda, fiziksel olarak aktif kişiler daha yüksek seviyede sağlık düzeyine sahip olmakta ve inaktif olan kişilere göre sağlığın bozulmasında ve çeşitli kronik hastalıklara yakalanma oranında azalma görülmektedir. Çeşitli fiziksel aktivitelerle haftada toplamda 150 dakika yapılabilir (19).

Fiziksel aktivite yapan 65 yaş ve üstü yetişkinler, az fiziksel aktivite yapan kişiler ile karşılaştırıldığında, kadın ve erkeklerde tüm ölüm nedenlerinde daha düşük orana sahiptirler. Fiziksel aktivite bu yaş grubunda, koroner kalp hastalığı, yüksek kan basıncı, inme, tip 2 diyabet, kolon kanseri, göğüs kanseri, kardiyorespiratuar ve kas dayanıklılığı, sağlıklı vücut ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesine sahip biyolojik göstergeler ve kemik sağlığının güçlendirilmesini sağlamaktadır (19).

Düzenli fiziksel aktivitenin, koroner kalp hastalığı, inme, diyabet, hipertansiyon, kolon kanseri, meme kanseri ve depresyon riskini azalttığı görülmüştür (19). Ayrıca, fiziksel aktivite enerji harcaması yapmanın en önemli belirleyicisidir ve böylece enerji dengesi ve kilo kontrolü için esastır (19). Fiziksel hareketsizlik, göğüs ve kolon kanserlerinin yaklaşık % 21-25'inin, diyabetin % 27 ve iskemik kalp hastalıklarının da % 30 ana nedeni olduğu tahmin edilmektedir (18).

Fiziksel aktivite ve egzersiz, depresyon ve anksiyete gibi durumların önlenmesini ve tedavisini sağlayarak toplum ruh sağlığı çalışmalarına destek olmaktadır. Fiziksel aktivite, depresyon için küresel boyutta etkili bir müdahale ve daha az yan etkiye sahip olması nedeniyle, sağlık sistemleri ve organizasyonlar için nispeten düşük maliyetli ve

cazip maliyet etkinliği olan etkili bir müdahale olarak kabul edilmiştir. Özellikle yetişkinler için egzersizin (zellikle aerobik egzersiz) depresyonu azalttığına dair önemli kanıtlar vardır ve fiziksel olarak aktif olan kişilerde hafif ve orta dereceli depresyonun başlangıcında önleyici ve hafifletici bir katkısı bulunmaktadır (37).

Fiziksel inaktivite, dünyada 3.2 milyon kişinin ölümüne neden olan ve önde gelen risk faktörlerinden dördüncü sıradaya yer almakta olup global ölümlerin % 6'sının ölüm nedenidir (18). Hipertansiyon (%13), diyabet (%6), şişmanlık ve obezite (% 5) diğer üç küresel ölüm nedenleridir (19).

Macaristan'da, nüfusun % 77'sinin fiziksel olarak inaktif olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur. cs ve diğerleri tarafından yapılan başka bir araştırmada, fiziksel aktivitede sadece % 10'luk bir artış ile Macar ekonomisinde 28 milyar Macar frinti (HUF) (yaklaşık 73.7 milyon GBP = Great Britain Pound) tasarruf sağlanabileceği ortaya çıkmıştır (38).

Turi ve diğerleri tarafından Brezilya'da düşük fiziksel aktivite oranı ile metabolik hastalıklar arasında ilişkiyi incelemek için yapılan çalışmada (tablo 10); düşük seviyede fiziksel aktivite ile yüksek prevelansta diyabetes mellitus (OR = 1.82 [1.22- 2.71]) ve hiperkolesterolemi (OR = 1.82 [1.25-2.66]) arasında ilişki bulunmuştur. Ancak arteriyal hipertansiyon ise sadece düşük seviyeli spor egzersizleri (OR = 1.67 [1.05-2.65]) ile ilişkilidir (39).

Tablo 10. Fiziksel aktivite ile kronik hastalıklar arasında ilişki (Brezilya, n = 963)

Fiziksel Aktivite Alanı	Arteriyal Hipertansiyon		Diyabetis Mellitus		Hiperkolesterolemi	
	N (%)	OR (95% CL)	N (%)	OR (95% CL)	N (%)	OR (95% CL)
Mesleki						
Düşük seviyede aktif	197 (82.1)	...	85 (35.4)	1.32 (0.84-2.08)	69 (28.8)	...
Orta Derece Aktif	353 (73.4)	...	124 (25.8)	0.90 (0.62-1.30)	171 (35.6)	...
Aktif	190 (78.5)	...	66 (27.3)	1.00	75 (31)	...
	p-value=0,357		p-value=0,049	p-value=0,390 (71.1%)	p-value=0,113	

Spor						
Düşük seviyede aktif	194 (79.8)	1.67 (1.05-2.65)	79 (32.5)	...	91 (37.4)	
Orta Derece Aktif	372 (77.7)	1.47 (0.99-2.18)	125 (26.1)	...	150 (31.3)	
Aktif	174 (72.2)	1.00	71 (29.5)	...	74 (30.7)	
	p=0.047	p= 0.368 (79,6%)	p= 0.455		p= 0.113	
Boş Zaman						
Düşük seviyede aktif	189 (82.9)	1.43 (0.90-2.28)	85 (37.3)	1.82 (1.22-2.71)	93 (40.8)	1.82 (1.25-2.66)
Orta Derece Aktif	310 (77.1)	1.13 (0.78-1.64)	118 (29.4)	1.35 (0.95-1.92)	137 (34.1)	1.41 (1.01-1.96)
Aktif	241 (72.4)	1.00	72 (21.6)	1.00	85 (25.5)	1.00
	p=0.004	p= 0.843 (73.8%)	p = 0.001	p= 0.253 (71.8%)	p= 0.001	p= 0.894 (67.9%)

Fiziksel aktivite özellikle yürüyüş dâhil olmak üzere sağlık üzerinde önemli faydaları vardır. Yapılan bir araştırmada her gün yapılan 30 – 60 dakika orta yoğunlukta bir fiziksel aktivitenin faydalı olacağı ifade edilmiştir. Fiziksel aktivitenin tüm etkilerini ölçmek her ne kadar zor olsa da kronik hastalıkların (örneğin kardiyovasküler hastalıklar ve obezite) oranında düşüşe ve sağlık harcamalarında dramatik bir azalmaya neden olmuş sadece etkinlik ile ilgili yaralanmalarda artışa neden olmuştur (14).

Ekelund ve arkadaşları, erken ölüm riski ile mücadele etmek için yapılması gereken fiziksel aktivite miktarını araştırmak için bir meta analiz çalışması yapmışlardır. Araştırma sonuçlarına göre düşük fiziksel aktivite ile artmış mortalite arasındaki ilişkinin eğrisel olduğu ortaya çıkmıştır. Fiziksel inaktiviteye bağlı risk özellikle haftada 35,5 metabolik değer (fiziksel aktivite düzeyi metabolik eşdeğer (ME) kavramı ile değerlendirilir) altında olanlarda görüldüğü ortaya çıkmıştır. Ding ve arkadaşları tarafından dünyada fiziksel inaktivitenin neden olduğu ekonomik yükü bulmaya çalıştıkları araştırma sonucuna göre fiziksel hareketsizlik 2013 yılında dünya çapında küresel boyutta sağlık sisteminde 53.8 milyar dolara (bir yıllık tahmini rakam) mal olmuştur (15).

Yürüyüş halk sağlığı için çok önemlidir. Yapılan araştırmalarda, toplum tabanlı yürüyüş organizasyonları ve orta yaş ve üstü kişileri yürüyüşe teşvik edici organizasyonların yürüyüş yapan kişi sayısını % 23 oranında arttırmıştır. Merdiven kullanımının süresi neredeyse 10 dakika olduğundan obezite açısından daha fazla kalori harcamak ve kas gücü ve dayanıklılığın artırılması açısından önemlidir. Çocuklarda okula yürüyerek ya da bisikletle gitmesine artık artan bir ilgi vardır (14).

2004 ve 2008 yıllarında Dünya Sağlık Asamblesi, üyelerine fiziksel aktiviteyi arttırmak amacıyla ulusal fiziksel aktivite planlarını ve politikalarını hazırlamaları konusunda birtakım önerilerde bulundu (19).

Politika yapıcılar tarafından fiziksel aktivitenin artırılması için yapılan ulusal ve lokal tüm girişimlerde aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir (19).

- ✓ Sosyal normlar
- ✓ Dini inanç ve değerler
- ✓ Güvenlik durumu (ulusal ve yerel)
- ✓ Fiziksel aktivitenin uygulanması için güvenli alanların olması
- ✓ Coğrafik durum, mevsim ve iklim şartları
- ✓ Cinsiyet sorunları
- ✓ İlgili bütün sektörler ve aktörlerin katılımı
- ✓ Belediyelerin rolü ve bölgesel liderler
- ✓ Özellikle genç kızların ve kadınların okul ve iş sahasına erişimi
- ✓ Ulaşım altyapısı, spor ve dinlenme tesislerinin varlığı ve kentsel tasarım
- ✓ Fiziksel aktiviteye tüm alanlarda katılım sağlanması (eğlence, ulaşım ve mesleki) (19)

Fiziksel aktiviteye teşvik için yapılabilecekler şunlardır (19):

- ✓ Yürüyüş, bisiklet ve diğer fiziksel aktivite alternatifleri güvenli ve kolay erişilebilir kılmak için ulusal ve yerel düzeyde kentsel planlamalarını ve çevre politikalarını gözden geçirmek.
- ✓ Çocuklar için yerel oyun imkânları (örneğin bina yürüyüş parkurları) sağlanması;
- ✓ İş için ulaşımın kolaylaştırılması (örneğin bisiklet ve yürüyüş) ve çalışan nüfusun diğer fiziksel aktivite stratejilerini kolaylaştırmak;
- ✓ Fiziksel aktivite programlarına katılımı sağlamak için okul politikaları sağlamak
- ✓ Okullarda, öğrencilerin aktif ve güvenli olarak vakit geçirebilecekleri uygun alanlar ve tesislerin sağlanması;
- ✓ Birinci basamak sağlık hizmetlerinde danışmanlık verilmesi
- ✓ Fiziksel aktiviteyi teşvik edecek sosyal ağlar oluşturmak

2.3.2. Dünyada ve Türkiye’de Fiziksel Aktivitede Mevcut Durum

Fiziksel aktivite, halk sağlığı alanındaki haklı yerini 21. yüzyılın ilk çeyreğinde alabilmiştir. 50 yıldır yapılan epidemiyolojik ve klinik araştırmalar düzenli fiziksel aktivitenin önemli faydalarını geniş bir yelpazede ortaya çıkardı. Son 10 yılda, bu bilimsel dayanak fiziksel aktiviteyi sağlığı geliştirmek ve kronik hastalıkları önlemenin bir parçası olarak halk sağlığı önerileri ve politikaları içine yerleştirdi (13).

1980’li yıllar boyunca özellikle halk sağlığı içinde başarılı olamayan fiziksel aktivite, 1990’lı yıllarda belirgin bir halk sağlığı sorunu olarak yeniden ortaya çıktı. 1992 yılında Amerikan Kalp Derneği (The American Heart Association – AHA) tarafından kardiyovasküler hastalıkların dört büyük risk faktöründen biri olarak tanımlanması ile birlikte çalışmalar hız kazandı ve acil olarak halk sağlığı kapsamında ele alınması için eğitimler, kurslar ve fiziksel aktiviteyi desteklemek için ulusal bir komisyon oluşturulması stratejik plana konuldu. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi’nin bu konuda önemli adımlar atılmasında büyük rolü oldu. Artık, fiziksel aktivite, egzersiz ve

fitness yaklaşımından çok bir halk sağlığı önerisi haline gelerek bir anlayış değişimi yaşandı. Bu süre zarfında fiziksel aktiviteye bir halk sağlığı sorunu olarak odaklanılmaya başlandı. Dünya Sağlık Örgütü global fiziksel aktivite tanıtımı için çalışmalar yaptı ve 1998 yılında, “Fiziksel Aktivite ve Sağlığın Teşviki için İşbirliği Merkezi” (The CDC WHO Collaborating Center for Physical Activity and Health Promotion) oluşturuldu. Bu merkez son 15 yılda fiziksel aktivite üzerine global halk sağlığı politikaları geliştirilmesinde çok büyük bir rol oynadı. Ancak Amerika’da genç nüfusun ve yetişkinlerin yüksek ve sağlıklı fiziksel aktivite seviyesine çıkarılması henüz gerçekteşmedi (13).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi 2016-2025 için fiziksel aktivite stratejilerini, Dünya Sağlık Örgütü’nün 2013-2020 yıllarını kapsayan bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü eylem planında belirtilen gönüllü küresel hedeflerin ışığında hazırlamış ve Mayıs 2013’te altmış altıncı Dünya Sağlık Asamblesi’nde onaylamıştır. Stratejiler, sağlık ve esenlik için önemli bir faktör olarak fiziksel aktiviteye odaklanmaktadır. Yetersiz aktiviteye bağlı bulaşıcı olmayan hastalıkların yüküne dikkat çekmekte ve yaşam boyunca her türlü fiziksel aktiviteyi kapsamayı hedeflemektedir. Fiziksel Aktivite Stratejilerinde hükümetleri ve tüm paydaşları fiziksel aktiviteyi arttırmak konusunda harekete geçirme misyonu altında aşağıda yer alan rehber ilkeler belirlenmiştir (42).

- ✓ Sürekli azalan fiziksel aktivite seviyesini gündeme getirmek ve eşsizlikleri azaltmak
- ✓ Hayat boyu yaklaşımı teşvik etmek
- ✓ Sağlığı destekleyici ortamlar ve katılım yoluyla insanları ve toplulukları güçlendirmek
- ✓ Entegre, multi-sektörel, sürdürülebilir ve ortaklığa dayalı yaklaşımları teşvik etmek
- ✓ Fiziksel aktivite programlarının farklı bağamlarda uyarlanabildiğinden emin olmak
- ✓ Fiziksel aktiviteyi teşvik etmek ve devam eden uygulama ve sonuçlarını izlemek için kanıta dayalı stratejiler kullanmak (42)

Avrupa Komisyonu (European Commission) tarafından 2013 yılında Avrupa Birliği'ne üye 28 ülkede 27.919 katılımcı ile TNS Opinion & Social network tarafından gerçekleştirilen "Special Eurobarometer 412 - Sport And Physical Activity" başlıklı araştırmadan elde ilginç sonuçlar aşağıda yer almaktadır (43).

✓ Avrupalıların % 41'i haftada en az bir kez spor veya egzersiz yaparken, AB vatandaşlarının % 59 gibi büyük bir kısmı nadiren ya da hiç egzersiz yapmıyor. Ancak, hiç spor ya da egzersiz yapmayanların oranı % 39'dan % 42'ye çıkmıştır.

✓ % 48'i bisiklete binme, dans ya da bahçe işleri gibi diğer fiziksel aktiviteleri en az haftada bir kez yaparken % 30'u bu tür aktiviteleri yapmıyor.

✓ Avrupa Birliği ülkelerinde genel olarak erkekler kadınlara göre spor, egzersiz ya da diğer aktiviteleri daha fazla yapmaktadır. Bu fark özellikle 15-24 yaş grubunda daha belirgin olup, genç erkekler düzenli olarak spor veya egzersiz yapmaya % 74 eğilimli iken kadınlarda bu oran % 55'dir. Düzenli egzersiz yapanların oranı yaşla birlikte azaltmakta, 55 yaş üzeri erkeklerin % 70'i kadınların % 71'i hiç ya da nadiren egzersiz yapmaktadır.

✓ Genellikle, Avrupa Birliği'nin kuzey bölümünde yaşayan halk fiziksel olarak daha aktiftir. Haftada en az bir kere egzersiz veya spor yapanların oranı İsveç'te %70, Danimarka'da % 68, Finlandiya'da % 66, Hollanda'da % 58 ve Lüksemburg'da % 54'dir. Fiziksel aktiviteye en düşük katılım Avrupa'nın güney bölgesidir. Hiç egzersiz veya spor yapmadığını söyleyenlerin oranı Bulgaristan'da % 78, Malta'da % 75, Portekiz % 64 ve İtalya'da % 60'dır.

✓ Ankete katılanların % 54'i haftada bir güçlendirici egzersizlere katılmazken, % 44'ü de ortalama fiziksel aktiviteye de katılmamaktadır. Avrupa Birliği vatandaşlarının % 13'ü haftada bir kez en az 10 dakika dahi yürümektedir. Normal günlerde katılımcıların % 69'u 2.5 ve 8.5 saatlerini oturarak geçirdiklerini ifade etmişlerdir. 8.5 saatten fazla oturanların oranı % 11, 2.5 saat ya da daha az oturanların oranı ise % 17'dir.

✓ Spor veya fiziksel aktivitenin yapıldığı alanlar ele alındığında; park ve dış alanlarda yapanlar % 40, evde % 36, ev, iş, okul arasında % 25 olarak belirlenmiştir.

✓ Yaklaşık Avrupa Birliği vatandaşlarının dörtte üçü (%74) herhangi bir spor kulübüne üye değildir. 2009 % 67 olan bu oran % 74'e çıkmıştır.

✓ Spor veya fiziksel aktiviteye katılım için ortak neden sağlığı geliştirmek (%62) olarak ifade edilmiştir. Diğer popüler nedenler; kondisyon arttırmak (%40), dinlenme (%36), eğlence (%30) olarak sıralanabilir.

✓ Düzenli olarak spor yapmama nedeni ise zaman azlığı (%42) olarak ifade edilmiştir. Diğer faktörler ise ilgi ve motivasyon eksikliği (%20), hastalık ya da engelliliğinin

olması (%13), veya oldukça pahalı olması (% 10) olarak ifade edilebilir. 2009 yılında yapılan ankette en önemli neden olarak zaman azlığı (%45) olarak ifade edilmiştir.

✓ Katılımcıların % 76'sı fiziksel aktiviteye uygun alanlarının olduğu fikrine katılırken, Avrupa Birliği vatandaşlarının çoğu (%74) lokal spor kulüplerinin ve diğer sağlayıcıların fırsat sunduğuna inanmaktadır.

Avrupa Birliği ülkelerinde egzersiz ve spor yapma sıklığına bakıldığında (tablo 11) Bulgaristan (% 78) ve Malta (% 75) olmak üzere hiç spor yapmayan katılımcılara sahip ülkeler. 2009 ve 2013 yılı anket verileri karşılaştırıldığında bu oranlar sırasıyla 2009'dan beri +20 puan ve +37 puan artmıştır. Spor yapmayan katılımcıların oranı Portekiz (% 64), Romanya (% 60) ve İtalya (% 60) da yüksektir. Ayrıca, İtalya (% 3) ve Bulgaristan'da (% 2) düzenli olarak egzersiz yapan veya spor yapan en az katılımcıya sahip ülkeler arasındadır (43).

Tablo 11: Avrupa Birliği ülkelerinde egzersiz veya spor yapma sıklığı

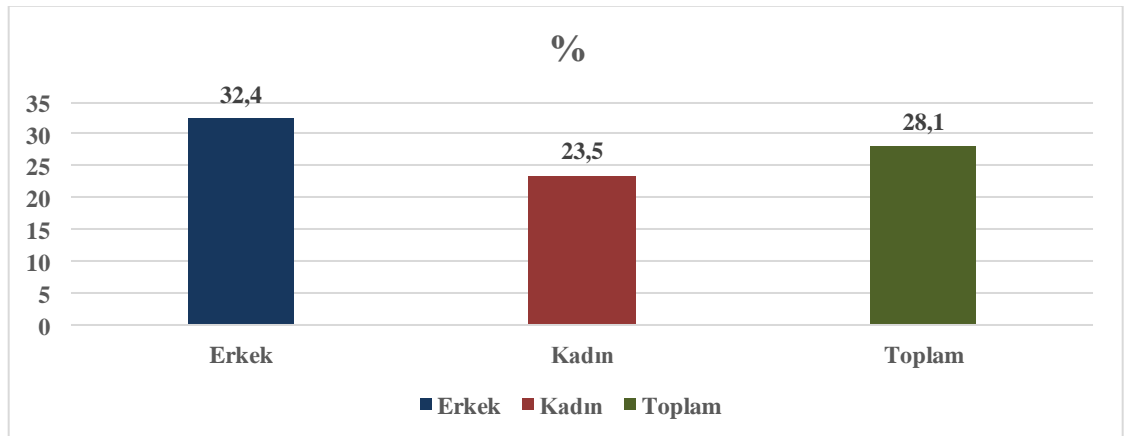
Ülke	Düzenli		Biraz Düzenli		Nadiren		Hiç		Bilmiyorum	
	2013 Anketi	2009-2013 Anket Farkı	2013 Anketi	2009-2013 Anket Farkı	2013 Anketi	2009-2013 Anket Farkı	2013 Anketi	2009-2013 Anket Farkı	2013 Anketi	2009-2013 Anket Farkı
EU28	% 8	-1	% 33	+2	% 17	-4	% 42	+3	% 0	=
Macaristan	% 15	+10	% 23	+5	% 18	-6	% 44	-9	% 0	=
Yunanistan	% 7	+4	% 24	+9	% 10	-5	% 59	-8	% 0	=
İspanya	% 15	+3	% 31	+4	% 10	-5	% 59	-8	% 0	=
Hollanda	% 8	+3	% 50	-1	% 13	-3	% 29	+1	% 0	=
Slovenya	% 15	+2	% 36	-3	% 27	+1	% 22	=	% 0	=
Litvanya	% 15	+1	% 22	=	% 17	-3	% 46	+2	% 0	=
Slovakya	% 6	+1	% 28	+3	% 25	-10	% 41	+6	% 0	=
Çek Cum.	% 5	=	% 31	+8	% 29	-6	% 35	-2	% 0	=
Estonya	% 7	=	% 32	+5	% 24	-1	% 36	-5	% 1	+1
İtalya	% 3	=	% 27	+1	% 10	-6	% 60	+5	% 0	=
Lüksemburg	% 12	=	% 42	+3	% 17	=	% 29	-3	% 0	=
Avusturya	% 5	=	% 40	+7	% 28	-5	% 27	-2	% 0	=
Bulgaristan	% 2	-1	% 9	-1	% 9	-19	% 78	+20	% 2	+1
Danimarka	% 14	-1	% 54	+5	% 18	=	% 14	-4	% 0	=
Polonya	% 5	-1	% 23	+4	% 18	-6	% 52	+3	% 2	=

Portekiz	% 8	-1	% 20	-4	% 8	-3	% 64	+9	% 0	=
Almanya	% 7	-2	% 41	+1	% 23	+3	% 29	-2	% 0	=
Letonya	% 6	-2	% 25	+6	% 30	+1	% 39	-5	% 0	=
Romanya	% 6	-2	% 15	+2	% 18	-10	% 60	+11	% 1	-1
Finlandiya	% 13	-4	% 53	-2	% 19	-2	% 15	+8	% 0	=
Birleşik Kra.	% 10	-4	% 36	+4	% 19	-3	% 35	+3	% 0	=
Fransa	% 8	-5	% 35	=	% 15	-3	% 42	+8	% 0	=
Kıbrıs	% 11	-5	% 25	=	% 10	-3	% 54	+8	% 0	=
Belçika	% 10	-6	% 37	+3	% 22	=	% 31	+3	% 0	=
İrlanda	% 16	-7	% 36	+1	% 14	-1	% 34	+8	% 0	-1
İsveç	% 15	-7	% 55	+5	% 21	-1	% 34	+8	% 0	=
Malta	% 5	-12	% 14	-17	% 6	-8	% 75	+37	% 0	=
Hırvatistan	% 9	*	% 26	*	% 36	*	% 29	*	% 0	*

İngiltere’de fiziksel aktiviteye katılımda eşitsizlikleri belirlemek için yapılan çalışmada özellikle kötü sağlık durumuna sahip 55 yaş üzerindeki erkeklerin (olasılık = 0.20, % 95 GA 0.11, 0.28) fiziksel aktiviteye katılma olasılıkları düşük çıkmıştır. Aynı araştırmada 55 yaş üzerindeki kötü sağlık durumuna sahip kadınların ise fiziksel aktiviteye katılma olasılığı 0.38 (% 95 GA 0.27) olarak bulunmuştur (40).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 6-11 yaş grubu çocukların % 58,4’ü düzenli olarak günde 30 dakika veya fazla egzersiz yapmamaktadır. Grafik 13’te görüldüğü gibi 12 yaş üstü bireylerde ise erkeklerde düzenli aktivite yapma oranı % 32,4, kadınlarda % 23,5 ve toplamda % 28,1 olduğu görülmektedir (16).

Grafik 13: Düzenli (12+yaş) Fiziksel Aktivite Yapma Durumu



Yaş grupları detaylı olarak ele alındığında; hiç egzersiz yapmayan 12-14 yaş grubu erkeklerin oran % 41,4, 15-18 yaş grubunda % 44,6, 19-30 yaş grubunda %69,5, 31-50 yaş grubunda %73,2 ve 75 yaş üzeri grupta ise %83,7 olmaktadır. Bu durumda yaş yükseldikçe egzersiz yapmayan oranlarının da arttığı görülmektedir. Kadınlarda da erkeklerde olduğu gibi yaş artıkça egzersiz yapmama oranının arttığı 12-14 yaş grubunda % 69,8, 15-18 yaş grubunda %72,5, 19-30 yaş grubunda %76,6, 75 ve üzeri yaş grubunda ise % 88 olduğu ortaya çıkmıştır (16).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010) verilerine göre son bir haftada 30 dakika veya daha fazlası spor yapma durumu tablo 12’de gösterilmektedir. Genelde egzersiz yapmayan oranı % 71,9 iken bu durum erkeklerde % 67,6, kadınlarda ise % 76,5’dir. Yaşın artması ile birlikte aktivite yapmayanların oranı artmaktadır. Her gün egzersiz yapanların oranı 12-14 yaş grubunda en fazla iken toplama bakıldığında 12-14 yaş grubunun %56.2’si, 15-18 yaş grubunun %57.8’i hiç egzersiz yapmazken, 19 -30 yaş grubunda % 75,5 ve 51-64 yaş grubunda bu oranın %80’lerin üzerine çıktığı gözlenmektedir. Kırsal kesimde egzersiz yapmayanların oranı, kentte yaşayanlara göre daha fazladır. Hem kadında hem de erkekte kentte egzersiz yapmayan % 69,8 iken kırdaki durum % 78,1’dir. Bölgeler açısından ele alındığında ise hiç egzersiz yapmayanların oranı sırasıyla Kuzeydoğu Anadolu (%82,4), Batı Marmara (% 78,4) ve Güneydoğu Anadolu’da (% 76,3) en yüksektir (44).

Tablo 12: Son bir haftada (12 + yaş) 30 dakika veya daha fazla spor yapma durumu (%)

	Özellikler	Erkek						Kadın						Toplam					
		Egzersiz Yapmadı	Haftada 1-2	Haftada 3-4	Haftada 5-6	Her gün	Erkek sayısı	Egzersiz Yapmadı	Haftada 1-2	Haftada 3-4	Haftada 5-6	Her gün	Kadın sayısı	Egzersiz Yapmadı	Haftada 1-2	Haftada 3-4	Haftada 5-6	Her gün	Birey sayısı
Yaş Grubu (yıl)	12-14	41,4	19,2	5,4	7,2	26,2	272	69,8	13,9	5,1	3,9	7,0	265	56,2	16,4	5,2	5,5	16,2	537
	15-18	44,6	21,7	13,7	5,0	14,6	319	72,5	10,9	3,3	3,4	9,9	350	57,8	16,6	4,3	4,3	12,4	669
	19-30	69,5	15,1	5,4	1,9	7,7	739	76,6	10,0	5,6	1,2	6,5	968	72,5	13,0	1,6	1,6	7,2	1707
	31-50	73,2	9,4	5,3	1,3	10,6	1143	74,8	8,0	4,7	2,3	10,2	1884	74,0	8,7	1,8	1,8	10,4	3027
	51-64	70,8	4,8	4,3	2,2	17,8	723	78,0	2,9	5,7	1,7	11,7	1170	74,4	3,9	1,9	1,9	14,7	1893
	65-74	77,1	3,0	3,8	2,0	13,7	328	86,9	2,0	3,1	0,8	6,9	544	82,4	2,4	1,3	1,3	10,0	872
	75 ve üzeri	83,7	1,5	2,1	1,0	11,4	205	88,0	4,5	1,9	0,0	5,6	354	86,3	3,3	0,4	0,4	7,9	559
Yerleşim Yeri	Kent	66,4	12,2	6,7	2,5	11,9	2385	73,3	8,8	5,6	2,2	10,0	3687	69,8	10,6	6,2	2,3	11,0	6072
	Kır	71,0	9,3	3,4	2,0	13,8	1344	86,0	4,4	2,0	1,4	6,0	1848	78,1	7,0	2,7	1,7	10,2	3192
NU TS	İstanbul	70,5	13,6	6,3	2,7	6,9	324	72,6	11,0	6,0	2,3	8,0	674	71,6	12,3	6,1	2,5	7,4	998

Batı Marmara	72,5	9,3	2,9	2,3	12,9	286	85,1	2,2	1,5	1,8	9,4	479	78,4	6,0	2,2	2,1	11,3	765
Ege	69,0	11,8	5,2	1,2	12,7	401	74,8	8,3	5,1	1,6	10,2	478	71,7	10,2	5,2	1,4	11,6	879
Doğu Marmara	66,1	8,7	8,6	2,5	13,0	269	73,8	8,2	5,1	2,8	10,2	396	69,8	8,5	6,9	2,6	11,6	665
Batı Anadolu	68,5	7,0	6,0	0,5	17,6	234	73,4	8,7	7,1	2,2	8,5	376	71,0	7,8	6,6	1,4	13,0	610
Akdeniz	58,7	12,0	6,6	5,4	17,0	324	69,1	6,2	6,1	3,0	15,6	433	63,5	9,4	6,4	4,3	16,3	757
Orta Anadolu	69,0	8,4	6,4	2,3	13,4	373	81,8	5,9	3,8	1,6	6,9	533	75,1	7,2	5,1	1,9	10,3	906
Batı Karadeniz	69,7	11,1	4,7	2,2	12,3	411	79,5	7,7	2,5	1,8	5,5	480	74,4	9,5	3,7	2,0	10,5	8911
Doğu Karadeniz	66,9	8,7	6,2	2,1	15,3	283	77,9	8,7	6,1	1,3	5,1	408	72,2	8,7	6,1	1,7	10,4	691
Kuzeydoğu Anadolu	75,9	9,4	3,7	2,6	8,1	291	89,5	2,9	3,7	0,1	3,3	459	82,4	6,3	3,7	1,4	5,8	750
Ortadoğu Anadolu	62,5	18,2	7,2	1,8	9,6	271	88,4	5,4	1,8	0,8	3,6	469	74,5	12,3	4,7	1,4	6,8	740
Güneydoğu Anadolu	68,4	14,1	3,3	1,0	12,8	262	85,6	5,6	1,1	1,2	6,5	350	76,3	10,2	2,3	1,1	9,9	612
TÜRKİYE GENELİ	67,6	11,5	5,8	2,4	12,4	3729	76,5	7,7	4,7	2,0	9,0	5535	71,9	9,7	5,3	2,2	10,8	9264

2.4.Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımı

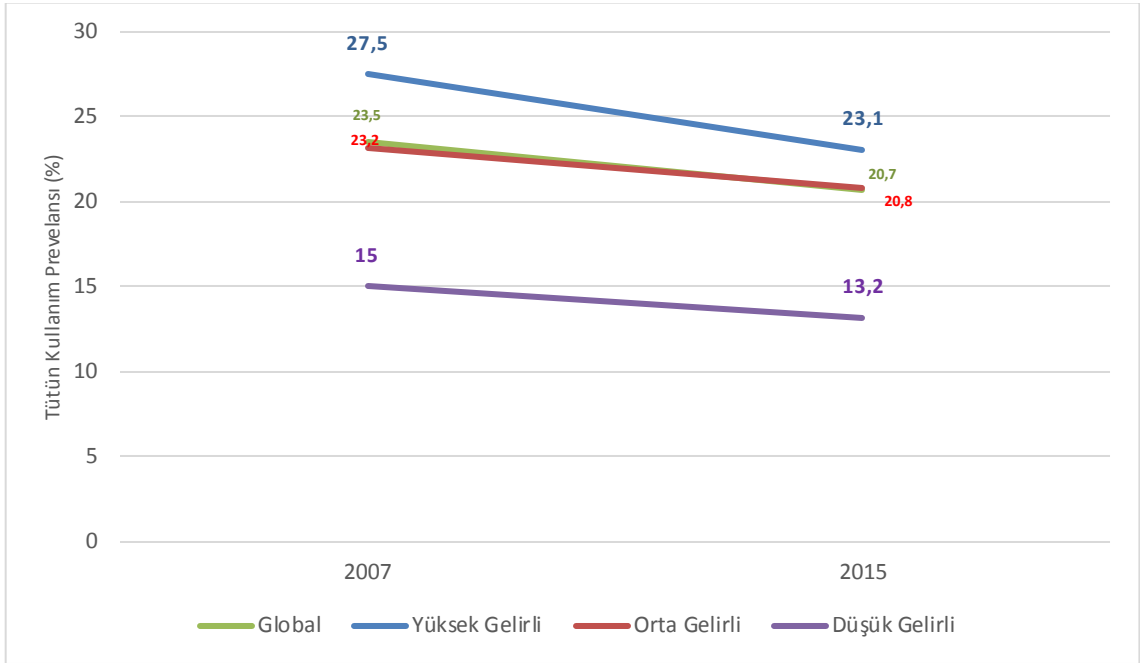
2.4.1. Dünyada Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımı

Tütün, kullanıcıyı öldüren tek yasal uyuşturucudur. Dünya Sağlık Örgütü, dünyada meydana gelen erken ölümlerden çoğunun, yaklaşık olarak altı milyon kişinin ölümünden tütün kullanımının sorumlu olduğunu tahmin etmektedir. Bu rakam pasif içiciliğin etkilerinden ölen yaklaşık 600.000 kişiyi de kapsamaktadır. Tütün kullanımını genellikle kötü sağlık durumu, engellilik ve ölüm ile sonuçlanan bulaşıcı olmayan kronik hastalıklarla ilişkilendirilmesine rağmen, bulaşıcı hastalıklardan ölüm riski ile de ilişkilidir. 2013 yılında, Birleşmiş Milletler şemsiyesi altında, Dünya Sağlık Asamblesi bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümleri azaltmak için gönüllü global tütün hedeflerini (The agreed global tobacco target) oluşturmuştur. 15 yaş üzeri gençlerde mevcut tütün kullanımında % 30 oranında nispi azalma sağlamak hedeflenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin (World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control WHO FCTC) amacı mevcut ve gelecek kuşakları tütün tüketiminden ve maruziyetinden ekonomik, çevresel ve sosyal zararlarından korumaktır. Dünya Sağlık Örgütü, 2008 yılında MPOWER olarak bilinen önlemler paketini sunmuştur. MPOWER şunu ifade etmektedir (30).

- ✓ M (monitor) tütün kullanımının ve önleyici politikaların takip edilmesi;
- ✓ P: (protect) tütün dumanından insanların korunması;
- ✓ O: (offer) sigarayı bırakmak isteyenlerin desteklenmesi;
- ✓ W: (warn) tütünün zararları konusunda toplumun bilgilendirilmesi;
- ✓ E: (enforce) tütün ürünlerinin reklamları, promosyon ve sponsorluklarının önlenmesi,
- ✓ R:(raising) tütün ürünlerine uygulanan vergilerin yükseltilmesi (30)

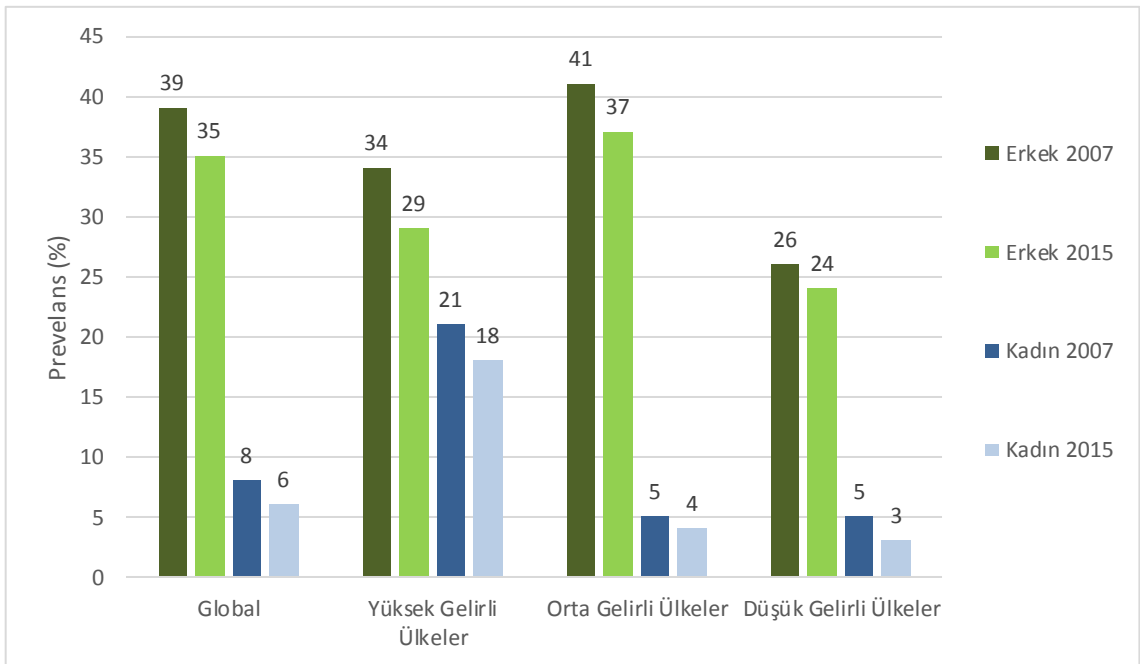
Dünya Sağlık Örgütü'nün, 2017 yılı Global Tütün Epidemisi raporuna göre yetişkinlerde tütün kullanım prevalansı 2007 yılında %23,5'ten 2015 yılında %20,7'ye (grafik 14) gerilemiştir. Dünyada 2007 yılında 1,1 milyar kişi olan tütün kullanan kişi sayısı 2015 yılında da değişmemiştir. Yüksek gelirli ülkelerde kullanım prevalansı yüksektir ve yetişkinlerin dörtte biri sigara kullanmaktadır (53).

Grafik 14: Yetişkinlerde tütün kullanma prevelansı (2007-2015)



Dünya Sağlık Örgütü, global düzeyde erkeklerde 2007 yılında % 39 (grafik 15) olan sigara içme oranının 2015 yılında % 35'e düştüğünü belirtmiştir. En büyük düşüş % 34'den % 29 olmak üzere yüksek gelirli ülkelerde yaşanmaktadır. Kadınların sigara içme oranı 2007 yılında % 8 iken bu oran 2015 yılında % 6'ya düşmüştür. Orta ve düşük gelir seviyesine sahip ülkelerde kadınlarda sigara içme oranı % 5 civarında kalmıştır (53).

Grafik 15: Yetişkinlerde cinsiyete göre mevcut tütün kullanımı prevelansı, 2007-2015



Dünya Sağlık Örgütüne üye 194 ülkenin tamamı % 22,1 olan (tablo 13) tütün kullanım oranından %30 düzeyinde bir azalma sağlayabilirlerse, 2025 yılında bu oranın %18.9 olması beklenmektedir (30).

Tablo 13: Tütün kullanım prevalansı bölgelere göre (2010 ve 2025)

Bölge	2010			2025		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Afrika	23.2	2.5	12.8	34.7	1.6	18.1
Amerika	24.1	14.2	19.0	16.3	8.6	12.3
Ortadoğu	35.1	3.1	19.5	45.3	2.5	24.6
Avrupa	40.3	19.9	29.6	31.3	15.9	23.3
Uzakdoğu	33.1	2.9	18.2	27.5	1.2	14.5
Avustralya	49.4	3.6	26.8	43.3	2.4	23.2
Global	36.9	7.3	22.1	33.2	4.7	18.9

Amerika Birleşik Devletleri'nde tütün kullanımını önlenebilir hastalık ve ölüm nedenlerinden biridir. Sigara içme oranı bu şekilde devam ederse 5,6 milyon Amerikalının (18 yaş üzeri) öleceği tahmin edilmektedir. Genellikle, tütün kullanımı ve bağımlılığı gençlik döneminde başlar. Ergenlik döneminde nikotine maruz kalmak bağımlığa neden olur ve beyin gelişimine zarar verebilir. ABD'de 2015 yılında, her dört lise öğrencisinden birinin ve 13 ortaokul öğrencisinden birinin bir tütün ürününü (son 30 gün içinde ≥ 1 gün) kullandığı rapor edilmiş olup 4,7 milyon lise ve ortaokul öğrencisinin herhangi bir tütün ürününü kullandığı tahmin edilmektedir. 2011 ve 2015 yılları arasında, lise ve ortaokul öğrencileri arasında e-sigara ve nargile kullanımında önemli artışlar gözlenmesine rağmen, sigara, puro, dumansız tütün, pipo ve bidis kullanımında önemli bir düşüş gözlenmiştir. Ancak bu durum tütün kullanımında genel olarak bir azalmaya neden olmamıştır. 2015 boyunca, elektronik sigara (e-sigara), orta okul (% 5,3) ve lise (% 16) öğrencileri arasında en sık kullanılan tütün ürünü olmuştur (29).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2015 yılında, Ulusal Gençlik Tütün Araştırmasına göre lise öğrencilerinin % 25.3 herhangi bir tütün ürününü kullandığını ifade etmiş % 13'ü ise iki veya daha fazla türün kullandığını belirtmiştir. Tüm lise öğrencileri arasında, e-sigara (% 16.0) ile en sık kullanılan tütün ürünü olmakla birlikte sırasıyla sigara (% 9.3), puro (% 8.6), nargile (% 7.2), dumansız tütün (% 6.0), pipo tütününü (% 1.0) ve bidis (% 0.6), kullanılan sigara ürünleridir. (tablo 14). Erkek öğrenciler kız

öğrencilere göre iki veya daha fazla tütün ürününü daha yüksek oranda kullanmakta olup e-sigara, sigara, puro, dumansız tütün ve bidis kullanmaktadır. Hispantik olmayan beyazlar (Non-Hispanic white) ve hispantik (hispanic) lise öğrencileri arasında, e-sigara, en sık kullanılan tütün ürünü olup, buna karşılık hispantik olmayan siyah (Non-Hispanic black) lise öğrencileri arasında puro en sık kullanılan tütün ürünüdür. Hispantik olmayan beyazlarda (Non-Hispanic white), hispantik olmayan siyah siyah (Non-Hispanic black) öğrencilere göre sigara kullanımı daha yüksektir ve dumansız sigara diğer etnik kökenlere göre hispantik olmayan beyazlar (Non-Hispanic white) arasında daha yüksektir (29).

Tablo 14: Amerika’da okul düzeyi, cinsiyet ve ırk/etnik duruma göre son 30 gün içinde tütün kullanımının tahmini yüzdesi - Ulusal Gençlik Tütün Araştırması, 2015

Tütün Ürünü	Cinsiyet		Irk/Etnik				Total	
	Kadın	Erkek	Non-Hispanic white	Non-Hispanic black	Hispantik	Hispantik Olmayan Diğer		
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	Tahmini Kullanıcı Sayısı
Lise Öğrencileri								
Elektronik Sigara	12.8 (11.0–15.0)	19.0 (16.5–21.7)	17.2 (14.7–19.9)	8.9 (7.4–10.8)	16.4 (14.1–19.0)	18.9 (10.3–32.2)	16 (14.1-8.0)	2,390,000
Sigaralar	7.7 (6.3–9.3)	10.7 (8.9–12.9)	10.2 (8.4–12.3)	5.7 (3.2–10.0)	9.0 (7.0–11.7)	7.5 (5.0–10.9)	9.3 (7.8-0.9)	1,370,000
Purolar	5.6 (4.7–6.8)	11.5 (10.1–13.1)	8.4 (7.2–9.9)	12.8 (9.5–17.0)	7.3 (5.8–9.1)	5.9 (3.8–9.1)	8.6 (7.6-9.8)	1,270,000
Nargile	6.9 (5.6–8.4)	7.4 (6.5–8.5)	6.9 (5.6–8.4)	6.4 (4.8–8.5)	8.7 (7.5–10.1)	6.4 (4.6–8.9)	7.2 (6.3-8.2)	1,040,000
Dumansız sigara	1.8 (1.2–2.7)	10.0 (8.0–12.5)	7.8 (5.9–10.2)	1.9 (1.1–3.4)	4.8 (3.8–6.1)	2.7 (1.6–4.6)	6.0 (4.7-7.6)	900
Pipo	0.7 (0.4–1.2)	1.4 (0.9–2.0)	1.0 (0.7–1.6)	— [§]	1.5 (1.1–2.2)	—	1.0 (0.8-1.4)	150
Bidis	0.4 (0.2–0.6)	0.9 (0.6–1.4)	0.5 (0.3–0.9)	—	—	—	0.6 (0.4-0.9)	90
Herhangi bir tütün ürünü	20.3 (18.0–22.9)	30.0 (27.4–32.8)	26.2 (23.2–29.4)	21.9 (18.7–25.5)	25.4 (22.6–28.3)	25.3 (16.9–36.1)	25.3 (23.1-27.6)	3,820,000
≥2 tütün ürünü kullanımı	9.6 (8.0–11.6)	16.2 (14.5–18.0)	14.2 (12.0–16.7)	9.5 (6.8–13.0)	13.0 (11.1–15.3)	9.4 (6.8–12.8)	13 (11.5-4.7)	1,960,000
Ortaokul Öğrencileri								
Elektronik Sigara	4.8 (4.0–5.6)	5.9 (4.7–7.2)	4.4 (3.6–5.5)	4.1 (3.1–5.3)	8.3 (6.8–10.0)	4.6 (2.7–7.7)	5.3 (4.6-6.2)	620
Sigaralar	2.2 (1.6–3.1)	2.3 (1.7–3.1)	2.1 (1.4–3.3)	1.0 (0.6–1.6)	2.8 (2.0–4.0)	2.7 (1.5–4.8)	2.3 (1.7-3.0)	260
Purolar	1.4 (1.0–2.0)	1.8 (1.3–2.5)	1.2 (0.7–1.9)	2.0 (1.4–2.8)	2.2 (1.5–3.1)	—	1.6 (1.2-2.1)	180
Nargile	2.0 (1.4–2.9)	1.9 (1.4–2.6)	1.6 (1.0–2.5)	—	3.2 (2.3–4.4)	—	2.0 (1.5-2.6)	220
Dumansız sigara	1.1 (0.8–1.7)	—	—	—	2.7 (1.8–4.0)	—	1.8 (1.1-2.8)	210
Pipo	—	—	—	—	—	—	0.4 (0.3-0.6)	40
Bidis	—	—	—	—	—	—	0.2 (0.1-0.4)	20
Herhangi bir tütün ürünü	6.4 (5.4–7.6)	8.3 (6.7–10.3)	6.3 (4.8–8.2)	6.6 (5.3–8.1)	10.6 (9.0–12.4)	5.6 (3.7–8.5)	7.4 (6.3-8.7)	880
≥2 tütün ürünü kullanımı	3.1 (2.4–3.9)	3.5 (2.7–4.5)	2.6 (1.8–3.7)	2.2 (1.5–3.1)	5.4 (4.3–6.6)	—	3.3 (2.6-4.0)	390

2.4.2. Türkiye’de Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımı

Türkiye’de tütün ve tütün ürünleri kullanımı oldukça yaygındır. Dünya Sağlık Örgütü Küresel Tütün Epidemisi 2017 yılı raporu Türkiye profili verilerine (31 Aralık 2016 tarihinde son bulan anket verileri) göre (tablo 15) gençlerde halen herhangi bir tütün ürünü kullanım oranı % 16,8 (erkek 20,3; kadın 12,8), yetişkinlerde mevcut tütün kullanım oranı % 30,9 iken erkeklerde % 43,2 kadınlarda ise % 18,2’dir (60).

Tablo 15: Türkiye’de tütün kullanım prevalansı (60)

Prevelans %	Gençlerde Tütün Kullanımı		Yetişkinlerde Tütün Kullanımı	
	Mevcut Tütün Kullanımı*	Mevcut Sigara İçimi*	Mevcut	Günlük
Erkek	20.3	12.1	43.7	41.4
Kadın	12.8	8.3	18.2	16.3
Total	16.8	10.4	30.9	28.8

*Mevcut Tütün Kullanımı (current tobacco use) (Halen herhangi bir tütün ürünü kullanan katılımcıların yüzdesi)
*Mevcut Sigara İçimi (current cigarette smoking)

Dünya Sağlık Örgütü, sigara içme prevalansındaki eğilimler hakkında 2015 yılında küresel bir rapor yayınlamıştır. Bu rapora göre, 2010 yılında Türkiye’de tütün kullanan nüfusun yaklaşık % 30 (yaklaşık 15.737.400 kişi) civarında olduğunu tahmin etmektedir. Eğer tütün kontrol çalışmaları aynı şekilde devam ederse, 2025 yılında nüfusun yaklaşık % 19’unun (tablo 16) tütün kullanacağı (yaklaşık 12.761.200 kişi) erkeklerde yaklaşık % 31 ve kadınlar için % 9 olarak öngörülmektedir (30).

Tablo 16. 15 yaş ve üzeri mevcut tütün kullanımında (current tobacco smoking) trendler

Yıl	Erkek			Kadın			Toplam Her İkisi			
	Lower 95% CL	Point Estimate	Upper 95%CL	Lower 95% CL	Point Estimate	Upper 95%CL	Lower 95% CL	Point Estimate	Upper 95%CL	Tahmini Kullanıcı Sayısı
2000	46,4	59,7	74,0	15,8	20,1	25,3	30,6	39,3	48,9	17,221,900
2005	42,8	52,5	63,1	13,8	17,1	20,3	27,9	34,3	41,0	16,593,900
2010	37,0	45,9	53,9	11,9	14,6	17,4	24,1	29,8	35,1	15,737,400
2015	31,8	40,2	50,2	9,6	12,4	15,1	20,4	25,9	32,1	14,892,000
2020	24,8	35,1	44,2	7,7	10,4	13,5	16,0	22,4	28,4	13,809,500
2025	19,9	30,7	42,0	5,8	8,8	12,1	12,6	19,4	26,6	12,761,200
Hedef (2010- 2025)		32,1			10,2			20,8		

Türkiye’de 15 ve üzeri yaş grubunda 2025 yılında günlük tütün kullananların oranının % 16 (tablo 17) olacağı tahmin edilmekte olup yaklaşık 11 milyon kişiyi ifade etmektedir (30).

Tablo 17. 15 yaş ve üstü kişilerde günlük tütün kullanımında trendler

Yıl	Günlük Tütün Kullanımı (%)									
	Erkek			Kadın			Toplam Her İkisi			
	Lower 95% CL	Point Estimate	Upper 95%CI	Lower 95% CL	Point Estimate	Upper 95%CI	Lower 95% CL	Point Estimate	Upper 95%CI	Estimated no. Of current smokers
2000	39,5	51,3	64,1	11,8	15,2	18,9	25,2	32,7	40,8	14.331.400
2005	35,9	44,9	53,3	10,4	12,9	15,7	22,8	28,4	33,9	13.761.300
2010	31,7	39,5	47,1	8,6	11,0	13,0	19,8	24,8	29,5	13.116.700
2015	27,2	34,6	43,2	7,2	9,3	11,6	16,9	21,6	26,9	12.410.300
2020	22,2	30,2	39,8	5,6	7,9	10,5	13,6	18,7	24,7	11.548.500
2025	17,4	26,5	36,6	4,3	6,7	9,3	10,7	16,3	22,6	10.712.500
Hedef (2010- 2025)		27,7			7,7			17,4		

Raporda, 2010 yılında erkeklerde sigara içme oranının en yüksek olduğu yaş gurubu 25 – 39 olup, kadınlar arasında da 25 – 39 olduğu (tablo 18) görülmektedir. Üye devletler 2025 yılına kadar % 30 oranda azaltmayı hedeflemektedir (30).

Tablo 18. Mevcut tütün kullanımında yaşa özel oranlar (2000, 2010 ve 2025)

Yaş	2000			2010			2025		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
15-24	54,3	17,8	36,1	41,7	13,0	27,5	28,5	8,3	18,6
25-39	69,2	26,6	47,5	53,2	19,5	36,2	36,4	12,5	24,5
40-54	67,1	23,0	43,6	51,2	16,6	33,2	34,8	10,5	22,5
55-69	45,1	10,4	27,5	35,3	7,9	20,4	23,9	4,9	13,7
70+	28,5	4,3	14,1	21,6	3,1	10,9	14,6	2,0	6,9

2.4.3. Türkiye’de Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

Tütün kontrolü alanında ilk uluslararası sağlık anlaşması olan “Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi” (TKÇS), Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanarak, 178 ülke tarafından kabul edilmiştir. Türkiye, 2004 yılında TKÇS’yi imzalayarak ulusal eylem planını hazırlamış ve tütün ile mücadele de önemli bir adım atmıştır. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) ile 15 ve üzeri yaştaki yetişkinlerde tütün kontrolü yöntemlerinin etkilerini takip etmek ve değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. 2008 ve 2012 yıllarında yapılan KYTA hane halkı çalışması, Sağlık Bakanlığı Koordinatörlüğünde Türkiye İstatistik Kurumu tarafından uygulanmıştır (31).

Türkiye’de tütün kullanım prevalansı 2008 ile 2012 yılları arasında %31,2’den %27,1’e azalmış, bu azalma her iki cinsiyette (erkeklerde %47,9’dan %41,5’e; kadınlarda ise % 15,2’den %13,1’e) gerçekleşmiştir. Bu oransaldeğişim, sigara içme sıklığında %13,4’lük azalma anlamına gelmektedir (erkeklerde %%13,5, kadınlarda %13,7). Aynı dönemde nargile kullanımında da %2,3’ten % 0,8’e azalma olmuştur (31). 2012 yılı Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) verilerine göre, Türkiye’de toplamda 14,8 milyon kişi tütün ürünü kullanmaktadır. Erkeklerde tütün kullanım oranı kadınlara göre fazladır. Tütün ürünü kullananlar içinde %23,8’lik bölüm her gün tütün kullanmaktadır (erkeklerin %37,3’ü, kadınların %10,7’si). Tütün ürünü kullananların en büyük bölümü (%94,8) mamul sigara içmekte olup sadece %0,8 kadarı nargile kullanmaktadır. Her gün sigara içenlerin yaklaşık dörtte üçü (%70,4) günde yarım paketten fazla (11 ve daha çok sayıda) sigara içmekte ve günde içilen ortalama sigara sayısı 19,2’dir. Her gün sigara içenlerin başlama yaş ortalaması 17,1’dir. Kadınlar (17,9 yıl) sigara içmeye erkeklere (16,8 yıl) göre bir yıl geç başlamaktadır (31).

Türkiye’de en çok kullanılan tütün ürünü mamul sigara olup, mamul sigarayı sarma sigara, nargile ve diğer tütün ürünleri takip etmektedir. 25-44 yaş grubunda (tablo 19) ve kentsel yerleşim yerlerinde sigara daha çok içilmektedir. Okula gitmemiş olanlarda (%11,0) diğer gruplarla karşılaştırıldığında tütün ürünü kullanma oranı en düşük değerde yer almaktadır. Lise mezunları ise % 33,9 ile en yüksek orandadır. Tütün ürünü kullanımında erkeklerde kadınlara göre farklılık olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmamıştır. Okula gitmemiş kadınlarda tütün ürünü kullanımının en düşük düzeyde olduğu göze çarpmaktadır (31).

Tablo 19: Halen Tütün Ürünleri Kullananların (15+yaş) Demografik Kriterlere Göre Dağılımı – KYTA Türkiye, 2012

Demografik özellikler	Sigara Türleri					
	Herhangi tütün ürünü	Herhangi sigara	Mamul Sigara	Sarma Sigara	Nargile	Diğer Tütün Ürünü
Toplam	27.1	26.9	25.7	2.6	0.8	0.4
Yaş						
15-24	20.0	19.7	19.1	1.7	1.5	0.3
25-44	35.7	35.6	34.4	2.8	1.0	0.5
45-64	25.9	25.8	23.8	3.5	0.1	0.2
65+	8.8	8.8	8.0	1.6	0.0	0.0
İkamet Yeri						
Kentsel	29.0	28.9	27.8	2.5	1.0	0.5
Kırsal	22.0	22.0	20.3	3.1	0.3	0.1
Eğitim Düzeyi						
Okula gitmemiş	11.0	11.0	9.5	2.5	0.2	0.1
İlkokul	29.7	29.7	27.8	3.4	0.3	0.3
Ortaokul	27.2	27.0	26.0	2.9	0.3	0.5
Lise ve dengi	33.9	33.5	32.7	2.3	2.2	0.6
Üniversite ve üzeri	26.7	26.7	26.5	0.9	1.4	0.1
Erkek	41.5	41.3	39.2	4.6	1.1	0.6
Yaş						
15-24	33.0	32.8	31.6	3.4	1.6	0.6
25-44	52.1	51.9	50.0	4.6	1.6	0.9
45-64	39.2	39.0	35.7	5.9	0.2	0.5
65+	16.8	16.8	15.0	3.5	0.0	0.0
İkamet Yeri						
Kentsel	43.0	42.9	41.1	4.1	1.3	0.8
Kırsal	37.5	37.4	34.5	5.7	0.5	0.2
Eğitim Düzeyi						
Okula gitmemiş	31.9	31.9	26.6	9.8	0.0	0.0
İlkokul	46.2	46.1	42.8	5.8	0.5	0.5
Ortaokul	38.7	38.6	37.0	4.5	0.4	0.9
Lise ve dengi	44.7	44.3	42.8	3.7	2.8	0.9
Üniversite ve üzeri	34.0	33.9	33.6	1.2	1.5	0.2
Kadın	13.1	13.0	12.6	0.8	0.5	0.1
Yaş						
15-24	7.4	7.0	7.0	0.1	1.4	0.1
25-44	19.0	19.0	18.4	1.0	0.4	0.2
45-64	13.0	13.0	12.2	1.2	0.0	0.0
65+	2.6	2.6	2.4	0.1	0.0	0.0
İkamet Yeri						

Kentsel	15.5	15.4	15.0	0.9	0.6	0.1
Kırsal	6.7	6.7	6.3	0.5	0.2	0.0
Eğitim Düzeyi						
Okula gitmemiş	5.9	5.9	5.4	0.7	0.3	0.1
İlkokul	14.3	14.3	13.6	1.1	0.1	0.1
Ortaokul	12.1	11.8	11.4	0.7	0.3	0.1
Lise ve dengi	19.1	18.9	18.8	0.4	1.4	0.1
Üniversite ve üzeri	16.8	16.8	16.8	0.4	1.2	0.0

Tütün ve alkol kullanımı kontrolü konusunda Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurulu koordinatörlüğünde bir takım düzenlemeler yapılmaktadır. 07.11.1996 tarihli 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkındaki kanun ile tütün ürünü kullanmayanların korunması amaçlanmıştır. 2014-2018 yılları arasında Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı ile dumansız hava sahalarının kapsamı genişletilmiş ve kapalı alanlarda denetimlerin yoğunlaştırılması gerçekleştirilecektir (48). Yenilenen 4207 sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” MPOWER paketinde yer alan stratejileri büyük oranda karşılar duruma gelmiştir (50).

2.5. Alkol ve Madde Bağımlılığı

Alkol, Neolitik dönemden bu yana toplumların bir unsuru olarak kalmaya devam etmiştir. Alkol nedir, ne kadar içilmeli, kimler içebilir gibi sorular kültür, ekonomi ve sosyal normlar gibi faktörlerden etkilenmiştir (51).

Alkol ve madde bağımlılığı, ülkemizde de özellikle gençler olmak üzere kullanan kişilere ve çevresine psikolojik, biyolojik ve sosyal yönden etkileri olan ciddi bir halk sağlığı problemidir (45).

Madde bağımlılığı, bireyin madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesi, maddenin bireyin yaşamında merkezi bir konuma yerleşmesi, maddeye bağlı bedensel ve psikolojik sorunların baş göstermesi durumudur. DSM 5’te bağımlılık yapan maddeler aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (46).

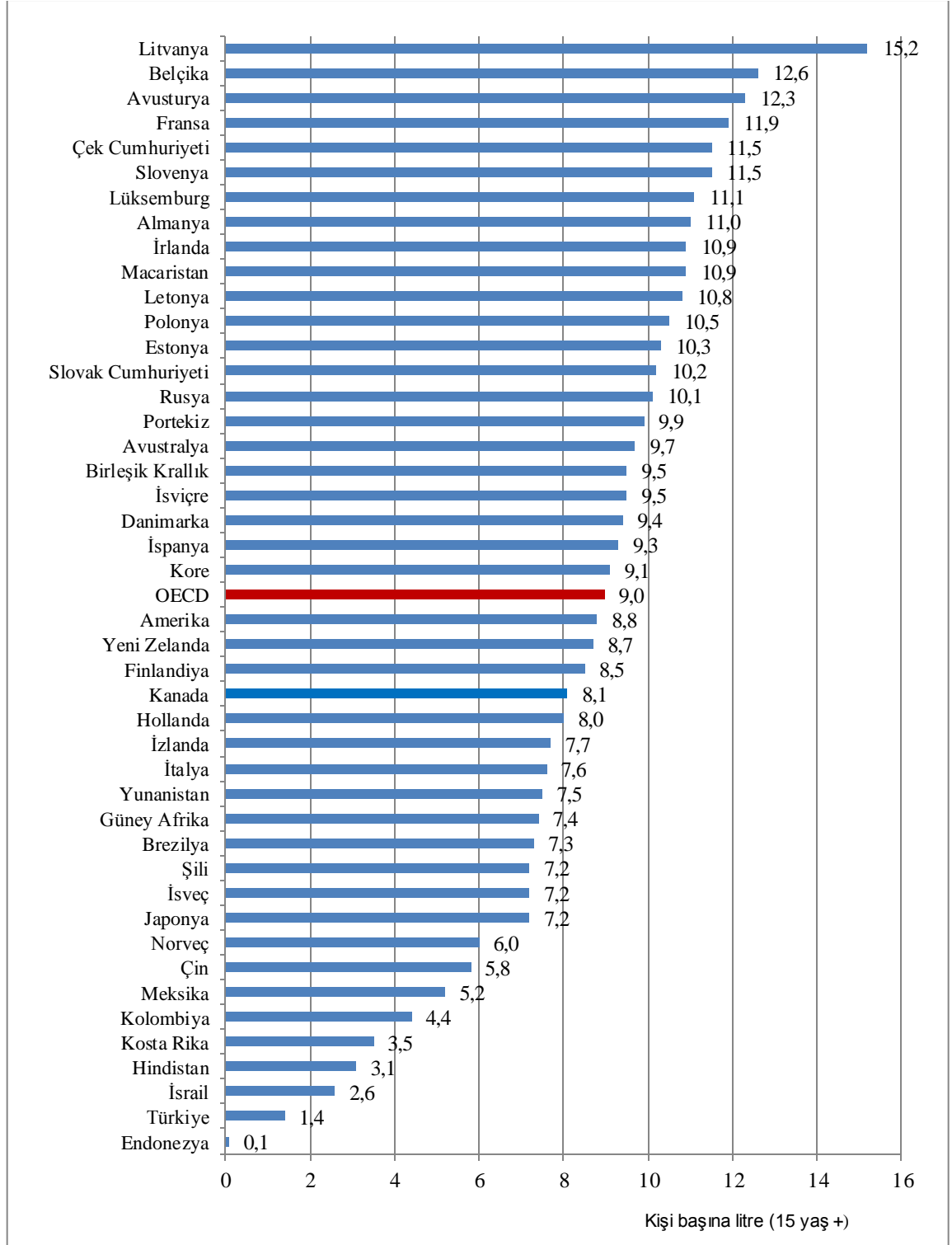
- ✓ Alkol
- ✓ Amfetamin veya benzer etkili simpatomimetikler

- ✓ Kannabis
- ✓ Kokain
- ✓ Hallüsinojenler
- ✓ İnhalanlar
- ✓ Nikotin
- ✓ Opiyatlar
- ✓ Fensiklidin veya benzer etkili arıksikloheksilaminler
- ✓ Sedatifler, hipnotikler ve anksiyolitikler (46)

2.5.1. Dünya’da ve Türkiye’de Alkol Kullanımında Mevcut Durum

OECD 2017 sağlık istatistiklerine göre yıllık alkol satışları baz alındığında yetişkinler arasında yıllık alkol tüketimi OECD ortalaması 9 litredir. 2015 yılında Litvanya, Belçika ve Avusturya’da alkol tüketiminin 12 litre veya daha fazla olduğu grafik 16’da görölmektedir. İsrail ve Türkiye en düşük alkol tüketiminin olduğu ölkeler olmakla birlikte dini ve kültürel geleneklerde alkol kullanımının kısıtladığı Endonezya ve Hindistanda da alkol tüketimi düşüktür (51-71). OECD ölkelerinde önceki yıllara göre kişi başi alkol tüketiminde genelde bir azalma olsada bazı ölkelerde artış yaşanmıştır (51)

Grafik 16: OECD ülkelerinde yetişkinler arasında alkol tüketimi, 2015 (ya da en yakın yıl)



OECD 2015 yılı zararlı alkol kullanımı başlıklı yayınında (OECD 2015 Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy) çarpıcı bulgulara rastlanmaktadır. Gençlerde, tehlikeli boyutta alkol içme oranı (kadınlar için haftalık 140 gram veya daha fazla alkol miktarı, erkekler için 210 gram veya daha fazla alkol miktarı) veya dönemsel olarak fazla içme ("aşırı içki içme", ülkeye bağlı olarak bir seansta beş ila sekiz içki olarak tanımlanmaktadır) özellikle kadınlarda OECD ülkelerinde artmıştır (51). Yüksek eğitim düzeyi ve sosyoekonomik statüye sahip kişilerin alkol içme olasılığı daha yüksektir. Daha düşük eğitim seviyesi ve sosye ekonomik seviyedeki erkeklerin yanı sıra daha eğitilmiş ve daha yüksek sosyo-ekonomik seviyedeki kadınların riskli boyutta içki içmeye daha çok eğilimleri vardır.

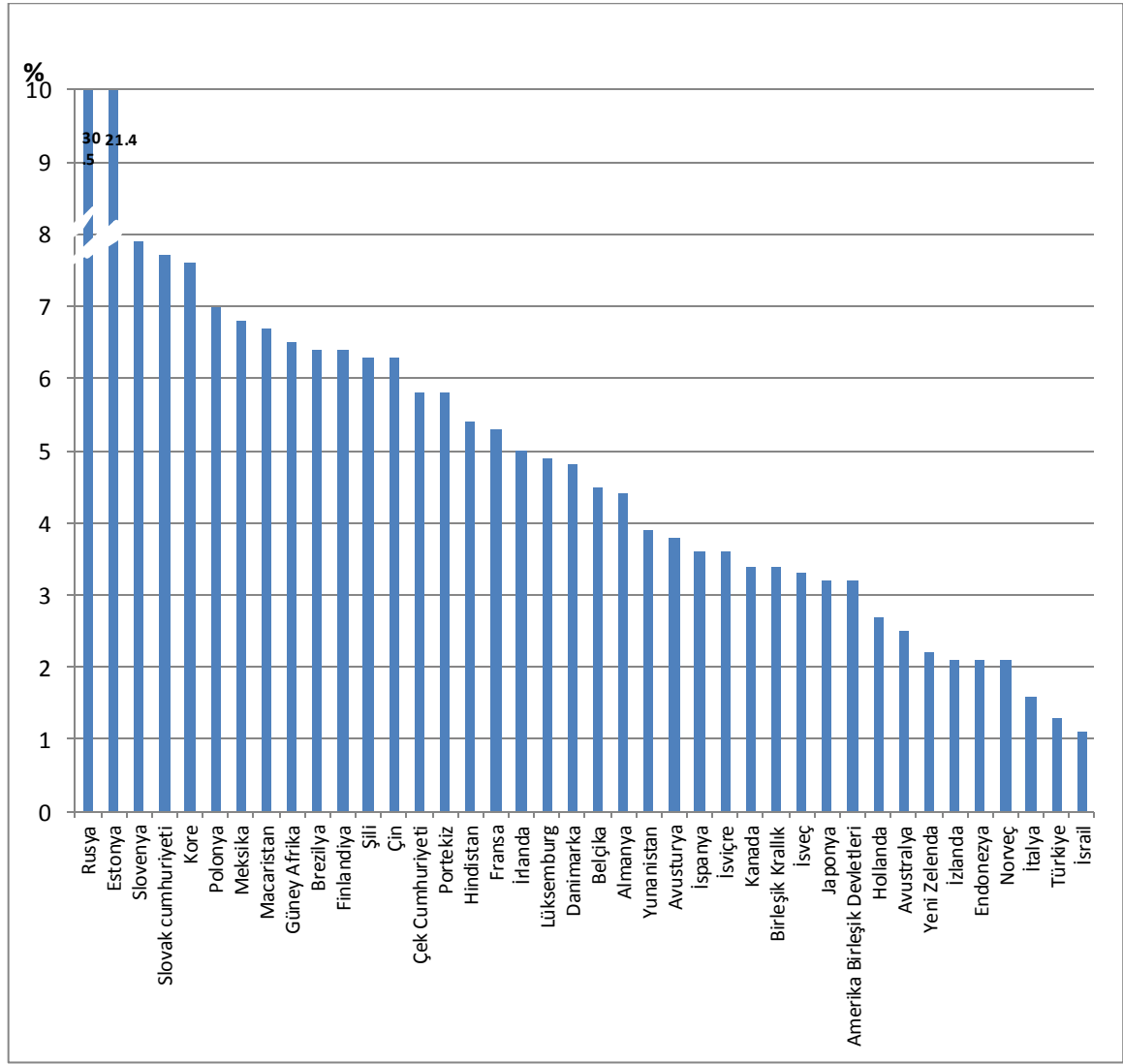
Amerika'da 2015 yılı Ulusal Madde Kullanımı ve Sağlık Anketi (The 2015 National Survey on Drug Use and Health - NSDUH)) sonuçlarına göre, 18 yaş ve üzeri bireylerin % 86,4 hayatlarının bir bölümünde alkol kullanmıştır. % 70,1 geçtikleri yıl içerisinde, % 56'sı ise geçen ay alkol aldıklarını belirtmiştir. 18 yaş ve üzeri kişilerin % 26,9 geçen ay aşırı içtiklerini (binge drinking), % 7 si ise geçen ay (heavy alcohol use) ağır alkol kullandıklarını ifade etmiştir. Her yıl yaklaşık 88.000 kişinin (yaklaşık 62.000 erkek ve 26.000 kadın) alkole bağlı nedenlerden dolayı hayatını kaybetmesi, önlenebilir ölüm nedenlerinden üçüncü sıraya yerleştirmiştir. 2010 yılında alkol yanlış kullanımının maliyeti 249 milyar (\$249.0 billion) dolardır (80).

Fazla alkol alımının iş yaşamına yansımaları olumsuz olmakla birlikte yapılan bazı çalışmalarda aşırı olmayacak düzeyde içmenin (moderate drinking) özellikle çalışan ücretleri üzerinde olumlu bir etkisi olabileceği ortaya çıkmıştır. Tahminlere göre birçok ülkede zararlı boyutta alkol kullanımının GSYİH'nın (Gayri safi yurt içi hasıla) % 1'i kadar üretim kaybına neden olduğu düşünülmektedir (51).

Alkol, bir dizi hastalık ve yaralanmanın gelişimini etkiler. 1990 ve 2010 yılları arasında dünya genelinde zararlı alkol tüketimi ölüm ve sakatlık nedenlerini sekizinci sıradan beşinci sıraya yükseltmiştir (51).

Alkole bağlı ölüm nedenlerine bakıldığında coğrafi çeşitlilik (grafik 17) çok fazladır ve özellikle Doğu Avrupa ülkelerinde alkole bağlı ölümlerin yüzdesi yüksektir. En düşük oranlar ise Afrika ve Doğu Akdeniz ülkelerindedir ve bu ülkelerde kişi başına düşen alkol tüketimi çok düşüktür (51).

Grafik 17: Alkole bağı nedenlerle ölüm oranları, 2012



2.5.2. Dünya’da ve Türkiye’de Madde Kullanımında Mevcut Durum

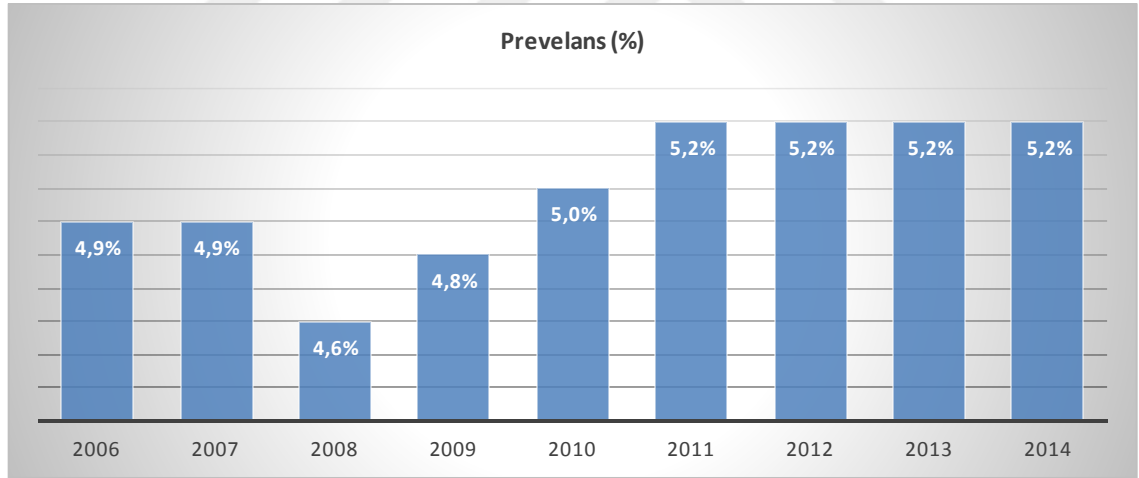
Madde kullanımı akut ve kronik birçok sağlık problemine neden olmakta bulaşıcı hastalıklara ve kullanıma bağlı aşırı doz gibi akut zararlar vermektedir. Yaygın madde kullanımının halk sağlığı üzerinde etkileri ciddi olabilmektedir. Yasa dışı uyuşturucu kullanımının küresel hastalık yükünü artırdığı bilinmektedir (47).

Madde kullanımının nedenleri tam olarak bilinmemektedir. Çeşitli faktörlerin madde kullanım bozukluğuna sebep olduğu düşünülmektedir. Bu yüzden tek bir etkenden söz edilememektedir. Madde kullanımı psikolojik ve davranışsal kuramlarla, kişiye ait, biyolojik, çevresel, iyatronojik etkenlerle açıklanmaktadır (49).

Madde bağımlılığında farklı tedavi aşamaları söz konusudur. Madde kullanan kişinin önce tedavi motivasyonu sağlanarak kendi arzusu ile maddeyi bırakması sağlanmalı ve tedaviye yönlendirilmelidir. Detoksifikasyon (arındırma) süreci ise tıbbi bir dönemdir. Bu aşamada kullanılan madde bırakıldıktan sonra ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin giderilmesi amaçlanmaktadır. Bağımlılık terapisinde ise kişinin kendini tanıması, anlaması ve değerlendirme yetisini kazanmasını, madde kullanma nedenlerini ve risk faktörlerini anlaması, maddelerin etkisini tanması, nüks önleme becerileri kazanmasını sağlamaktır. Rehabilitasyon aşamasında bağımlılıkla oluşan davranış kalıplarının yerine yenilerini koyması ve ilişkilerinin düzenlenerek işlevselliği sağlanmaktadır (49).

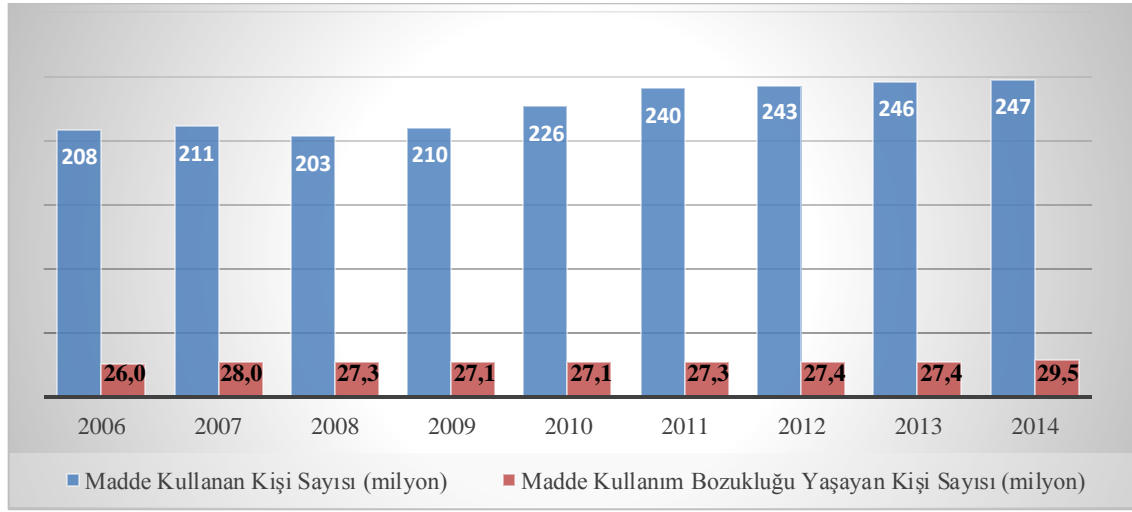
2016 yılı Dünya Uyuşturucu Raporuna göre (World Drug Report 2016) grafik 18'de olduğu gibi madde kullanım prevelansı 2014 yılında %5,2'dir. 2010 yılında % 5 olan madde kullanım prevelansı, 2011, 2012, 2013 ve 2014 yıllarında % 5,2 olarak aynı seyirde devam etmektedir (52).

Grafik 18: Madde kullanım prevelansı (tahmini) – Global Trend 2006-2014



Dünyada 2014 yılında 247 milyon kişinin (grafik 19) madde kullandığı tahmin edilmektedir. 29 milyon kişinin de madde kullanım bozukluğuna bağlı sorun yaşadığı tahmin edilmektedir (52).

Grafik 19: Madde kullanan kişi sayısı (tahmini) – Global Trend (2006-2014)



SAMHSA (2015) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) verilerine göre; 2014 yılında Amerika'da 12-17 yaş arasında ortalama % 9,4 (2,3 milyon) gencin yasa dışı uyuşturucu kullandığı rapor edilmektedir. Aynı yaş grubunda % 6,1 (1,5 milyon) gencin ise alkol kullandığı görülmektedir (49).

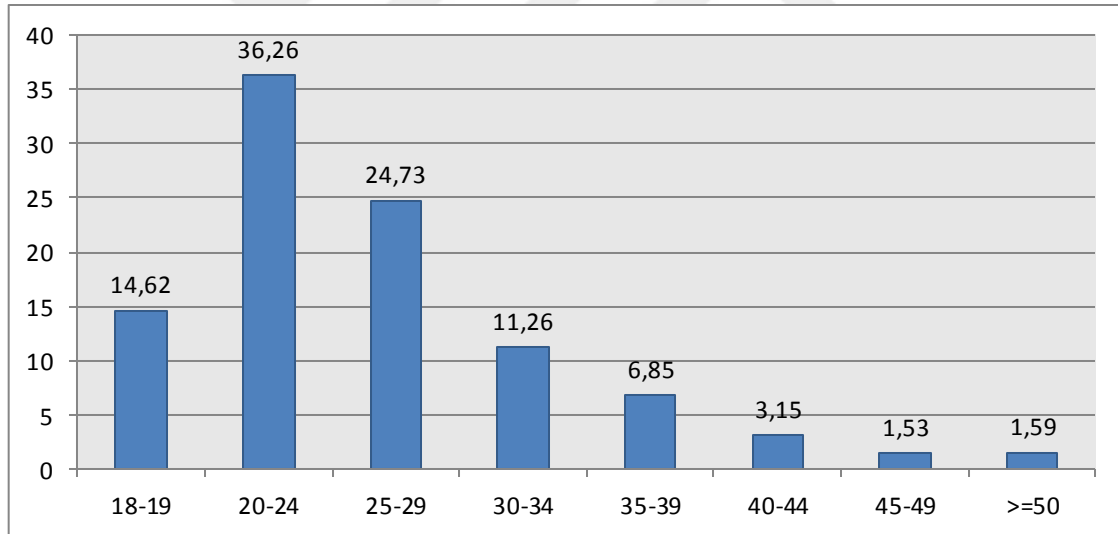
Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi'nin 2014 yılı verilerine dayanarak hazırladığı 2016 yılı Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre, Avrupa Birliği'nde 88 milyonun üzerinde yetişkinin hayatlarının bir döneminde yasa dışı uyuşturucuları denediği tahmin edilmektedir. Uyuşturucu kullanımının erkekler (54,3 milyon) tarafından kadınlara göre (34,8 milyon) kullanımı daha yüksek orandadır. Esrar kullanım oranı çeşitli uyarıcı maddeler ve afyon türevlerine göre beş kat daha fazla olmakla birlikte 51,5 milyon erkek ve 32,4 milyon kadın eroin kullanmaktadır. Kokain 11,9 milyon erkek ve 5,3 milyon kadın tarafından, MDMA (ecstasy) 9,1 milyon erkek ve 3,9 milyon kadın tarafından ve amfetaminler 8,3 milyon erkek ve 3,8 milyon kadın tarafından kullanıldığı raporlanmıştır (47).

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından 2013 yılı verileri baz alınarak hazırlanan EMCDDA (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi) 2014 Ulusal Raporuna göre genel nüfusta madde kullanımı hakkında 25 ilde 8.145 hane halkına yapılan araştırmada yaşam boyu madde kullanım sıklığı %2,7 olarak tespit edilmiştir. 15-24 yaş grubunda, erkeklerde, bekâr kişilerde ve gelir seviyesi 500 tl ve altında olan kişilerde madde kullanımı

artmaktadır. Okul çocuklarına yönelik 32 ilde 11.812 kişiye yapılan çalışmada yaşam boyu madde kullanım sıklığı %1,5'dur ve maddeyi kullanma yaş ortalaması 13.88 ± 2.39 'dur (48).

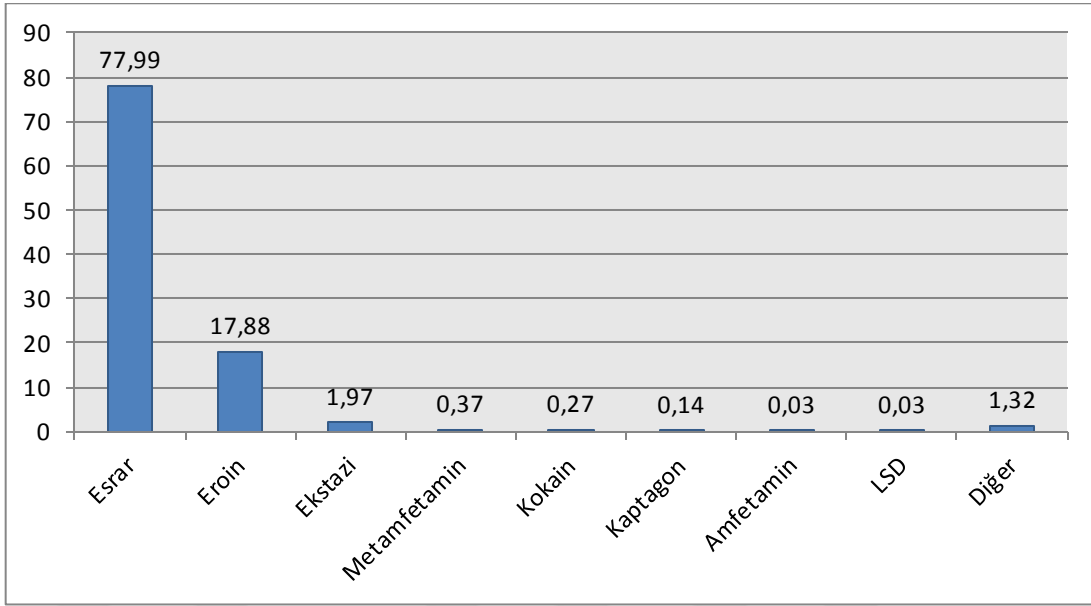
Sosyal, ekonomik sağlık ve güvenlik gibi birçok yönü bulunan madde kullanımında yürütülecek en önemli müdahale önleme çalışmalarıdır. Önlemede temel amaç maddenin bireye ulaşması halinde reddetmesi en önemli faktördür (48). Türkiye'de TÜBİM tarafından, 2013 yılında uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmaya suçlarıyla ilgili olarak haklarında polis tarafından yasal işlem başlatılan ve araştırmaya katılan gönüllü, 18 yaşından büyük kişilere yönelik "Bağımlılık Yapıcı Madde Suçlarında Kullanıcı Profili Anketi – U Formu" sonuçlarına göre kullanıcıların (grafik 20) ortalama yaşı 26.33'dür. Ayrıca, uyuşturucu madde en çok 18 ve 29 yaş aralığında kullanılmaktadır (48).

Grafik 20: Uyuşturucu madde kullanıcılarının yaş gruplarına göre dağılımı (%)



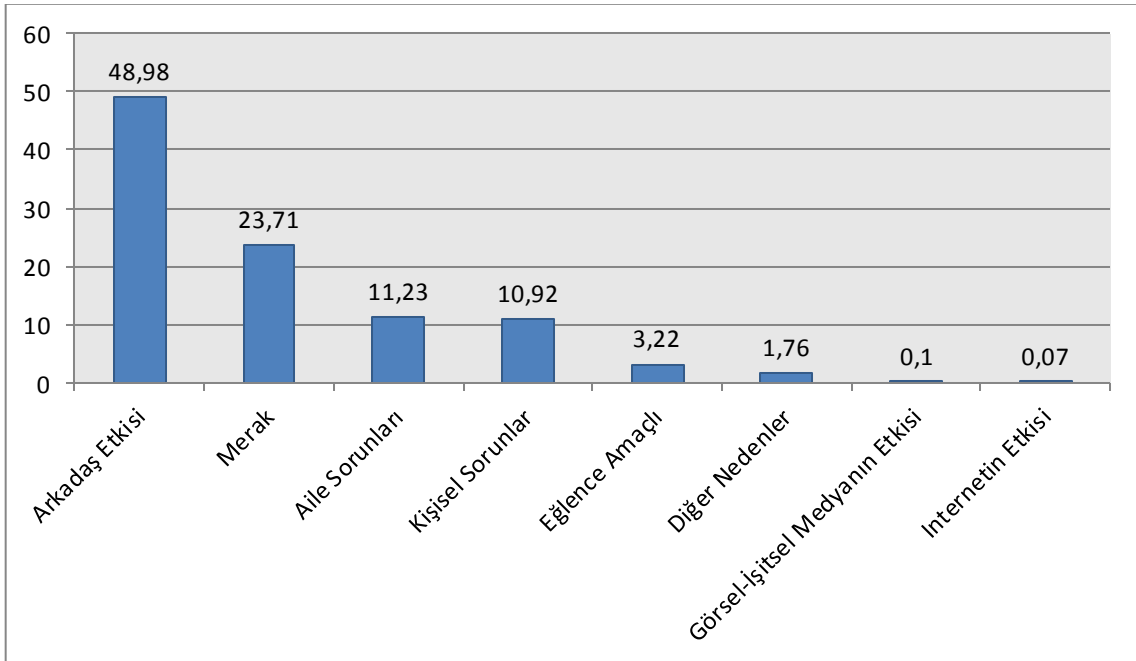
Bağımlılık Yapıcı Madde Suçlarında Kullanıcı Profili Anketi'ne göre Türkiye'de en sık kullanılan uyuşturucu madde (grafik 21) esrar (%77.99) olup, esrarı, eroin (%17.88) ve ekstazi (% 1.97) takip etmektedir (48).

Grafik 21: En sık kullanılan uyuşturucu madde (%)



Bağımlılık Yapıcı Madde Suçlarında Kullanıcı Profili Anketi'ne göre Türkiye'de uyuşturucuya başlama nedenlerinde ilk sıralarda (grafik 22) arkadaşların etkisi (%48.98), merak (23.71), aile sorunları (%11.23) ve kişisel sorunlar (%10.92) yer almaktadır. (48)

Grafik 22: Uyuşturucu maddeye başlama nedeni (%)



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, tanımlayıcı bir araştırma olup, evreni Türkiye oluşturmuştur. Obezite, fiziksel aktivite, tütün ve tütün ürünleri kullanımı ve alkol kullanımı olarak ele alınan öncelikli halk sağlığı sorunları ile ilgili istatistikî veriler, yaş gruplarına, cinsiyete, eğitim durumu ve gelir durumu gibi sosyo-demografik kriterlere göre analiz edilerek farklılıklara bakılmıştır.

Türkiye İstatistik Kurumu tarafından iki yılda bir gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Araştırmaları verileri Mikro Veri Talep Formu ile yazılı olarak 14 Ekim 2016 tarihinde talep edilerek TÜİK tarafından onaylanması neticesinde 2008, 2010, 2012 ve 2014 yılı verileri elde edilmiştir. Ayrıca 2016 yılı Türkiye Sağlık Araştırmasının tamamlanması sonucu 16 Ağustos 2017 tarihinde Mikro Veri Talep Formu aracılığı ile 2016 yılı verileri talep edilerek temin edilmiştir. Araştırma, TÜİK Türkiye Sağlık Araştırmalarının mevcut verilerinin analizine dayandığı için ayrıca etik kurul onayı alınmamıştır.

Türkiye Sağlık Araştırması, TÜİK tarafından Türkiye’de halkın genel sağlık özelliklerinin ortaya çıkarılması ve sağlık göstergelerine yönelik veri elde edilmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırmanın kapsamı, Türkiye sınırları içerisindeki tüm yerleşim yerleridir. Veri kaynağını örneğe seçilen hane halkı oluşturmaktadır. Anket formu, 0-6 yaş, 7-14 yaş ve 15 yaş ve üzeri olmak üzere üç farklı soru formundan oluşmaktadır. 15 yaş ve üzeri bireylerin genel sağlık durumları, kronik hastalıkları, boy ve kilo değerleri, sigara ve alkol kullanımı ile yine bu alandaki pek çok değişken araştırmadan elde edilebilmektedir (88).

Veri Kaynakları (Toplam 128.484 kişi)

- ✓ TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması, 2008 (n = 20.624)
- ✓ TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması, 2010 (n = 20.200)
- ✓ TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması, 2012 (n = 37.979)
- ✓ TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması, 2014 (n = 26.075)
- ✓ TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması, 2016 (n = 23.606)

Bağımlı Değişkenler:

- ✓ Obezite
- ✓ Fiziksel inaktivite
- ✓ Tütün ve tütün ürünleri kullanımı
- ✓ Alkol ve madde bağımlılığı

Bağımsız Değişkenler:

- ✓ Kır - Kent
- ✓ Yaş
- ✓ Cinsiyet
- ✓ Eğitim durumu
- ✓ Gelir durumu

TUİK Türkiye Sağlık Araştırması anket soru formunda madde bağımlılığı ile ilgili herhangi bir soru yer almadığından literatür taramasında yer almasına karşın madde kullanımı ile ilgili analiz yapılamamıştır. Türkiye Sağlık Araştırması 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yılı anket formunda yer alan obezite, fiziksel aktivite, tütün ve tütün ürünleri kullanımı ve alkol kullanımı ile bağımsız değişkenleri ve alt kırılmaları içeren sorular tespit edilerek belirlenmiştir. Bu soruları içeren veriler istatistiki metotlar kullanılarak analiz edilmiştir. İlgilenilen değişkenler (obezite, fiziksel aktivite, tütün ve tütün ürünleri kullanımı, alkol kullanımı) sosyo-demografik kriterlere (yaş gruplarına, cinsiyete, eğitim durumu ve gelir durumu) bağlı olarak özetlenmiştir. Verilerin analizinde IBM SPSS ver. 20 paket programı kullanılmıştır.

Çalışmada kullanılan TSA verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler n (%), sürekli değişkenler (tüketilen sigara adedi, alkole başlama yaşı, vb.) ise paragraf içinde ortalama±standart sapma şeklinde özetlenmiştir. Obezite, fiziksel aktivite, alkol tüketimi, tütün tüketimi, kronik hastalık gibi özelliklerin birçoğu alt kırılımlarda (cinsiyet, BKİ, eğitim durumu, yaş grupları gibi) yüzde ve oranlarla ilgili gösterilmiş, gerekli yerlerde sütun grafiği, çizgi grafiği vb. grafiksel yaklaşımlardan yararlanılmıştır. Çalışmada yıl bazında veriler sunulduktan sonra genel değişimler incelenmiştir. İstatistiksel yaklaşım

olarak hipotez testi kullanılmamıştır bunun sebebi çalışmanın çok yüksek örneklem ölçümü ile (n) yapılmış olmasıdır. Toplamda 5 yıllık veri setinde yaklaşık olarak 130 bin kişinin verileri kullanılmıştır. Bu boyutta yapılacak her istatistiksel hipotez testi teorik olarak anlamlı çıkacaktır (örneğin sigara içme oranı %55,1 ile %55,2 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığa rastlanacaktır).



4. BULGULAR

Bu tez çalışmasında Türkiye Sağlık Araştırmalarına (TSA) ait veriler kullanılmıştır. TSA kapsamında 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarında uygulanan ve 8 yıllık zaman dilimini içeren hane halkı ve bireysel anketlere ait veriler değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeler öncelikle yıl bazında daha sonra yıl karşılaştırmaları ve oran değişimleri bazında sunulmuştur.

4.1. 2008 Yılına Ait Bulgular

2008 yılında hane halkı anketine katılan 20.624 bireyin 9.703'ü (%47,0) erkek, 10.921'i (%53,0) kadındı. Aynı yılda ankete katılan bireylerde ikamet yeri kent olan 14.143 kişi (68,6), ikamet yeri kırsal bölge olan 6.481 (%31,4) kişi vardı. Yaş gruplarına bakıldığında çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı tablo 20'de sunulmuştur.

Tablo 20. 2008 yılında TSA'ya katılan bireylerin yaş dağılımı

Yaş grupları	n	(%)
0-6	2476	12,0
7-14	3493	16,9
15-24	2878	14,0
25-34	3311	16,1
35-44	2888	14,0
45-54	2429	11,8
55-64	1609	7,8
65-74	946	4,6
75+	594	2,9
Toplam	20624	100

Çalışmaya katılan bireylerin doğum yerleri incelendiğinde %98,7'sinin Türkiye'de doğduğu kalan %1,3'lük oranın %0,8'lik kısmının ise herhangi bir AB ülkesinde doğduğu sonucuna varılmıştır.

Önemli bir kriter olan sağlık giderleri ile ilgili "Tedavi masraflarınız aşağıdakilerden hangisi tarafından karşılanıyor?" sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde masrafların karşılanma yüzdeleri tablo 21'de sunulmuştur. Çalışmaya katılan 85 birey birden çok seçenek işaretlemiştir.

Tablo 21: TSA 2008’de sağlık harcamalarının karşılanma şekilleri

Masrafların Karşılanma şekilleri	n	(%)
SGK	14437	69,6
Yeşil Kart	3299	15,9
Özel Sağlık Sigortası	53	0,3
Özel Sandık	22	0,1
Kendisi	2450	11,8
Diğer	448	2,2
Toplam	20709	100,0

Eğitim durumu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde 18.562 kişinin cevaplama yaptığı görölmüştür, bu soru 6 yaş ve üzerine uygulandığı için eksiklikler normaldir. Eğitim durumu ile ilgili dağılış tablo 22’de sunulmuştur.

Tablo 22: TSA 2008’e katılanların eğitim durumları

Eğitim Durumu	n	(%)
Okuma-yazma bilmeyen	2409	13,0
Bir okul bitirmedii	4301	23,2
İlköğretim	8116	43,7
Lise ve dengi okullar	2457	13,2
Yüksekokul/Fakülte/Yüksek lisans/Doktora	1279	6,9
Toplam	18562	100,0

Bireylerin medeni durumlarını belirlerken 15 yaş altına bu soru yöneltilmemiştir. Alınan yanıtlarda 3263 kişi (%22,3) hiç evlenmemiş - bekâr, 10277 kişi (%70,1) evli ve 1115 kişi (%7,6) dul - boşanmış olduğu göröldü. Benzer şekilde çalışma durumu da 15 yaş üzeri bireylere soruldu ve bireylerden 5474’ü (%37,4) çalışmakta, 9181’i(%62,6) ise çalışmamaktaydı.

Hane toplam geliri ile ilgili dağılım tablo 23’de sunulmuştur. Gelir düzeyini belirtmek istemeyen 113 birey bulunmaktadır.

Tablo 23: TSA 2008'e katılanların hane halkı gelir durumları

Gelir Durumu	n	(%)
< 500 YTL	6165	30,1
501 - 900 YTL	6266	30,5
901 - 1300 YTL	3738	18,2
1301- 2300 YTL	2950	14,3
2301 YTL'den fazla	1305	6,4
Cevap vermek istemiyorum	113	0,6
Toplam	20537	100

Çalışmanın en önemli noktalarından biri olan obezite ile ilgili değerlendirme yapabilmek için boy ve kilo ölçümleri kullanılarak Beden Kitle İndeksleri (BKİ) hesaplanmıştır. Bu hesaplama gerçekleştirilirken boyu ve kilosu aynı anda olmayan bireyler için hesaplama gerçekleştirilememiştir. Boyunu söylemek istemeyen veya bilmeyen 2000 kişi, kilosunu bilmeyen veya söylemeyen 1358 kişi bulunmaktadır (ikisini söylemeyen 1105 kişi). Ayrıca benzer şekilde 15 yaşın altındaki katılımcılarda boy kilo değerlerine ilişkin bilgiler olmadığından bu grupta da BKİ hesaplaması yapılamamıştır. BKİ ile ilgili dağılım tablo 24'de sunulmuştur.

Tablo 24: TSA 2008'e katılanların BKİ sınıfları

BKİ sınıfları	n	(%)
Zayıf (<18,50)	524	4,2
Normal (18,5-24,99)	5798	46,8
Fazla kilolu (25,0-29,99)	4076	32,9
Obez (\geq 30)	2004	16,2
Toplam	12402	100

Cinsiyet bazında obezite oranları hesaplanmış ve tablo 25'de bu oranlar sunulmuştur. Normal BKİ değerlerine bakıldığında kadınlarda ve erkeklerde yüzdelerin benzer olduğu söylenebilir. Erkeklerde fazla kilolu birey oranı kadınlardan daha yüksek iken kadınlarda obez bireylerin oranı erkeklere göre daha yüksektir.

Tablo 25: TSA 2008'e katılanlarda Cinsiyet bazında BKİ sınıfları

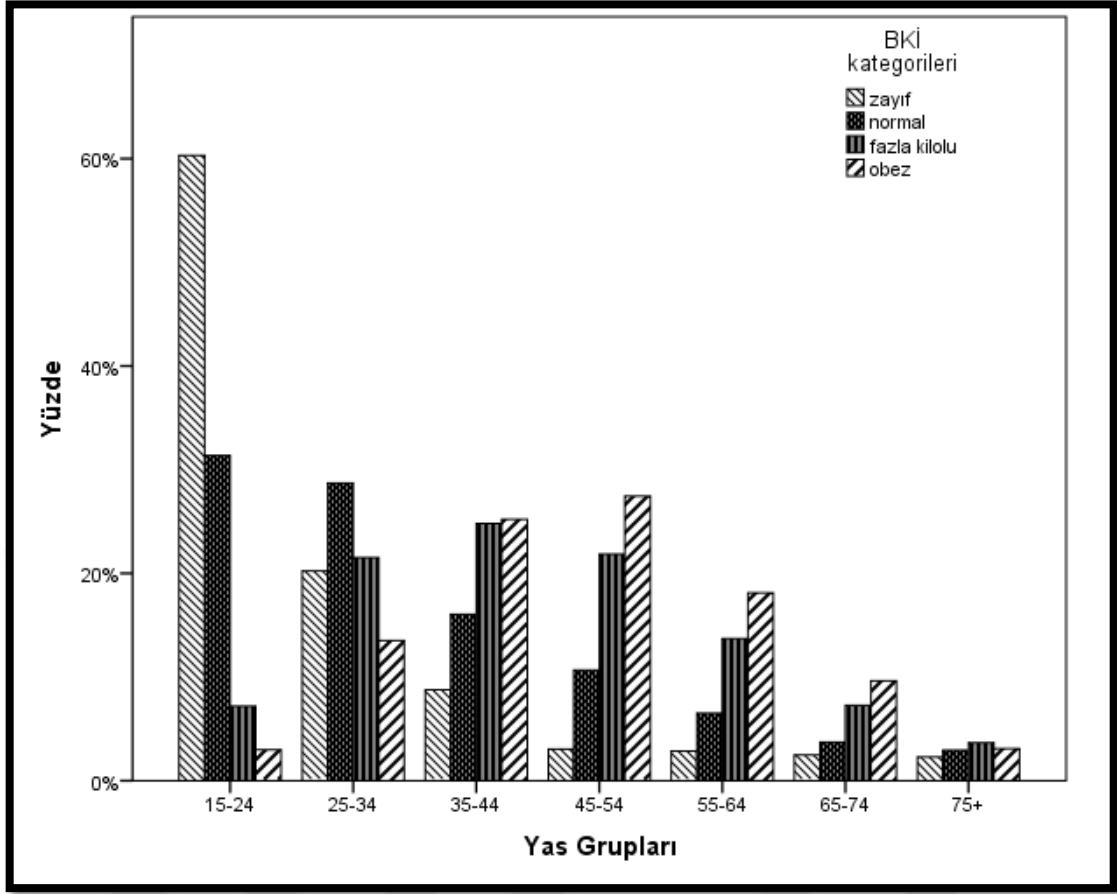
		Cinsiyet			
		Erkek		Kadın	
		n	%	n	%
BKİ kategorileri	Zayıf (<18,50)	157	2,6	367	5,8
	Normal (18,5-24,99)	2809	46,2	2989	47,3
	Fazla kilolu (25,0-29,99)	2290	37,7	1786	28,2
	Obez (\geq 30)	823	13,5	1181	18,7
	Toplam	6079	100	6323	100

BKİ oranlarının yaşlara göre dağılımı hesaplanmış tablo 26'da sunulmuştur ve grafik 23'de bu oranlar görselleştirilmiştir (sıra bazında %100). Zayıfların oranına bakıldığında bu oranın 15-24 yaş grubunda en yüksek olduğu ve yaş ilerledikçe zayıflık oranlarının azaldığı görülmüştür. Normal BKİ kategorisinde bulunan bireyler incelendiğinde benzer şekilde 15-24 arasında en yüksek orana sahip olduğu ve yaş ilerledikçe oranın azaldığı görülebilmektedir. Fazla kilolu bireylerin oranlarının yaşa göre dağılımına bakıldığında, bireylerin oranları 45 yaşına kadar artmış 45 yaşından sonra tekrar azalmaya başlamıştır. Obezlerde bu durum 55 yaşta benzer şekildedir.

Tablo 26: TSA 2008'e katılanlarda BKİ'nin yaşa göre dağılımı

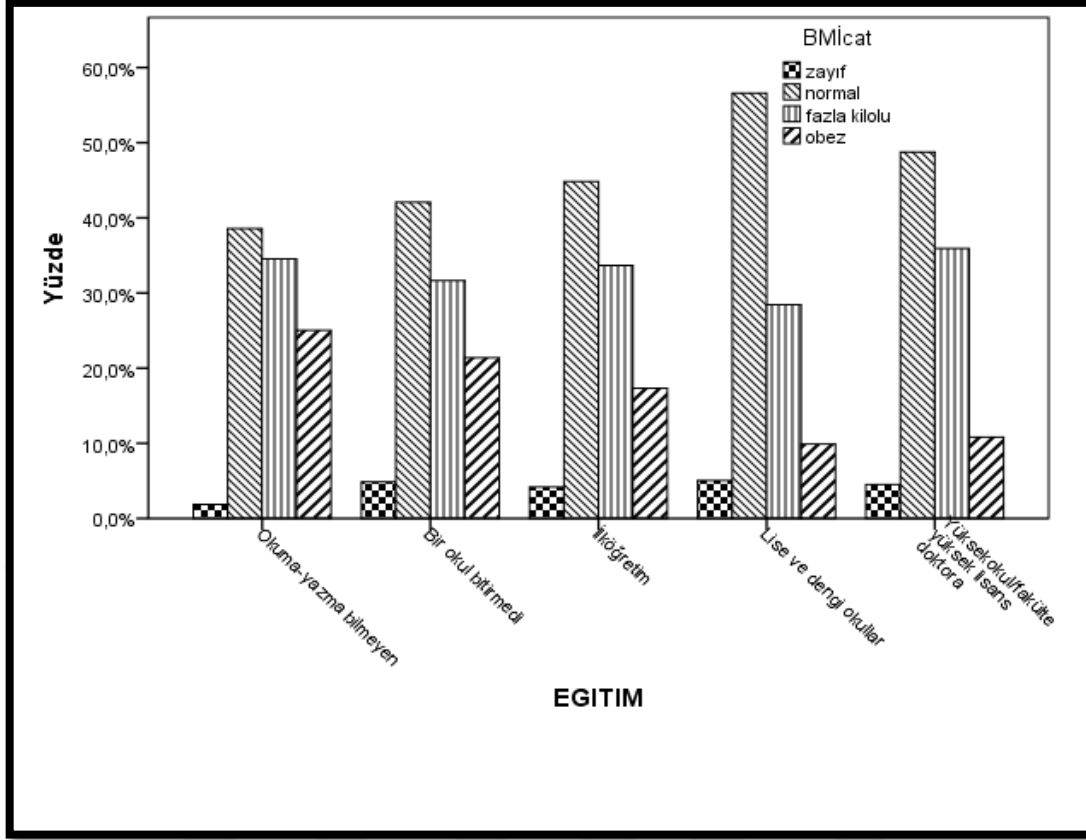
BKİ kategorisi/ Yaş grupları n (%)	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Toplam
Zayıf	316 60,3	106 20,2	46 8,8	16 3,1	15 2,9	13 2,5	12 2,3	524 100
Normal	1819 31,4	1665 28,7	931 16,1	619 10,7	377 6,5	216 3,7	171 2,9	5798 100
Fazla Kilolu	293 7,2	877 21,5	1011 24,8	891 21,9	559 13,7	296 7,3	149 3,7	4076 100
Obez	60 3,0	271 13,5	505 25,2	550 27,4	363 18,1	193 9,6	62 3,1	2004 100

Grafik 23: BKİ'nin yaş gruplarına göre dağılımları



BKİ oranlarının eğitim durumuna göre dağılımı grafik 24'de görselleştirilmiştir (her eğitim kategorisi kendi içerisinde toplam %100'ü oluşturmaktadır). Obezite oranlarının en yüksek çıktığı gruplar; okuma yazma bilmeyenler, bir okul bitirmeyenler ve ilkokul mezunu olanlardır. Lise mezunlarında normal BKİ değerlerine sahip olanların oranı en yüksektir. Yüksekokul/Lisans, yüksek lisans veya doktora mezunu olanlar en yüksek fazla kilolu oranına sahip olanlardır. Fakat bu grupta ve lise veya dengi okul bitirenlerde obezlik oranı okuma yazma bilmeyenler, bir okul bitirmeyenler ve ilkokul mezunu olanlara göre daha düşüktür.

Grafik 24: BKİ'nin eğitim durumlarına göre dağılımları

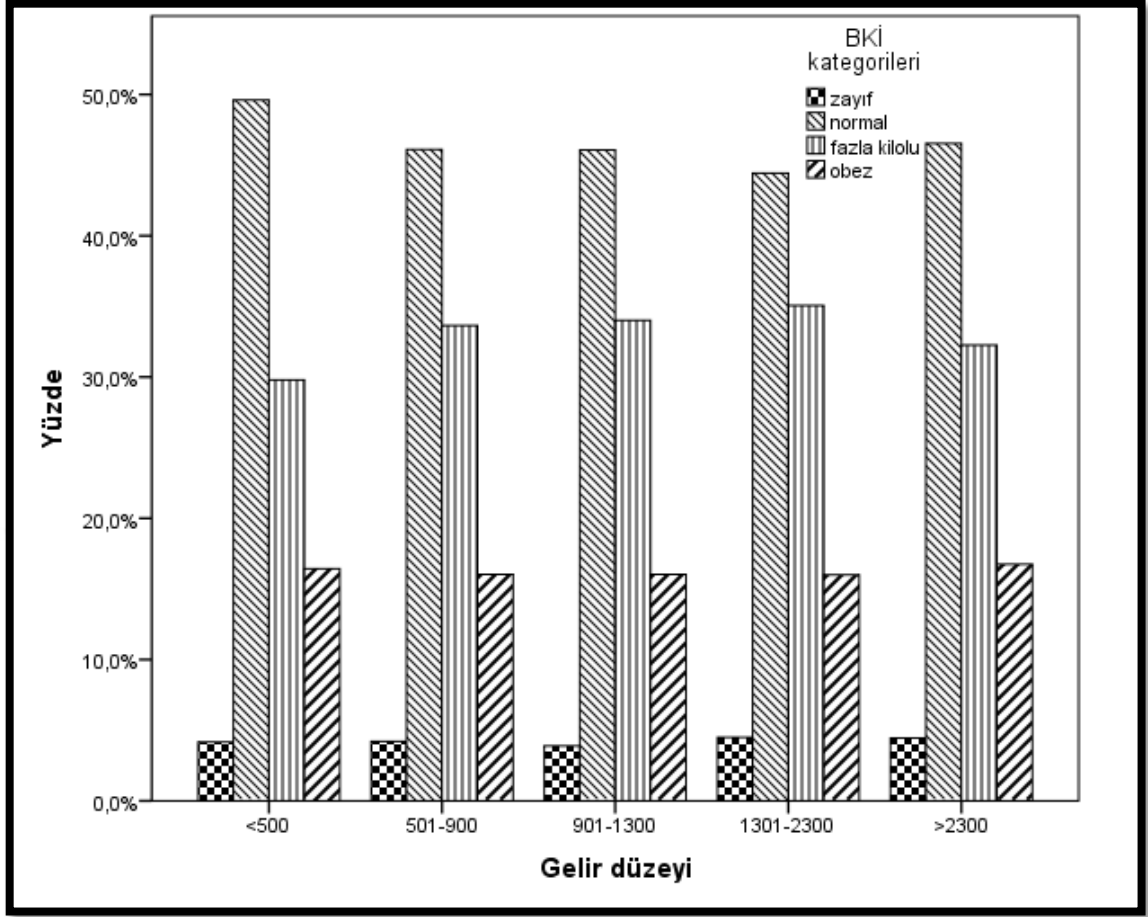


BKİ oranlarının gelir durumuna göre dağılımı grafik 25'de görselleştirilmiştir (her gelir kategorisi kendi içerisinde toplam %100'ü oluşturmaktadır). Gelir durumlarına göre BKİ kategorilerinde oranların birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. Görselleştirilen oranların dağılımı sayısal olarak da tablo 27'de sunulmuştur.

Tablo 27: TSA 2008'e katılanlarda gelir durumu bazında BKİ dağılımı

		Gelir düzeyi									
		<500		501-900		901-1300		1301-2300		>2300	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BKİ kategorileri	Zayıf (<18,50)	123	4,2	160	4,2	97	3,9	94	4,5	43	4,4
	Normal (18,5-24,99)	1465	49,6	1754	46,1	1150	46,1	930	44,4	450	46,5
	Fazla kilolu (25,0-29,99)	880	29,8	1280	33,6	849	34,0	734	35,1	312	32,3
	Obez (≥30)	485	16,4	610	16,0	400	16,0	335	16,0	162	16,8
	Toplam	2953	100	3804	100	2496	100	2093	100	967	100

Grafik 25: BKİ'nin gelir durumuna göre dağılımı



Kronik hastalıklar incelendiğinde; astım, bronşit, obstruktif, enfarktüs, koroner kalp, kalp, hipertansiyon, inme-felç, arthrosis, romatizmal-eklem, bel bölge, boyun bölge, şeker hastalığı, alerji, ülser, karaciğer yetmezliği, kanser, migren, idrar kaçırma, kazasakatlık, kaygı, depresyon, diğer ruhsal problemler gibi hastalıkların hepsinde hastalık varlığı obezlerde en yüksek oranlarda çıkmıştır. Kronik hastalıklardan sadece kansızlık ve sinüzit zayıflarda yüksek oranda görülmektedir. BKİ artışı hastalığa sahip olma oranını arttırmaktadır. Kronik hastalıkların görülme sıklıkları obezlerden sonra fazla kilolularda yüksek oranlara sahiptir. Oranlar detaylı olarak tablo 28'de sunulmuştur. Tablo 28'i okurken satır bazında değerlendirme yapılabilir (Örneğin; bireylerin astım hastalığına sahip olma oranları zayıflarda %3,4, normal grupta %3,4, Fazla kilolularda %4,9, Obezlerde %7,8).

Tablo 28: TSA 2008’de Kronik Hastalıklar ve BKİ grupları

		BKİ kategorisi							
		Zayıf		Normal		Fazla Kilolu		Obez	
		n	%	n	%	n	%	n	%
ASTIM	Evett	18	3,40	197	3,40	198	4,90	157	<u>7,80</u>
	Hayır	506	96,60	5596	96,60	3875	95,10	1844	92,20
KRONIKBRONSIT	Evett	35	6,70	367	6,30	304	7,50	223	<u>11,10</u>
	Hayır	489	93,30	5422	93,70	3768	92,50	1778	88,90
KRONIKOBSTRUKTIF	Evett	11	2,10	95	1,60	86	2,10	54	<u>2,70</u>
	Hayır	513	97,90	5694	98,40	3985	97,90	1947	97,30
ENFARKTUS	Evett	6	1,10	64	1,10	91	2,20	64	<u>3,20</u>
	Hayır	518	98,90	5727	98,90	3983	97,80	1938	96,80
KORONER KALP	Evett	17	3,20	233	4,00	286	7,00	207	<u>10,30</u>
	Hayır	507	96,80	5561	96,00	3785	93,00	1794	89,70
KALP	Evett	3	0,60	88	1,50	103	2,50	78	<u>3,90</u>
	Hayır	521	99,40	5708	98,50	3967	97,50	1920	96,10
HIPERTANSİYON	Evett	21	4,00	470	8,10	729	17,90	626	<u>31,30</u>
	Hayır	503	96,00	5322	91,90	3338	82,10	1371	68,70
INME FELC	Evett	5	1,00	53	0,90	49	1,20	32	<u>1,60</u>
	Hayır	519	99,00	5740	99,10	4020	98,80	1967	98,40
ARTHROSIS	Evett	19	3,60	440	7,60	574	14,10	458	<u>23,00</u>
	Hayır	505	96,40	5339	92,40	3490	85,90	1535	77,00
ROMATİZMAL EKLEM	Evett	45	8,60	656	11,30	774	19,00	561	<u>28,10</u>
	Hayır	479	91,40	5134	88,70	3293	81,00	1438	71,90
BEL BOLGE	Evett	50	9,50	989	17,10	999	24,50	647	<u>32,30</u>
	Hayır	474	90,50	4806	82,90	3072	75,50	1356	67,70
BOYUN BOLGE	Evett	30	5,70	478	8,20	491	12,10	345	<u>17,20</u>
	Hayır	493	94,30	5316	91,80	3582	87,90	1659	82,80
SEKER HAST	Evett	7	1,30	174	3,00	301	7,40	288	<u>14,50</u>
	Hayır	516	98,70	5606	97,00	3765	92,60	1701	85,50
ALERJİ	Evett	40	7,60	450	7,80	310	7,60	197	<u>9,80</u>
	Hayır	483	92,40	5341	92,20	3762	92,40	1805	90,20
ULSER	Evett	50	9,60	724	12,50	673	16,50	369	<u>18,40</u>
	Hayır	473	90,40	5066	87,50	3397	83,50	1631	81,60
KARACİGER YETMEZLİĞİ	Evett	5	1,00	46	0,80	44	1,10	29	<u>1,50</u>
	Hayır	519	99,00	5737	99,20	4025	98,90	1968	98,50
KANSER	Evett	4	0,80	39	0,70	37	0,90	27	<u>1,40</u>
	Hayır	519	99,20	5754	99,30	4034	99,10	1973	98,60
MİGREN	Evett	59	11,30	756	13,10	619	15,20	353	<u>17,60</u>
	Hayır	464	88,70	5036	86,90	3454	84,80	1649	82,40
İDRAR KACIRMA	Evett	5	1,00	152	2,60	155	3,80	133	<u>6,60</u>
	Hayır	519	99,00	5636	97,40	3915	96,20	1871	93,40
KRONİK KAYGI	Evett	14	2,70	127	2,20	95	2,30	66	<u>3,30</u>
	Hayır	510	97,30	5664	97,80	3976	97,70	1935	96,70

DEPRES YON	Evet	17	3,30	199	3,40	174	4,30	116	<u>5,80</u>
	Hayır	506	96,70	5589	96,60	3896	95,70	1884	94,20
DİGER RUHSAL PROBLEMLER	Evet	15	2,90	183	3,20	140	3,40	92	<u>4,60</u>
	Hayır	507	97,10	5604	96,80	3928	96,60	1910	95,40
KANSIZLIK	Evet	71	<u>13,60</u>	601	10,40	312	7,70	211	10,60
	Hayır	452	86,40	5176	89,60	3743	92,30	1780	89,40
KAZA SAKATLIK	Evet	7	1,30	112	1,90	92	2,30	54	<u>2,70</u>
	Hayır	516	98,70	5682	98,10	3981	97,70	1944	97,30
SINUZIT	Evet	66	<u>12,70</u>	562	9,70	399	9,80	180	9,00
	Hayır	455	87,30	5219	90,30	3670	90,20	1819	91,00

Genel olarak alkol kullanım durumları incelendiğinde; 14655 kişiden 3069 kişinin (%20,9) alkölü denediği sonucuna ulaşılmıştır. Düzenli olarak alkol kullananların oranı ise deneyenler içinde 486 (%13,8) kişidir. Düzenli alkol kullananlar bireylerin yaş dağılımı incelendiğinde 15-24 yaş arası bireylerin 340 (%69,5) kişi olduğu ve 25-34 yaş arası bireylerin 106 (%21,7) kişi olduğu sonucuna varıldı ve bu 2 yaş grubu büyük bir oranı kapsamaktaydı (%91,2). Alkölü denemiş olan 3069 kişiden düzenli olarak kullanmayanların oranı bakıldığında 1450 bireyin (%47,2) düzensiz kullanıcı olduğu görölmüştür. Alkol kullanımında cinsiyet bazında farklılıklar gözlenmiştir. Daha önce alkol denemiş bireyler içerisinde kadınların %4,2 si düzenli olarak alkol tüketirken bu oran erkeklerde %18,6'dır. Alkol tüketimi ile medeni durum arasındaki ilişkiye bakıldığında dul bireylerin (%18,2), bekar (%11,0) ve evlilere (%16,8) göre daha fazla oranda düzenli alkol kullandığı tespit edilmiştir.

Alkol kullanımına başlama nedenleri incelendiğinde ise önem sırasmda 1. ve en önemli neden olarak sırasıyla; merak, eğlence amaçlı seçeneği, arkadaş etkisi, özent, kişisel sorunlar, özel nedeni yok seçeneği, daha sonra sırasıyla aile sorunları, anne baba kardeş ağabey abla seçeneği, sevgili etkisi, diğer, radyo televizyon basın yayım etkisi yer aldı. İşaretlemeleerde en önemli 2. neden nedir sorusunda en çok sıralamaya konanlar yine özent, merak ve eğlence amacı idi.

Alkol tipleri incelendiğinde haftada tüketilen alkol miktarları genel olarak; rakı için <7 bardak, şarap <4 kadeh, votka <2 bardak, bira <9 şişe, likör <2 bardak şeklindeydi (miktarlar cevap verenlerin %70 ini kapsayacak şekilde belirlendi çok yüksek değerler bildiren az sayıda kullanıcı mevcuttur).

BKİ kategorileri ile düzenli alkol kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde oranların birbirine yakın oldukları fakat kullanım oranının en fazla obezlerde olduğu gözlenmiştir. Oranlar tablo 29’da sunulmuştur.

Tablo 29. Düzenli alkol kullanımı ve BKİ grupları

		BKİ kategorisi							
		Zayıf		Normal		Fazla Kilolu		Obez	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Düzenli Alkol kullanımı	Evet	12	15,4	184	14,2	181	16,6	77	<u>17,2</u>
	Hayır	66	84,6	1114	85,8	911	83,4	371	82,8

Günlük bedensel faaliyetler kapsamında; orta düzeyli, ağır düzeyli faaliyetlerin ve 10 dk. yürüyüş faaliyetinin oranları incelenmiştir. Ağır faaliyet kapsamında aerobik, hızlı bisiklet sürme, tarlada çalışma, inşaatta çalışma, ağır yük kaldırma gibi faaliyetler bulunurken, orta düzeyli faaliyetler kapsamında tenis oynama, normal hızda bisiklet sürme, hafif yük taşıma gibi faaliyetler bulunmaktadır. Bu faaliyetler ve BKİ kategorileri incelendiğinde günde 10 dk yürüme tüm gruplarda benzer (evet diyenler %58, hayır diyenler %42) çıkmıştır. Fakat orta ve ağır faaliyetler kapsamında inceleme yapıldığında obezlerde ve zayıflarda bu faaliyetlerin yapılma oranları tablo 30’da görüldüğü gibi normal ve fazla kilolulara göre daha düşük çıkmıştır.

Tablo 30. Fiziksel Aktivite ve BKİ grupları

		BKİ kategorisi							
		Zayıf		Normal		Fazla Kilolu		Obez	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ağır düzeyde faaliyet	Evet	34	6,5	653	11,4	474	11,8	207	10,4
	Hayır	486	93,5	5075	88,6	3552	88,2	1777	89,6
Orta düzeyde faaliyet	Evet	91	17,8	1434	25,4	987	24,7	450	23,0
	Hayır	419	82,2	4209	74,6	3004	75,3	1504	77,0

Cinsiyete göre inceleme yapıldığında; günde 10 dk yürüme var yanıtı kadınlarda %65,2 iken erkeklerde %73,2 çıkmıştır. Ağır faaliyetler kapsamında inceleme yapıldığında benzer şekilde kadınlarda bu oran (%7,0) erkeklere göre (%15,4) düşük çıkmıştır. Orta düzeyli faaliyet oranları kadın ve erkeklerde birbirine çok benzer oranlara sahipti (K= %45,2, E=%47,6).

Yaş gruplarına göre fiziksel faaliyet değerlendirmesi yapıldığında, beklendiği gibi gençlerin ağır ve orta düzeyde faaliyetleri daha çok sürdürebildiği gözlemlenmiştir. Oranlar tablo 31’de sunulmuştur.

Tablo 31: Fiziksel Aktivite ve yaş grupları

n (%)		Yaş grupları						
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Ağır düzeyde faaliyet	Evet	268 9,60	455 14,10	379 13,40	258 10,90	131 8,30	49 5,30	19 3,30
	Hayır	2537 90,40	2773 85,90	2458 86,60	2118 89,10	1447 91,70	883 94,70	564 96,70
Orta düzeyde faaliyet	Evet	619 22,30	862 27,30	780 27,90	572 24,30	320 20,60	148 16,10	45 7,80
	Hayır	2152 77,70	2301 72,70	2016 72,10	1786 75,70	1231 79,40	774 83,90	533 92,20
10 dk yürüme	Evet	1613 58,50	1759 54,90	1616 57,40	1361 57,50	909 58,40	468 50,80	221 38,00
	Hayır	1144 41,50	1446 45,10	1197 42,60	1004 42,50	647 41,60	453 49,20	360 62,00

Eğitim düzeylerine göre fiziksel aktiviteler değerlendirildiğinde, 10 dk yürüyüş aktivitesi en az okuryazar olmayanlarda en fazla YL-Doktora mezunlarında gözlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça yürüyüş yapma oranları yükselmektedir. Okuma-yazma bilmeyenlerde bu oran %40,9, bir okul bitirmeyenlerde %53,3, ilkokul %54,7, ilköğretim %59,7, ortaokul veya mesleki ortaokul %60,6, lise ve dengi okullar %60,7, yüksekokul veya fakülte %67,3, yüksek lisans-doktora mezunlarında ise %77,2. Ağır ve orta düzeyli faaliyetlerin oranı ilkokul ve ortaokul mezunlarında en yüksek bulunmuştur.

Medeni durum ele alındığında bekâr ve evli olanlar, dul bireylere göre daha yüksek fiziksel aktivite oranına sahiptir (tablo 32). Cinsiyet faktörünün bu medeni durum-aktivite oranlarında etki olabileceği düşünülmüş ve alt gruplarda da oranlara bakılmıştır. Kadın ve erkeklerde durumun aynı şekilde olduğu gözlenmiştir.

Tablo 32: Fiziksel Aktivite ve Medeni durum ilişkisi

n(%)		Medeni Durum		
		Bekâr Hiç evlenmemiş	Evli	Dul
Ağır düzeyde faaliyet	Evet	309(9,7)	1190(11,8)	60(5,5)
	Hayır	2880(90,3)	8868(88,2)	1032(94,5)
Orta düzeyde faaliyet	Evet	692(21,9)	2479(25,0)	174(16,2)
	Hayır	2468(78,1)	7425(75,0)	900(83,8)
10 dk yürüme	Evet	1855(58,9)	5571(55,9)	518(48,1)
	Hayır	1293(41,1)	4399(44,1)	559(51,9)

Fiziksel aktivite düzeyleri ile depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında 10 dk yürüyüş sorusuna evet cevabını verenlerin oranının en yüksek olduğu grup hiçbir zaman kendimi depresyonda hissetmedim diyenlerdir. Diğer aktiviteler için benzer şekilde hiçbir zaman kendimi depresyonda hissetmedim diyenlerin oranların evet daha yüksekken, her zaman kendimi depresyonda hissettim diyenlerde de aktivite oranları yüksek çıkmıştır (tablo 33).

Tablo 33: Fiziksel Aktivite ve Depresyon

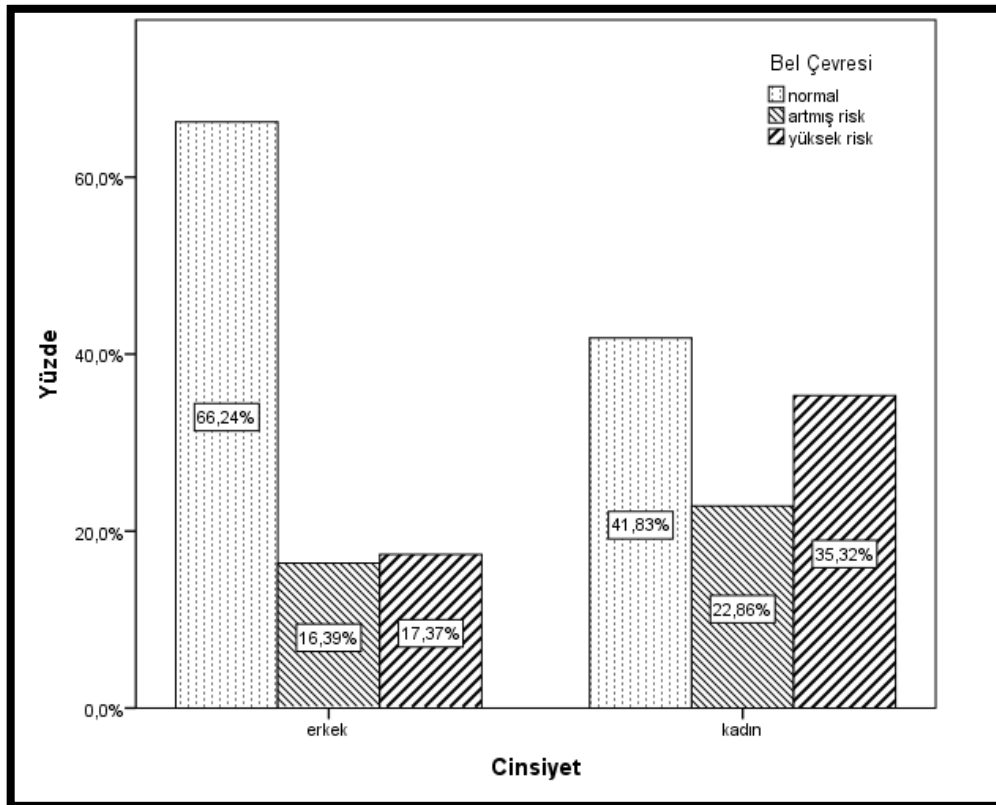
n (%)		Depresyonda Hissetme				
		Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Çok ender	Hiçbir zaman
Ağır düzeyde faaliyet	Evet	32 11,7	120 9,9	530 11,2	319 9,1	544 12,2
	Hayır	241 88,3	1094 90,1	4215 88,8	3180 90,9	3925 87,8
Orta düzeyde faaliyet	Evet	66 24,4	280 23,3	1061 22,7	754 21,8	1160 26,3
	Hayır	205 75,6	922 76,7	3604 77,3	2712 78,2	3246 73,7
10 dk yürüme	Evet	149 55	627 52	2467 52,5	1895 54,5	2758 62,6
	Hayır	122 45	578 48	2228 47,5	1585 45,5	1651 37,4

Bel çevresi ile ilgili değerlendirme yapıldığında bel çevresini bilmeyen veya söylemek istemeyen 8720 (%59,5) kişinin bilgisi kullanılmamıştır. Bel çevresi verisi olan 5934 kişide sınıflandırma yapılmış ve sonuçlar tablo 14'de sunulmuştur. Sınıflandırma yapılırken kadınlarda bel çevresi < 80 cm olanlar Normal, 80-87 cm arasında olanlar Artmış riskli, 88 ve üzeri olanlar ise yüksek riskli grupta yer almıştır. Erkeklerde ise bel çevresi < 94 cm olanlar Normal, 94-101 cm arasında olanlar Artmış riskli, 102 ve üzeri olanlar ise yüksek riskli grupta yer almıştır (55). Cinsiyet bazında yapılan değerlendirmede erkeklerde risklerin kadınlara göre daha düşük olduğu görülmüştür (tablo 34, grafik 26).

Tablo 34: Cinsiyet ve Bel çevresi ilişkisi

	Cinsiyet	
	Erkek	Kadın
Normal	1815 66,2	1336 41,8
Artmış Risk	449 16,4	730 22,9
Yüksek Risk	476 17,4	1128 35,3

Grafik 26: Cinsiyete bazında bel çevresine göre oluşan riskler



4.2. 2010 Yılına Ait Bulgular

2010 yılında hane halkı anketine katılan 20200 bireyin 9122'si (%45,2) erkek, 11078'i (%54,8) kadındı. Aynı yılda ankete katılan bireylerde ikamet yeri Kent olan 14273 kişi (70,7), ikamet yeri kırsal bölge olan 5927 (%29,3) kişi vardı. Yaş gruplarına bakıldığında çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı tablo 35'de sunulmuştur.

Tablo 35: 2010 yılında TSA'ya katılan bireylerin yaş dağılımı

Yaş grupları	n	(%)
0-6	2395	11,9
7-14	2667	13,2
15-24	2902	14,4
25-34	2819	14,0
35-44	2505	12,4
45-54	1756	8,7
55-64	1115	5,5
65-74	3358	16,6
75+	683	3,4
Toplam	20200	100,0

Çalışmaya katılan bireylerin doğum yerleri incelendiğinde %98,8'sinin Türkiye'de doğduğu kalan %1,2'lik oranın %0,8'lik kısmının ise herhangi bir AB ülkesinde doğduğu sonucuna varılmıştır.

Önemli bir kriter olan sağlık giderleri ile ilgili "tedavi masraflarınız aşağıdakilerden hangisi tarafından karşılanıyor?" sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde masrafların karşılanma yüzdeleri tablo 36'da sunulmuştur. Çalışmaya katılan 149 birey birden çok seçenek işaretlemiştir.

Tablo 36: TSA 2010'da sağlık harcamalarının karşılanma şekilleri

Masrafların Karşılanma Şekilleri	n	(%)
SGK	14617	71,7
Yeşil Kart	3221	15,8
Özel Sağlık Sigortası	155	0,8
Özel Sandık	72	0,4
Kendisi	1884	9,3
Diğer	402	2,0
Toplam	20351	100,0

Eğitim durumu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde 18.179 kişinin cevaplama yaptığı görülmüştür, bu soru 6 yaş ve üzerine uygulandığı için eksiklikler normaldir. Eğitim durumu ile ilgili dağılış tablo 37’de sunulmuştur.

Tablo 37: TSA 2010’a katılanların eğitim durumları

Eğitim Durumu	n	(%)
Okuma-yazma bilmeyen	2041	11,2
Bir okul bitirmedi	4370	24,0
İlköğretim	8001	44,0
Lise ve dengi okullar	2280	12,6
Yüksekokul/Fakülte/Yüksek lisans/Doktora	1487	8,2
Toplam	18179	100,0

Bireylerin medeni durumlarını belirlerken 15 yaş altına bu soru yöneltilmemiştir. Alınan yanıtlarda 3163 kişinin (%21,9) hiç evlenmemiş - bekâr, 10030 kişinin (%69,4) evli ve 1254 kişinin (%8,7) dul - boşanmış olduğu görüldü. Benzer şekilde çalışma durumu da 15 yaş üzeri bireylere soruldu ve bireylerden 5243’ü (%36,3) alışmakta, 9204’ü (%63,7) ise alışmamaktaydı.

Hane toplam geliri ile ilgili dağılım tablo 19’da sunulmuştur. Gelir düzeyini belirtmek istemeyen 192 birey bulunmaktadır.

Tablo 38: TSA 2010’a katılanların hane halkı gelir durumları

Gelir Durumu	n	(%)
< 500 YTL	3881	19,2
501 - 900 YTL	6436	31,9
901 - 1300 YTL	3328	16,5
1301- 2300 YTL	4279	21,2
2301 YTL'den fazla	2084	10,3
Cevap vermek istemiyorum	192	1,0
Toplam	20200	100

Çalışmanın en önemli noktalarından biri olan obezite ile ilgili değerlendirme yapabilmek için boy ve kilo ölçümleri kullanılarak Beden Kitle İndeksleri (BKİ) hesaplanmıştır. Bu hesaplama gerçekleştirilirken boyu ve kilosu aynı anda olmayan bireyler için hesaplama gerçekleştirilememiştir. Boyunu söylemek istemeyen veya bilmeyen 1532 kişi, kilosunu bilmeyen veya söylemeyen 945 kişi bulunmaktadır. Ayrıca benzer şekilde 15 yaşın altındaki katılımcılarda boy kilo değerlerine ilişkin bilgiler olmadığından bu grupta da BKİ hesaplaması yapılamamıştır. BKİ ile ilgili dağılım tablo 39’da sunulmuştur.

Tablo 39: TSA 2010’a katılanların BKİ sınıfları

BKİ sınıfları	n	(%)
Zayıf (<18,50)	557	4,4
Normal (18,5-24,99)	5448	42,7
Fazla kilolu (25,0-29,99)	4341	34,0
Obez (≥ 30)	2412	18,9
Toplam	12758	100

Cinsiyet bazında obezite oranları hesaplanmış ve Tablo 40’da bu oranlar sunulmuştur. Normal BKİ değerlerine bakıldığında kadınlarda ve erkeklerde yüzdelerin benzer olduğu söylenebilir. Erkeklerde fazla kilolu birey oranı kadınlardan daha yüksek iken kadınlarda obez bireylerin oranı erkeklere göre daha yüksektir.

Tablo 40: TSA 2010’a katılanlarda Cinsiyet bazında BKİ sınıfları

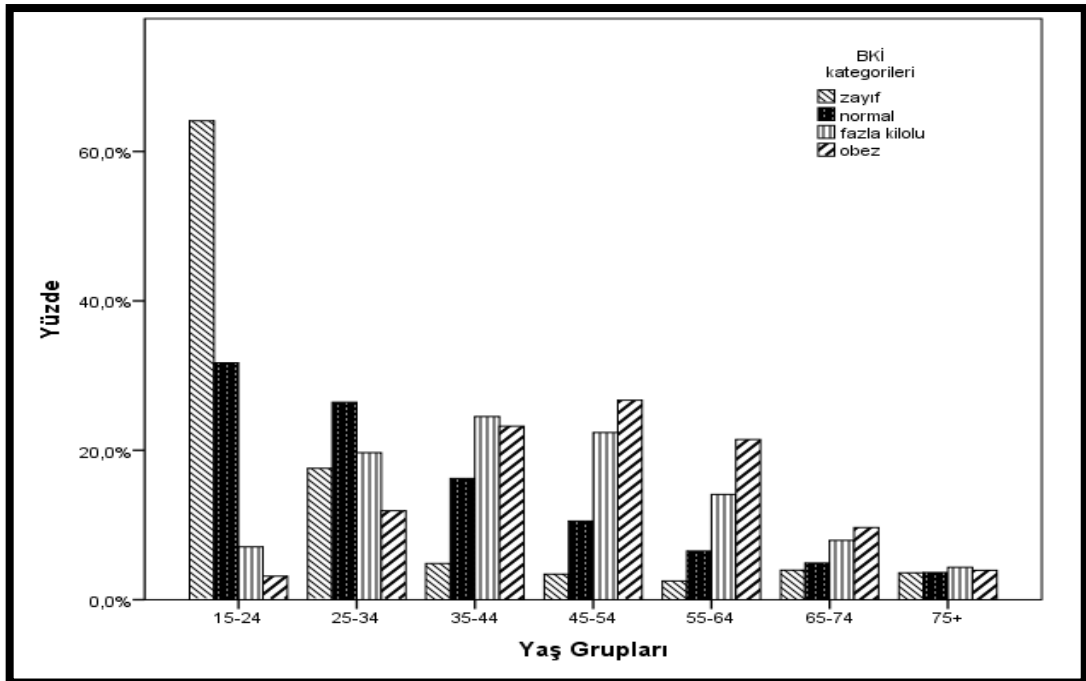
		Cinsiyet			
		Erkek		Kadın	
		n	%	n	%
BKİ kategorileri	Zayıf (<18,50)	191	3,2	366	5,3
	Normal (18,5-24,99)	2533	43,0	2915	42,4
	Fazla kilolu (25,0-29,99)	2294	39,0	2047	29,8
	Obez (≥ 30)	870	14,8	1542	22,4
	Toplam	5888	100	6870	100

BKİ oranlarının yaşlara göre dağılımı hesaplanmış tablo 41’de sunulmuştur ve grafik 27’de bu oranlar görselleştirilmiştir (satr bazında %100). Zayıfların oranına bakıldığında bu oranın 15-24 yaş grubunda en yüksek olduğu ve yaş ilerledikçe zayıflık oranlarının azaldığı görülmüştür. Normal BKİ kategorisinde bulunan bireyler incelendiğinde benzer şekilde 15-24 arasında en yüksek orana sahip olduğu ve yaş ilerledikçe oranın azaldığı görülebilmektedir. Fazla kilolu bireylerin oranlarının yaşa göre dağılımına bakıldığında, bireylerin oranları 45 yaşına kadar artmış 45 yaşından sonra tekrar azalmaya başlamıştır. Obezlerde bu durum 55 yaşta benzer şekildedir.

Tablo 41: TSA 2010’a katılanlarda BKİ’nin yaşa göre dağılımı

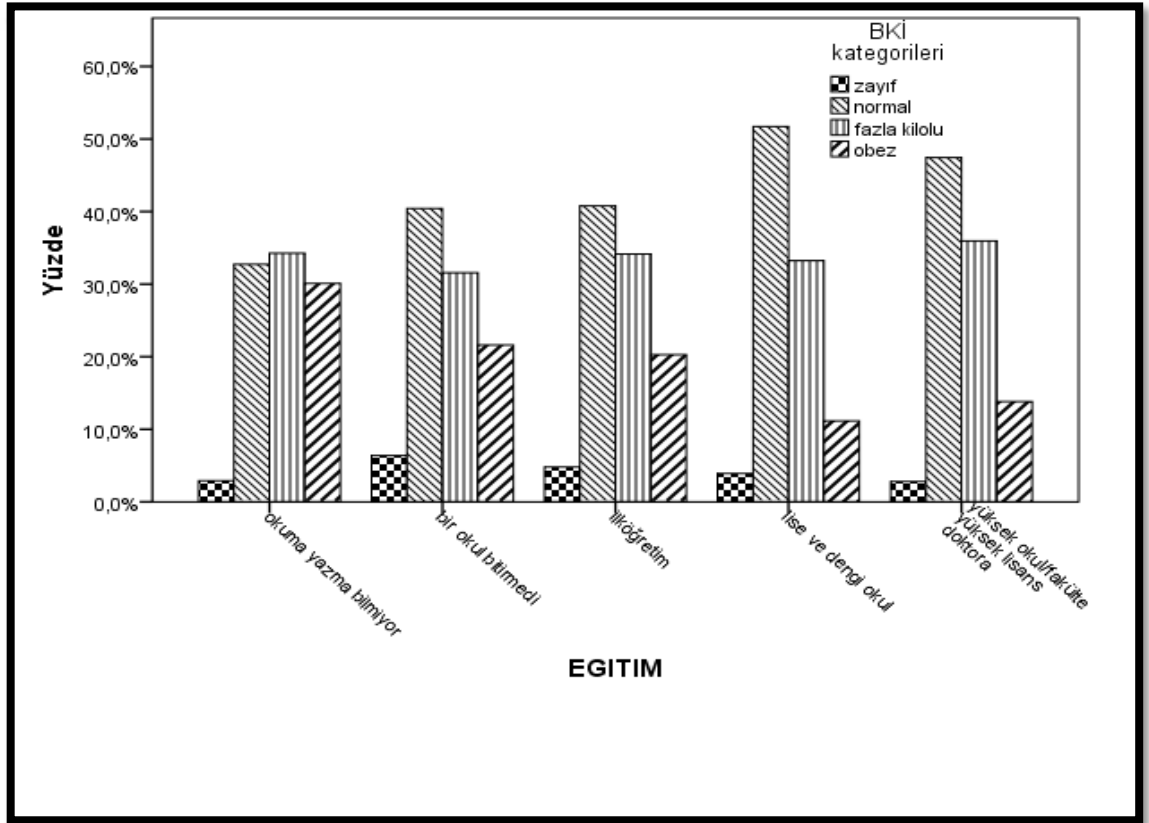
BKİ kategorisi/ Yaş grupları n (%)	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Toplam
Zayıf	357 64,1	98 17,6	27 4,8	19 3,4	14 2,5	22 3,9	20 3,6	557 100
Normal	1728 31,7	1440 26,4	884 16,2	574 10,5	355 6,5	268 4,9	199 3,7	5448 100
Fazla Kilolu	307 7,1	854 19,7	1064 24,5	971 22,4	612 14,1	345 7,9	188 4,3	4341 100
Obez	76 3,2	287 11,9	560 23,2	644 26,7	517 21,4	233 9,7	95 3,9	2412 100

Grafik 27: BKİ’nin yaş gruplarına göre dağılımları



BKİ oranlarının eğitim durumuna göre dağılımı grafik 28’de görselleştirilmiştir (her eğitim kategorisi kendi içerisinde toplam %100’ü oluşturmaktadır). Obezite oranlarının en yüksek çıktığı gruplar; okuma yazma bilmeyenler, bir okul bitirmeyenler ve ilkokul mezunu olanlardır. Lise mezunlarında normal BKİ değerlerine sahip olanların oranı en yüksektir. Yüksek lisans veya doktora mezunu olanlar en yüksek fazla kilolu oranına sahip olanlardır. Fakat bu grupta ve lise veya dengi okul bitirenlerde obezlik oranı okuma yazma bilmeyenler, bir okul bitirmeyenler ve ilkokul mezunu olanlara göre daha düşüktür.

Grafik 28: BKİ’nin eğitim durumlarına göre dağılımları

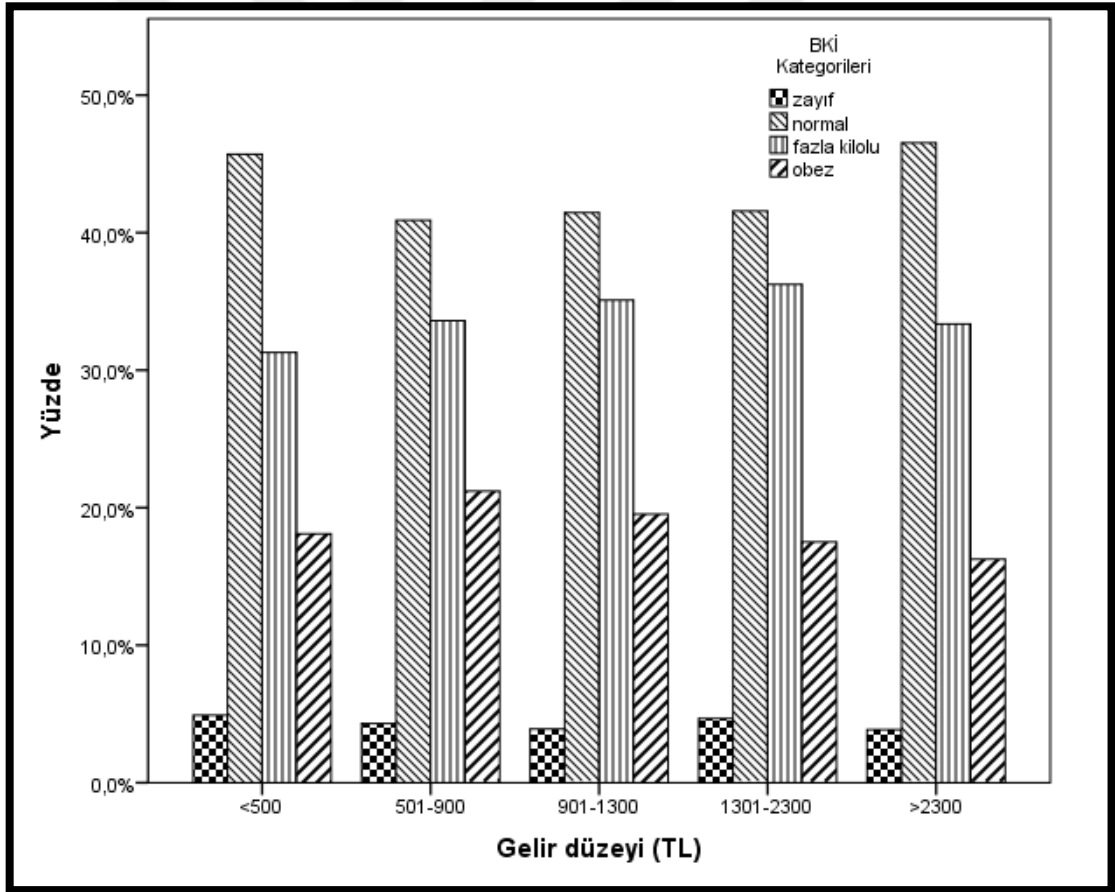


BKİ oranlarının gelir durumuna göre dağılımı grafik 29’da görselleştirilmiştir (her gelir kategorisi kendi içerisinde toplam %100’ü oluşturmaktadır). Gelir durumlarına göre BKİ kategorilerinde farklılıklar düşük miktardadır. Görselleştirilen oranların dağılımı sayısal olarak da oranlar tablo 42’de sunulmuştur. Gelir durumu yüksek olanlarda obezite oranlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Tablo 42: TSA 2010'a katılanlarda gelir durumu bazında BKİ dağılımı

		Gelir düzeyi									
		<500		501-900		901-1300		1301-2300		>2300	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BKİ kategorileri	Zayıf (<18,50)	100	4,9	168	4,3	86	3,9	140	4,7	59	3,9
	Normal (18,5-24,99)	932	45,7	1597	40,9	911	41,5	1246	41,6	710	46,5
	Fazla kilolu (25,0-29,99)	638	31,3	1312	33,6	771	35,1	1086	36,2	509	33,4
	Obez (≥30)	369	18,1	828	21,2	429	19,5	525	17,5	248	16,3
	Toplam	2039	100	4922	100	3060	100	2997	100	1526	100

Grafik 29: BKİ'nin gelir durumuna göre dağılımı



Kronik hastalıklar incelendiğinde; astım, bronşit, obstruktif, enfarktüs, koroner kalp, kalp, hipertansiyon, inme-felç, arthrosis, romatizmal-eklem, bel bölge, boyun bölge, şeker hastalığı, alerji, ülser, karaciğer yetmezliği, kanser, migren, idrar kaçırma, kaygı,

depresyon, diğer ruhsal problemler gibi hastalıkların hepsinde hastalık varlığı obezlerde en yüksek oranlarda çıkmıştır. Kronik hastalıklardan sadece Sinüzit, kaza-sakatlık obezlerde de diğer gruplarla benzer oranda görülmektedir. BKİ artışı hastalığa sahip olma oranını arttırmaktadır. Kronik hastalıkların görülme sıklıkları Obezlerden sonra Fazla kilolularda yüksek oranlara sahiptir. Oranlar detaylı olarak tablo 43’de sunulmuştur. Tablo 43’ü okurken satır bazında değerlendirme yapılabilir (Örneğin; bireylerin astım hastalığına sahip olma oranları zayıflarda %3,9, normal grupta %3,6, Fazla kilolularda %5,4, Obezlerde %9,5).

Tablo 43: TSA 2010’da Kronik Hastalıklar ve BKİ grupları

		BKİ kategorisi							
		Zayıf		Normal		Fazla Kilolu		Obez	
		n	%	n	%	n	%	n	%
ASTIM	Evēt	22	3,90	196	3,60	233	5,40	230	9,50
	Hayır	535	96,10	5250	96,40	4106	94,60	2181	90,50
KRONİK BRONSİT	Evēt	18	3,20	205	3,80	202	4,70	153	6,30
	Hayır	539	96,80	5241	96,20	4136	95,30	2258	93,70
ENFARKTUS	Evēt	6	1,10	41	0,80	69	1,60	46	1,90
	Hayır	551	98,90	5406	99,20	4270	98,40	2366	98,10
KORONER KALP	Evēt	18	3,20	202	3,70	240	5,50	194	8,00
	Hayır	539	96,80	5245	96,30	4098	94,50	2218	92,00
KALP	Evēt	8	1,40	55	1,00	87	2,00	89	3,70
	Hayır	549	98,60	5391	99,00	4252	98,00	2323	96,30
HIPERTANSİYON	Evēt	20	3,60	390	7,20	719	16,60	749	31,10
	Hayır	536	96,40	5054	92,80	3621	83,40	1662	68,90
İNME FELC	Evēt	6	1,10	44	0,80	58	1,30	43	1,80
	Hayır	551	98,90	5403	99,20	4282	98,70	2369	98,20
ARTHROSİS	Evēt	15	2,70	289	5,30	417	9,60	429	17,80
	Hayır	540	97,30	5156	94,70	3922	90,40	1980	82,20
ROMATİZMAL EKLEM	Evēt	28	5,00	387	7,10	510	11,80	472	19,60
	Hayır	528	95,00	5058	92,90	3830	88,20	1938	80,40
BEL BOLGE	Evēt	43	7,70	693	12,70	814	18,80	642	26,60
	Hayır	514	92,30	4754	87,30	3527	81,20	1769	73,40
BOYUN BOLGE	Evēt	19	3,40	332	6,10	409	9,40	317	13,10
	Hayır	538	96,60	5116	93,90	3932	90,60	2094	86,90
SEKER HAST.	Evēt	8	1,40	175	3,20	324	7,50	379	15,70
	Hayır	549	98,60	5273	96,80	4011	92,50	2032	84,30
ALERJİ	Evēt	29	5,20	366	6,70	283	6,50	210	8,70
	Hayır	528	94,80	5080	93,30	4057	93,50	2201	91,30
MİDE ULSERİ	Evēt	39	7,00	425	7,80	484	11,20	310	12,90
	Hayır	518	93,00	5022	92,20	3855	88,80	2101	87,10
BAĞIRSAK ULSERİ	Evēt	3	0,50	47	0,90	53	1,20	38	1,60
	Hayır	554	99,50	5400	99,10	4286	98,80	2373	98,40

KARACİGER YETMEZLİĞİ	Evet	2	0,40	13	0,20	23	0,50	22	<u>0,90</u>
	Hayır	555	99,60	5432	99,80	4317	99,50	2389	99,10
KANSER	Evet	1	0,20	24	0,40	23	0,50	20	<u>0,80</u>
	Hayır	556	99,80	5424	99,60	4317	99,50	2392	99,20
MİGREN	Evet	27	4,90	375	6,90	344	7,90	240	<u>10,00</u>
	Hayır	529	95,10	5069	93,10	3997	92,10	2171	90,00
IDRAR KACIRMA	Evet	7	1,30	106	1,90	155	3,60	179	<u>7,40</u>
	Hayır	550	98,70	5342	98,10	4185	96,40	2233	92,60
KRONİK KAYGI	Evet	5	0,90	41	0,80	40	0,90	37	<u>1,50</u>
	Hayır	552	99,10	5406	99,20	4299	99,10	2375	98,50
DEPRESYON	Evet	7	1,30	124	2,30	151	3,50	122	<u>5,10</u>
	Hayır	550	98,70	5323	97,70	4189	96,50	2289	94,90
DİĞER RUHSAL PROBLEMLER	Evet	9	1,60	108	2,00	92	2,10	71	<u>2,90</u>
	Hayır	548	98,40	5340	98,00	4248	97,90	2341	97,10
KANSIZLIK	Evet	57	10,30	429	7,90	321	7,40	255	<u>10,60</u>
	Hayır	499	89,70	5011	92,10	4018	92,60	2153	89,40
KAZA-SAKATLIK	Evet	7	1,30	91	1,70	66	1,50	31	1,30
	Hayır	550	98,70	5356	98,30	4275	98,50	2381	98,70
SİNÜZİT	Evet	52	9,30	436	8,00	338	7,80	193	8,00
	Hayır	505	90,70	5010	92,00	4002	92,20	2219	92,00
TIROID	Evet	10	1,80	142	2,60	172	4,00	154	<u>6,40</u>
	Hayır	547	98,20	5306	97,40	4167	96,00	2255	93,60
HEPATİT	Evet	5	0,90	70	1,30	79	1,80	45	<u>1,90</u>
	Hayır	552	99,10	5376	98,70	4258	98,20	2367	98,10

Genel olarak alkol kullanım durumları incelendiğinde; 14.447 kişiden 3516 kişinin (%24,3) alkoli dendiği sonucuna ulaşılmıştır. Düzenli olarak alkol kullananların oranı ise deneyenler içinde 610 (%17,3) kişidir. Düzenli alkol kullananlar bireylerin yaş dağılımı incelendiğinde 15-24 yaş arası bireylerin 32 (%5,2) kişi, 25-34 yaş arası bireylerin 104 (%17,0) kişi, 35-44 yaş arası bireylerin 113(%18,5) kişi, 45-54 yaş arası bireylerin 150 (%24,6) kişi, 55-64 yaş arası bireylerin 125(%20,5) kişi, 65-74 yaş arası bireylerin 59(%9,7) kişi, 75 yaş üzerindeki bireylerin 27(%4,4) kişi olduğu sonucuna varıldı. Alkol kullanımında cinsiyet bazında farklılıklar gözlenmiştir. Daha önce alkol denemiş bireyler içerisinde Kadınların %6,8'i düzenli olarak alkol tüketirken bu oran erkeklerde %20,5 dir. Alkol tüketimi ile medeni durum arasındaki ilişkiye bakıldığında evli bireylerin (%18,7), bekar (%11,5) ve dullara (%18,5) göre daha fazla oranda düzenli alkol kullandığı tespit edilmiştir. Alkol kullanımına başlama nedenleri incelendiğinde ise önem sırasında en önemli 2 neden Merak ve Özentidir.

Alkol tipleri incelendiğinde haftada tüketilen alkol miktarları genel olarak; Rakı için <7 bardak, şarap <4 kadeh, votka <4 bardak, bira <8 şişe, likör <2 bardak, Diğer sert içecekler <4 bardak şeklindeydi (miktarlar cevap verenlerin %70 ini kapsayacak şekilde belirlendi çok yüksek değerler bildiren az sayıda kullanıcı mevcuttur).

BKİ kategorileri ile düzenli alkol kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde oranların birbirine yakın oldukları fakat kullanım oranının en fazla obezlerde olduğu gözlenmiştir. Oranlar tablo 44’de sunulmuştur.

Tablo 44. Düzenli alkol kullanımı ve BKİ grupları

		BKİ kategorisi							
		Zayıf		Normal		Fazla Kilolu		Obez	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Düzenli Alkol kullanımı	Evet	13	15,4	232	16,5	233	17,9	113	19,4
	Hayır	81	84,6	1177	83,5	1072	82,1	470	80,6

“Alkole bağlı sağlık sorunu yaşadınız mı?” sorusuna cevap veren 628 kişiden 15’i (%2,4) sağlık sorunu yaşadığını dile getirmiştir. Alkol kullanan fakat bırakan bireylerin %99’u sağlığa zararlı olduğunu düşündüğü için bıraktığını dile getirmiştir. “İlk defa kaç yaşında alkol kullandınız?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde kadınlarda ortalama yaş 22,1 ve erkeklerde 19,4 olarak elde edilmiştir.

Tütün kullanımıyla ilgili değerlendirme yapıldığında, 14447 kişiden 6508’inin (%32,2) “hiç tütün kullandınız mı?” sorusuna olumlu cevap verdiği görülmüştür. Bu bireylerden 5097’si (%78,3) düzenli tütün kullanmaktadır. Ortalama ilk kez tütün kullanım yaşı $18,1 \pm 6,3$ ’dir. Tütün kullanımına başlama nedeni olarak ilk 3’te en yüksek oran Merak, daha sonra Özenti ve üçüncü sırada aile sorunlarıdır. Hangi tip tütün kullanıyorsunuz? Sorusunu yanıtlayan 3424 kişinin 3220’si (%94) paket sigara, 185’i (%5,4) sarma sigara kalan 19 kişi ise (%0,6) pipo, nargile ve diğer tütün mamullerini kullanmaktaydı. İçilen günlük ortalama sigara adedi $12,7 \pm 10,1$ iken kaç yıldır tütün kullanıyorsunuz sorusuna verilen cevap $19,1 \pm 12,8$ yıldır. “Son 30 gün içerisinde hangi sıklıkla sigara tükettiniz?” sorusuna 4056 kişiden 224’ü (%5,5) hiç içmedim, 118’i (%2,9)

haftada 1'den az içtim, 118'i (%2,9) günde 1'den az içtim, 638'i (%15,7) günde 1-5 adet içtim, 718'i (%17,7) günde 6-10 adet içtim, 1697'si (%41,8) günde 11-20 adet içtim ve 543'ü (%13,4) günde 20'den fazla içtim yanıtını vermiştir. Dumana maruz kalma durumu incelendiğinde çalışmaya katılan 14447 kişide dağılım Tablo 45'deki gibidir. Çalışmaya katılan 14447 kişiden 488'i (%2,4) son 1 yılda sigaraya bağlı olarak sağlık sorunu yaşadığını söylemiştir.

Tablo 45: Dumana maruz kalma durumu

		n	%
Ev İçerisinde	Hiç	10840	75
	1 saatten az (günde)	1747	12,1
	1-5 saat arası (günde)	1386	9,6
	5 saatten fazla (günde)	474	3,3
Kamusal Mekânlarda	Hiç	13973	96,7
	1 saatten az (günde)	361	2,5
	1-5 saat arası (günde)	95	0,7
	5 saatten fazla (günde)	18	0,1
Ulaşım Araçlarında	Hiç	14161	98,02
	1 saatten az (günde)	267	1,85
	1-5 saat arası (günde)	16	0,11
	5 saatten fazla (günde)	3	0,02

Paket uyarı yazısının etkili olup olmadığı ile ilgili yöneltilen soruya verilen yanıtlar tablo 46'da sunulmuştur.

Tablo 46: Paket uyarı yazısının etkili olup olmadığı ile ilgili görüşler

	n	%
Etkili olduğuna inanmıyorum.	4605	31,88
Hiçbir etkisinin olmadığını düşünüyorum.	8105	56,10
Hiç sigara paketi görmedim	98	0,68
Bilmiyorum	1634	11,31
Cevap vermek istemiyorum	5	0,03

Günlük bedensel faaliyetler kapsamında; orta düzeyli, ağır düzeyli faaliyetlerin ve 10dk yürüyüş faaliyetinin oranları incelenmiştir. Ağır faaliyet kapsamında aerobik, hızlı bisiklet sürme, tarlada çalışma, inşaatla çalışma, ağır yük kaldırma gibi faaliyetler bulunurken, orta düzeyli faaliyetler kapsamında tenis oynama, normal hızda bisiklet sürme, hafif yük taşıma gibi faaliyetler bulunmaktadır. Bu faaliyetler ve BKİ kategorileri incelendiğinde günde 10 dk yürüme ve Ağır düzeyli faaliyetlerde obez ve zayıflarda oranlar düşük çıkmıştır. Oranlar tablo 47’de görülmektedir.

Tablo 47. Fiziksel Aktivite ve BKİ grupları

		BKİ kategorisi							
		Zayıf		Normal		Fazla Kilolu		Obez	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ağır düzeyde faaliyet	Evet	57	10,5	699	13,2	620	14,5	304	12,9
	Hayır	487	89,5	4614	86,8	3645	85,5	2057	87,1
Orta düzeyde faaliyet	Evet	114	21,0	1332	25,4	1125	26,9	618	26,3
	Hayır	428	79,0	3921	74,6	3063	73,1	1734	73,7
10 dk yürüme	Evet	344	63,6	3495	66,8	2859	68,3	1489	64,0
	Hayır	197	36,4	1740	33,2	1330	31,7	836	36,0

Cinsiyete göre inceleme yapıldığında; günde 10 dk yürüme var yanıtı kadınlarda %60,6 iken erkeklerde %70,2 çıkmıştır. Ağır faaliyetler kapsamında inceleme yapıldığında benzer şekilde kadınlarda bu oran (%10,1) erkeklere göre (%17,7) düşük çıkmıştır. Orta düzeyli faaliyet oranları kadın ve erkeklerde birbirine çok benzerdi (K=%26,7, E=%23,6).

Yaş gruplarına göre fiziksel faaliyet değerlendirmesi yapılmış ve oranlar tablo 48’de sunulmuştur. Ağır düzeyde faaliyetlerin 25-34 ve 35-44 yaş gruplarında en yüksek orana sahip olduğu, orta düzeyde faaliyetlerin benzer şekilde 25-34 ve 35-44 yaş gruplarında yüksek orana sahip olduğu ve 10 dk. yürümenin 65 yaşın altındaki bireylerde benzer oranlarda olduğu söylenebilir.

Tablo 48: Fiziksel Aktivite ve yaş grupları

n (%)		Yaş grupları						
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Ağır düzeyde faaliyet	Evet	276 10,70	483 17,20	486 17,80	373 15,40	170 10,00	70 6,50	15 2,30
	Hayır	2306 89,30	2327 82,80	2237 82,20	2056 84,60	1537 90,00	1015 93,50	649 97,70
Orta düzeyde faaliyet	Evet	630 24,70	836 30,10	795 29,60	666 27,80	382 22,80	151 14,00	45 6,80
	Hayır	1922 75,30	1942 69,90	1887 70,40	1730 72,20	1295 77,20	925 86,00	616 93,20
10 dk yürüme	Evet	1752 69,30	1823 66,30	1764 65,50	1605 67,20	1108 66,10	589 55,30	270 40,80
	Hayır	776 30,70	926 33,70	930 34,50	784 32,80	567 33,90	477 44,70	392 59,20

Eğitim düzeylerine göre fiziksel aktiviteler değerlendirildiğinde, 10 dk. yürüyüş aktivitesi en az okuryazar olmayanlarda en fazla lise, yüksekokul, fakülte ve YL-Doktora mezunlarında gözlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça yürüyüş yapma oranları yükselmektedir. Okuma-yazma bilmeyenlerde bu oran %46,6, Bir okul bitirmeyenlerde %58,7, ilköğretim mezunlarında %66,9, lise ve dengi okullar %69,9, yüksekokul/fakülte veya yüksek lisans-doktora mezunlarında ise %69,1'dir. Ağır ve orta düzeyli faaliyetlerin oranı en yüksek ilköğretim mezunlarında bulunmuştur.

Medeni durum ele alındığında bekâr ve evli olanlar, dul bireylere göre daha yüksek fiziksel aktivite oranına sahiptir (tablo 49). Cinsiyet faktörünün bu medeni durum-aktivite oranlarında etki olabileceği düşünülmüş ve alt gruplarda da oranlara bakılmıştır. Kadın ve erkeklerde durumun aynı şekilde olduğu gözlenmiştir.

Tablo 49: Fiziksel Aktivite ve Medeni durum ilişkisi

n(%)	Medeni Durum		
	Bekâr Hiç evlenmemiş	Evli	Dul

Ağır düzeyde faaliyet	Evet	353(11,5)	1439(14,8)	81(6,6)
	Hayır	2712(88,5)	8271(85,2)	1144(93,4)
Orta düzeyde faaliyet	Evet	760(25,0)	2535(26,5)	210(17,4)
	Hayır	2286(75,0)	7033(73,5)	998(82,6)
10 dk. yürüme	Evet	2076(69,0)	6190(64,9)	645(53,3)
	Hayır	932(31,0)	3354(35,1)	566(46,7)

Fiziksel aktivite düzeyleri ile depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında 10 dk yürüyüş sorusuna evet cevabını verenlerin oranının en yüksek olduğu grup hiçbir zaman kendimi depresyonda hissetmedim diyenlerdir. Diğer aktiviteler için benzer şekilde hiçbir zaman kendimi depresyonda hissetmedim diyenlerin oranların evet daha yüksekken, her zaman kendimi depresyonda hissettim diyenlerde de aktivite oranları yüksek çıkmıştır (tablo 50).

Tablo 50: Fiziksel Aktivite ve Depresyon

n (%)		Depresyonda Hissetme				
		Her	Çoğu	Bazen	Çok	Hiçbir
Ağır düzeyde faaliyet	Evet	42 16,0	177 14,6	631 13,4	332 10,5	674 15,0
	Hayır	221 84,0	1034 85,4	4082 86,6	2822 89,5	3812 85,0
Orta düzeyde faaliyet	Evet	66 25,7	331 27,6	1026 22,0	703 22,7	1336 30,1
	Hayır	191 74,3	869 72,4	3628 78,0	2397 77,3	3105 69,9
10 dk. yürüme	Evet	173 66,5	720 59,3	2920 62,7	1922 62,6	3118 70,6
	Hayır	87 33,5	495 40,7	1737 37,3	1147 37,4	1297 29,4

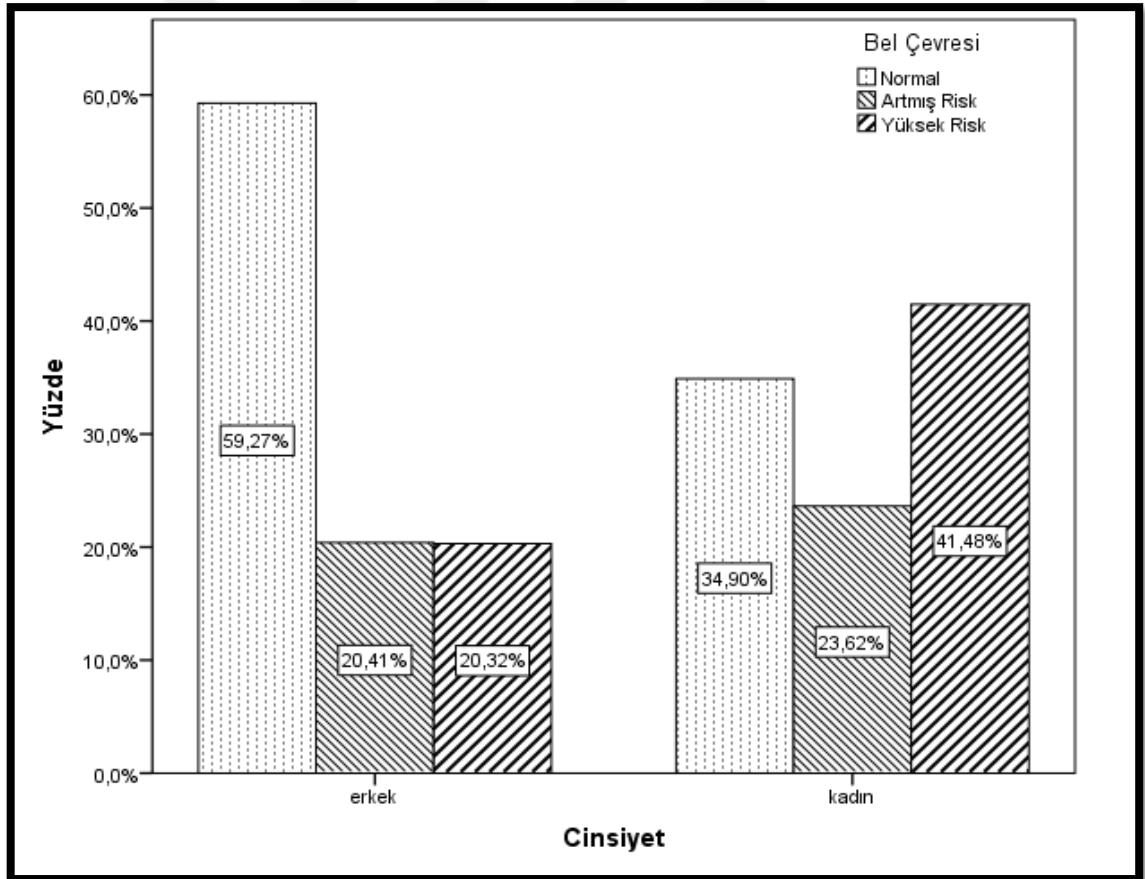
Bel çevresi ile ilgili değerlendirme yapıldığında bel çevresini bilmeyen veya söylemek istemeyen 8720 (%59,5) kişinin bilgisi kullanılamamıştır. Bel çevresi verisi olan 5934 kişide sınıflandırma yapılmış ve sonuçlar tablo 32'de sunulmuştur. Sınıflandırma yapılırken kadınlarda bel çevresi < 80 cm olanlar Normal, 80-87 cm arasında olanlar Artmış riskli, 88 ve üzeri olanlar ise yüksek riskli grupta yer almıştır.

Erkeklerde ise bel çevresi < 94 cm olanlar Normal, 94-101 cm arasında olanlar Artmış riskli, 102 ve üzeri olanlar ise yüksek riskli grupta yer almıştır. Cinsiyet bazında yapılan değerlendirmede erkeklerde risklerin kadınlara göre daha düşük olduğu görülmüştür (tablo 51, grafik 30).

Tablo 51: Cinsiyet ve Bel çevresi ilişkisi

	Cinsiyet	
	Erkek	Kadın
Normal	1879 59,3	1411 34,9
Artmış Risk	647 20,4	730 23,6
Yüksek Risk	644 20,3	1677 41,5

Grafik 30: Cinsiyete bazında bel çevresine göre oluşan riskler



4.3. 2012 Yılına Ait Bulgular

2012 yılında hane halkı anketine katılan 37979 bireyin 18015'i (%47,4) erkek, 19964'ü (%52,6) kadındı. Aynı yılda ankete katılan bireylerde ikamet yeri Kent olan 27901 kişi (73,5), ikamet yeri kırsal bölge olan 10078 (%26,5) kişi vardı. Yaş gruplarına bakıldığında çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı tablo 52'de sunulmuştur.

Tablo 52: 2012 yılında TSA'ya katılan bireylerin yaş dağılımı

Yaş grupları	n	(%)
0-6	4150	10,9
7-14	5774	15,2
15-24	5119	13,5
25-34	5605	14,8
35-44	5555	14,6
45-54	4921	13
55-64	3459	9,1
65-74	2116	5,6
75+	1280	3,4
Toplam	37979	100

Çalışmaya katılan bireylerin doğum yerleri incelendiğinde %98,8' sinin Türkiye'de doğduğu kalan %1,2'lik oranın %0,9'luk kısmının ise herhangi bir AB ülkesinde doğduğu sonucuna varılmıştır.

Önemli bir kriter olan sağlık giderleri ile ilgili "Tedavi masraflarınız aşağıdakilerden hangisi tarafından karşılanıyor?" sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde masrafların karşılanma yüzdeleri tablo 53'de sunulmuştur. Çalışmaya katılan 313 birey birden çok seçenek işaretlemiştir.

Tablo 53: TSA 2012'de sağlık harcamalarının karşılanma şekilleri

Masrafların Karşılanma Şekilleri	n	(%)
SGK	31198	81,47
Yeşil Kart	4134	10,80
Özel Sağlık Sigortası	366	0,96
Özel Sandık	116	0,30
Kendisi	1483	3,87

Diğer	995	2,60
Toplam	38292	100,0

Eğitim durumu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde 34511 kişinin cevaplama yaptığı görülmüştür, bu soru 6 yaş ve üzerine uygulandığı için eksiklikler normaldir. Eğitim durumu ile ilgili dağılım tablo 54’de sunulmuştur.

Tablo 54: TSA 2012’ye katılanların eğitim durumları

Eğitim Durumu	n	(%)
Okuma-yazma bilmeyen	3671	10,6
Bir okul bitirmedi	7160	20,7
İlköğretim	15372	44,4
Lise ve dengi okullar	4937	14,3
Yüksekokul/Fakülte/Yüksek lisans/Doktora	3371	9,8
Toplam	34511	100

Bireylerin medeni durumlarını belirlerken 15 yaş altına bu soru yöneltilmemiştir. Alınan yanıtlarda 6403 kişinin (%22,8) Hiç evlenmemiş - Bekâr, 19220 kişinin (%68,5) evli ve 2432 kişinin (%6,4) Dul - Boşanmış olduğu görüldü. Benzer şekilde çalışma durumu da 15 yaş üzeri bireylere soruldu ve bireylerden 10445’i (%37,2) çalışmakta, 17610’ı (%62,8) ise çalışmamaktaydı.

Hane toplam geliri ile ilgili dağılım tablo 55’de sunulmuştur. Gelir düzeyini belirtmek istemeyen 460 birey bulunmaktadır.

Tablo 55. TSA 2012’ye katılanların hane halkı gelir durumları

Gelir Durumu	n	(%)
< 500 YTL	3581	19,2
501 - 900 YTL	9724	31,9
901 - 1300 YTL	7168	16,5
1301- 2300 YTL	10541	21,2
2301 YTL'den fazla	6505	10,3
Cevap vermek istemiyorum	460	1,2
Toplam	37979	100

Çalışmanın en önemli noktalarından biri olan obezite ile ilgili değerlendirme yapabilmek için boy ve kilo ölçümleri kullanılarak Beden Kitle İndeksleri (BKİ) hesaplanmıştır. Bu hesaplama gerçekleştirilirken boyu ve kilosu aynı anda olmayan bireyler için hesaplama gerçekleştirilememiştir. Boyunu söylemek istemeyen veya bilmeyen 2113 kişi, kilosunu bilmeyen veya söylemeyen 1320 kişi bulunmaktadır. Ayrıca benzer şekilde 15 yaşın altındaki katılımcılarda boy kilo değerlerine ilişkin bilgiler olmadığından bu grupta da BKİ hesaplaması yapılamamıştır. BKİ ile ilgili dağılım tablo 56'da sunulmuştur.

Tablo 56. TSA 2012'ye katılanların BKİ sınıfları

BKİ sınıfları	n	(%)
Zayıf (<18,50)	951	3,7
Normal (18,5-24,99)	10628	41,4
Fazla kilolu (25,0-29,99)	9224	35,9
Obez (≥30)	4871	19,0
Toplam	25674	100

Cinsiyet bazında obezite oranları hesaplanmış ve tablo 57'de bu oranlar sunulmuştur. Normal BKİ değerlerine bakıldığında kadınlarda ve erkeklerde yüzdelerin benzer olduğu söylenebilir. Erkeklerde fazla kilolu birey oranı kadınlardan daha yüksek iken kadınlarda obez bireylerin oranı erkeklere göre daha yüksektir.

Tablo 57. TSA 2012'ye katılanlarda Cinsiyet bazında BKİ sınıfları

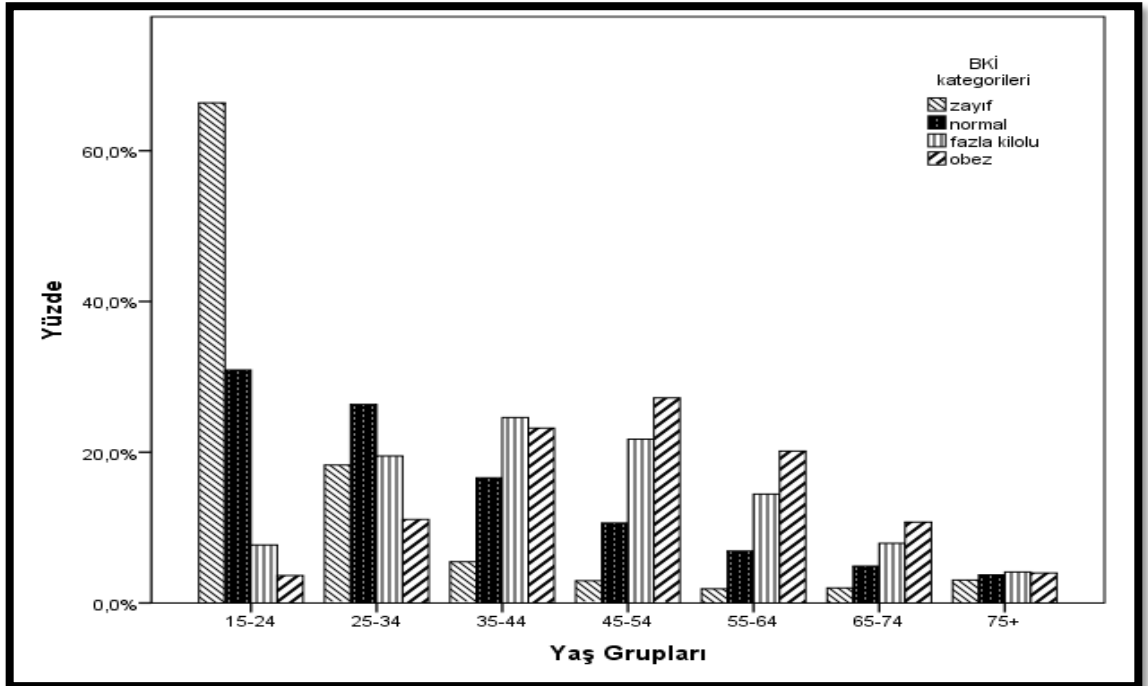
		Cinsiyet			
		Erkek		Kadın	
		n	%	n	%
BKİ kategorileri	Zayıf (<18,50)	305	2,5	646	4,8
	Normal (18,5-24,99)	5147	42,0	5481	40,9
	Fazla kilolu (25,0-29,99)	4950	40,3	4274	31,9
	Obez (≥30)	1867	15,2	3004	22,4
	Toplam	12269	100	13405	100

BKİ oranlarının yaşlara göre dağılımı hesaplanmış tablo 58’de sunulmuştur ve grafik 31’de bu oranlar görselleştirilmiştir (sıra bazında %100). Zayıfların oranına bakıldığında bu oranın 15-24 yaş grubunda en yüksek olduğu ve yaş ilerledikçe zayıflık oranlarının azaldığı görülmüştür. Normal BKİ kategorisinde bulunan bireyler incelendiğinde benzer şekilde 15-24 arasında en yüksek orana sahip olduğu ve yaş ilerledikçe oranın azaldığı görülebilmektedir. Fazla kilolu bireylerin oranlarının yaşa göre dağılımına bakıldığında, bireylerin oranları 45 yaşına kadar artmış 45 yaşından sonra tekrar azalmaya başlamıştır. Obezlerde bu durum 55 yaşta benzer şekildedir.

Tablo 58: TSA 2012’ye katılanlarda BKİ’nin yaşa göre dağılımı

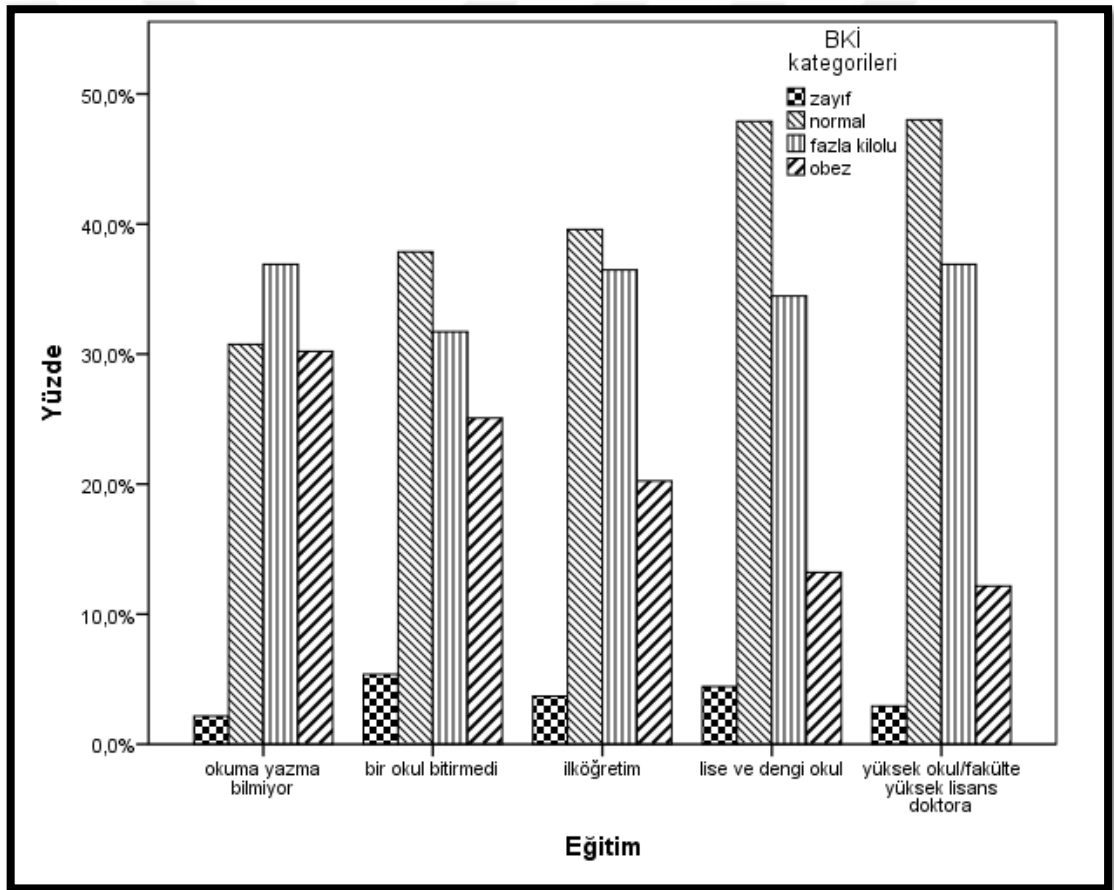
BKİ kategorisi/ Yaş grupları n	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Toplam
Zayıf	631 66,40	174 18,30	52 5,50	28 2,90	18 1,90	19 2,00	29 3,00	951 100,00
Normal	3286 30,90	2799 26,30	1766 16,60	1129 10,60	732 6,90	519 4,90	397 3,70	10628 100,00
Fazla Kilolu	710 7,70	1798 19,50	2269 24,60	2004 21,70	1332 14,40	731 7,90	380 4,10	9224 100,00
Obez	177 3,60	540 11,10	1130 23,20	1325 27,20	982 20,20	523 10,70	194 4,00	4871 100,00

Grafik 31: BKİ’nin yaş gruplarına göre dağılımları



BKİ oranlarının eğitim durumuna göre dağılımı grafik 32’de görselleştirilmiştir (her eğitim kategorisi kendi içerisinde toplam %100’ü oluşturmaktadır). Obezite oranlarının en yüksek çıktığı gruplar; okuma yazma bilmeyenler, bir okul bitirmeyenler ve ilkokul mezunu olanlardır. Eğitim düzeyi arttıkça obezite oranları azalmaktadır. Lise veya dengi okul, yüksekokul/ fakülte veya yüksek lisans veya doktora mezunlarında normal BKİ değerlerine sahip olanların oranı en yüksektir. Yüksekokul/ fakülte veya yüksek lisans/doktora mezunu olanlar en yüksek fazla kilolu oranına sahip olanlardır. Fakat bu grupta obezlik oranı okuma yazma bilmeyenler, bir okul bitirmeyenler ve ilkokul mezunu olanlara göre daha düşüktür.

Grafik 32: BKİ’nin eğitim durumlarına göre dağılımları



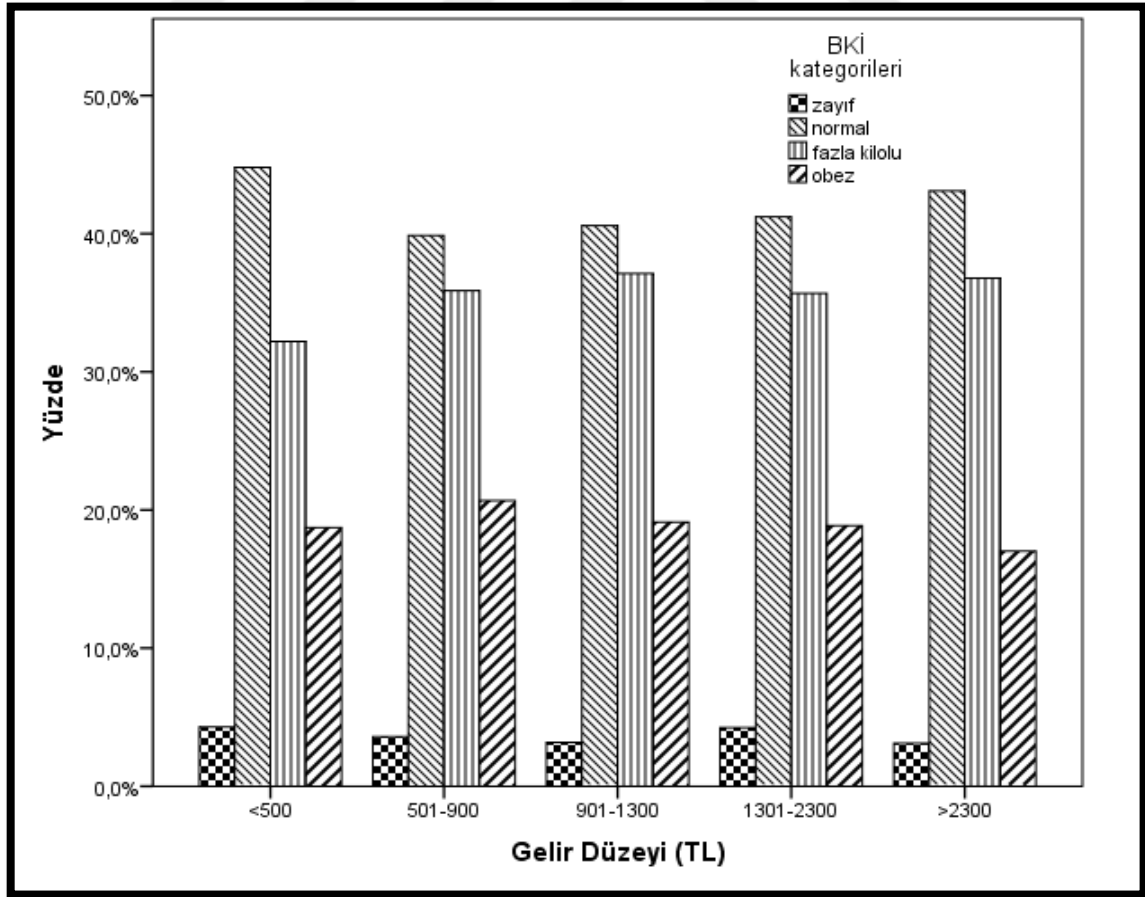
BKİ oranlarının gelir durumuna göre dağılımı grafik 33’de görselleştirilmiştir (her gelir kategorisi kendi içerisinde toplam %100’ü oluşturmaktadır). Gelir durumlarına göre BKİ kategorilerinde farklılıklar düşük miktardadır. Görselleştirilen oranların dağılımı

sayısal olarak da oranlar tablo 59’da sunulmuştur. Gelir durumu yüksek olanlarda obezite oranlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Tablo 59: TSA 2012’ye katılanlarda gelir durumu bazında BKİ dağılımı

		Gelir düzeyi									
		<500		501-900		901-1300		1301-2300		>2300	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BKİ kategorileri	Zayıf (<18,50)	86	4,30	221	3,60	149	3,20	324	4,20	152	3,10
	Normal (18,5-24,99)	900	44,80	2453	39,90	1902	40,60	3154	41,20	2105	43,10
	Fazla kilolu (25,0-29,99)	647	32,20	2207	35,90	1739	37,10	2730	35,70	1796	36,80
	Obez (≥30)	376	18,70	1272	20,70	896	19,10	1444	18,90	831	17,00
	Toplam	2009	100,0	6153	100,0	4686	100,0	7652	100,0	4884	100,0

Grafik 33: BKİ’nin gelir durumuna göre dağılımı



Kronik hastalıklar incelendiğinde; Astım, Bronşit, Obstruktif Enfarktüs, Koroner Kalp, Kalp, Hipertansiyon, İnme-Felç, Arthrosis, Romatizmal-Eklem, Bel Bölge, Boyun Bölge, Şeker Hastalığı, Alerji, Ülser, Karaciğer Yetmezliği, Kanser, Migren, İdrar Kaçırma, Kaygı, Depresyon, Diğer Ruhsal Problemler, Sinüzit gibi hastalıkların hepsinde hastalık varlığı obezlerde en yüksek oranlarda çıkmıştır. Kronik hastalıklardan sadece kaza-sakatlık obezlerde de diğer gruplarla benzer oranda görülmektedir. Kansızlık ise zayıflarda ve obezlerde diğer 2 gruba göre daha yüksek orandadır. BKİ artışı hastalığa sahip olma oranını arttırmaktadır. Kronik hastalıkların görülme sıklıkları Obezlerden sonra Fazla kilolularda yüksek oranlara sahiptir. Oranlar detaylı olarak tablo 60'da sunulmuştur. Tablo 60'ı okurken satır bazında değerlendirme yapılabilir (Örneğin; bireylerin astım hastalığına sahip olma oranları zayıflarda %4,0, normal grupta %3,6, fazla kilolularda %5,1, obezlerde %9,6).

Tablo 60: TSA 2012'de Kronik Hastalıklar ve BKİ grupları

		BKİ kategorisi							
		Zayıf		Normal		Fazla Kilolu		Obez	
		n	%	n	%	n	%	n	%
ASTİM	Evet	38	4,00	386	3,60	474	5,10	469	9,60
	Hayır	913	96,00	10240	96,40	8748	94,90	4401	90,40
KRONİK BRONSİT	Evet	25	2,60	250	2,40	296	3,20	213	4,40
	Hayır	926	97,40	10377	97,60	8927	96,80	4658	95,60
ENFARKTUS	Evet	2	0,20	76	0,70	96	1,00	97	2,00
	Hayır	949	99,80	10552	99,30	9128	99,00	4774	98,00
KORONER KALP	Evet	17	1,80	338	3,20	458	5,00	406	8,30
	Hayır	934	98,20	10289	96,80	8765	95,00	4465	91,70
KALP	Evet	4	0,40	92	0,90	128	1,40	129	2,60
	Hayır	947	99,60	10534	99,10	9094	98,60	4739	97,40
HIPERTANSİYON	Evet	27	2,80	747	7,00	1489	16,10	1500	30,80
	Hayır	923	97,20	9879	93,00	7731	83,90	3371	69,20
İNME FELC	Evet	8	0,80	91	0,90	95	1,00	69	1,40
	Hayır	943	99,20	10537	99,10	9128	99,00	4802	98,60
ARTHROSİS	Evet	15	1,60	374	3,50	608	6,60	737	15,10
	Hayır	936	98,40	10251	96,50	8614	93,40	4133	84,90
ROMATİZMAL EKLEM	Evet	48	5,00	550	5,20	890	9,70	862	17,70
	Hayır	903	95,00	10076	94,80	8330	90,30	4005	82,30
BEL BOLGE	Evet	46	4,80	955	9,00	1334	14,50	1026	21,10
	Hayır	904	95,20	9672	91,00	7890	85,50	3845	78,90
BOYUN BOLGE	Evet	30	3,20	466	4,40	636	6,90	517	10,60
	Hayır	921	96,80	10162	95,60	8587	93,10	4353	89,40
SEKER HAST.	Evet	15	1,60	347	3,30	784	8,50	833	17,10

	Hayır	935	98,40	10281	96,70	8439	91,50	4037	82,90
ALERJİ	Evet	29	3,00	371	3,50	370	4,00	257	5,30
	Hayır	922	97,00	10257	96,50	8853	96,00	4614	94,70
MİDE ULSERİ	Evet	41	4,30	647	6,10	786	8,50	565	11,60
	Hayır	910	95,70	9980	93,90	8434	91,50	4304	88,40
BAGIRSAK ULSERİ	Evet	4	0,40	74	0,70	75	0,80	57	1,20
	Hayır	947	99,60	10553	99,30	9148	99,20	4811	98,80
KARACİGER YETMEZLİĞİ	Evet	1	0,10	24	0,20	39	0,40	42	0,90
	Hayır	950	99,90	10604	99,80	9184	99,60	4827	99,10
KANSER	Evet	5	0,50	77	0,70	66	0,70	43	0,90
	Hayır	946	99,50	10551	99,30	9158	99,30	4828	99,10
MİGREN	Evet	39	4,10	498	4,70	500	5,40	312	6,40
	Hayır	912	95,90	10129	95,30	8723	94,60	4559	93,60
IDRAR KACIRMA	Evet	9	0,90	142	1,30	220	2,40	237	4,90
	Hayır	942	99,10	10486	98,70	9002	97,60	4634	95,10
KRONİK KAYGI	Evet	2	0,20	50	0,50	70	0,80	46	0,90
	Hayır	948	99,80	10577	99,50	9154	99,20	4825	99,10
DEPRESYON	Evet	16	1,70	171	1,60	216	2,30	184	3,80
	Hayır	935	98,30	10457	98,40	9006	97,70	4687	96,20
DİĞER RUHSAL PROBLEMLER	Evet	18	1,90	149	1,40	168	1,80	119	2,40
	Hayır	933	98,10	10479	98,60	9054	98,20	4751	97,60
KANSIZLIK	Evet	76	8,00	595	5,60	457	5,00	357	7,30
	Hayır	875	92,00	10032	94,40	8763	95,00	4510	92,70
KAZA-SAKATLIK	Evet	9	0,90	67	0,60	86	0,90	46	0,90
	Hayır	942	99,10	10561	99,40	9137	99,10	4825	99,10
SİNÜZİT	Evet	41	4,30	552	5,20	496	5,40	285	5,90
	Hayır	910	95,70	10073	94,80	8727	94,60	4586	94,10
TIROID	Evet	22	2,30	269	2,50	357	3,90	321	6,60
	Hayır	929	97,70	10358	97,50	8865	96,10	4550	93,40
HEPATİT	Evet	2	0,20	91	0,90	98	1,10	50	1,00
	Hayır	949	99,80	10536	99,10	9125	98,90	4819	99,00

Genel olarak alkol kullanım durumları incelendiğinde; 28056 kişiden 5712 kişinin (%20,4) alkölü denediği sonucuna ulaşılmıştır. Düzenli olarak alkol kullananların oranı ise deneyenler içinde 765 (%13,4) kişidir. Düzenli alkol kullananlar bireylerin yaş dağılımı incelendiğinde 15-24 yaş arası bireylerin 48 (%6,3) kişi, 25-34 yaş arası bireylerin 140 (%18,3) kişi, 35-44 yaş arası bireylerin 143 (%18,7) kişi, 45-54 yaş arası bireylerin 182 (%23,8) kişi, 55-64 yaş arası bireylerin 156(%20,4) kişi, 65-74 yaş arası bireylerin 72(%9,4) kişi, 75 yaş üzerindeki bireylerin 24(%3,1) kişi olduğu sonucuna varıldı. Alkol kullanımında cinsiyet bazında farklılıklar gözlenmiştir. Daha önce alköl denemiş bireyler içerisinde Kadınların %3,6'sı düzenli olarak alkol tüketirken bu oran

erkeklerde %16,3 dür. Alkol tüketimi ile medeni durum arasındaki ilişkiye bakıldığında bekar bireylerin (%11,0), evli (%13,8) ve dullara (%15,7) göre daha düşük oranda düzenli alkol kullandığı tespit edilmiştir. Alkol kullanımına başlama nedenleri incelendiğinde ise önem sırasında en önemli 2 neden Merak ve Özentidir.

Alkol tipleri incelendiğinde haftada tüketilen alkol miktarları genel olarak; Rakı için <8 bardak, şarap <6 kadeh, votka <5 bardak, bira <8 şişe, likör <2 bardak, Diğer sert içecekler <7 bardak şeklindeydi (miktarlar cevap verenlerin %70 ini kapsayacak şekilde belirlendi çok yüksek değerler bildiren az sayıda kullanıcı mevcuttur).

BKİ kategorileri ile düzenli alkol kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde oranların birbirine yakın oldukları fakat kullanım oranının en fazla obezlerde olduğu gözlenmiştir. Oranlar tablo 61’de sunulmuştur.

Tablo 61: Düzenli alkol kullanımı ve BKİ grupları

		BKİ kategorisi							
		Zayıf		Normal		Fazla Kilolu		Obez	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Düzenli Alkol kullanımı	Evet	11	8,0	300	13,3	298	13,7	134	<u>14,0</u>
	Hayır	127	92,0	1964	86,7	1872	86,3	826	86,0

“Alkole bağlı sağlık sorunu yaşadınız mı?” sorusuna cevap veren 975 kişiden 30’u (%3,1) sağlık sorunu yaşadığını dile getirmiştir. “İlk defa kaç yaşında alkol kullandınız?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde kadınlarda ortalama yaş 21,6 ve erkeklerde 19,5 olarak elde edilmiştir.

Tütün kullanımıyla ilgili değerlendirme yapıldığında, 28056 kişiden 11576’sinin (%41.3) “hiç tütün kullandınız mı?” sorusuna olumlu cevap verdiği görülmüştür. Bu bireylerden 9492’si (%82,0) düzenli tütün kullanmaktadır. Ortalama ilk kez tütün kullanım yaşı $17,7 \pm 5,5$ ’dir. Tütün kullanımına başlama nedeni olarak ilk 3’te en yüksek oran merak, daha sonra özentisi ve üçüncü sırada aile sorunlarıdır. Hangi tip tütün kullanıyorsunuz? sorusunu yanıtlayan 6375 kişinin 6102’si (%95,7) paket sigara, 238’i (%3,7) sarma sigara kalan 35 kişi ise (%0,6) puro, pipo, nargile ve diğer tütün mamullerini kullanmaktaydı. İçilen günlük ortalama sigara adedi $12,7 \pm 10,1$ iken kaç

yıldır tütün kullanıyorsunuz sorusuna verilen cevap $12,0 \pm 10,3$ yıldır. “Son 30 gün içerisinde hangi sıklıkla sigara tükettiniz?” sorusuna 7297 kişiden 347’si (%4,8) hiç içmedim, 164’ü (%2,2) haftada 1’den az içtim, 193’ü (%2,6) günde 1’den az içtim, 989’u (%13,6) günde 1-5 adet içtim, 1803’ü (%24,7) günde 6-10 adet içtim, 2829’u (%38,8) günde 11-20 adet içtim ve 972’si (%13,3) günde 20’den fazla içtim yanıtını vermiştir. Dumana maruz kalma durumu incelendiğinde soruya cevap veren 28056 kişide dağılım tablo 62’deki gibidir. Soruya cevap veren 28056 kişiden 960’ı (%2,5) son 1 yılda sigaraya bağlı olarak sağlık sorunu yaşadığını söylemiştir.

Tablo 62: Dumana maruz kalma durumu

		n	%
Ev İçerisinde	Hiç	21879	78,0
	1 saatten az (günde)	2831	10,0
	1-5 saat arası (günde)	2599	9,3
	5 saatten fazla (günde)	747	2,7
Kamusal Mekânlarda	Hiç	26946	96
	1 saatten az (günde)	855	3
	1-5 saat arası (günde)	220	0,9
	5 saatten fazla (günde)	35	0,1
Ulaşım Araçlarında	Hiç	27474	97,9
	1 saatten az (günde)	516	1,8
	1-5 saat arası (günde)	57	0,2
	5 saatten fazla (günde)	9	0,1

Paket uyarı yazısının etkili olup olmadığı ile ilgili yöneltilen soruya verilen yanıtlar tablo 63’de sunulmuştur.

Tablo 63: Paket uyarı yazısının etkili olup olmadığı ile ilgili görüşler

	n	%
Etkili olduğuna inanıyorum.	11650	41,52
Hiçbir etkisinin olmadığını düşünüyorum.	14204	50,63
Hiç sigara paketi görmedim	423	1,51
Bilmiyorum	1771	6,31
Cevap vermek istemiyorum	8	0,03

Günlük bedensel faaliyetler kapsamında; orta düzeyli, ağır düzeyli faaliyetlerin ve 10 dk. yürüyüş faaliyetinin oranları incelenmiştir. Ağır faaliyet kapsamında aerobik, hızlı bisiklet sürme, tarlada çalışma, inşaatta çalışma, ağır yük kaldırma gibi faaliyetler bulunurken, orta düzeyli faaliyetler kapsamında tenis oynama, normal hızda bisiklet sürme, hafif yük taşıma gibi faaliyetler bulunmaktadır. Bu faaliyetler ve BKİ kategorileri incelendiğinde genel olarak zayıflarda tüm aktivite düzeyleri diğer gruplara göre düşükken, günde 10 dk. yürüme obezlerde en düşük orana sahiptir. Oranlar tablo 64'de görülmektedir.

Tablo 64: Fiziksel Aktivite ve BKİ grupları

		BKİ kategorisi							
		Zayıf		Normal		Fazla Kilolu		Obez	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ağır düzeyde faaliyet	Evet	46	4,9	1025	9,8	910	10,0	407	8,5
	Hayır	890	95,1	9432	90,2	8189	90,0	4394	91,5
Orta düzeyde faaliyet	Evet	141	15,2	2185	21,1	2062	22,9	1046	22,0
	Hayır	788	84,8	8174	78,9	6942	77,1	3708	78,0
10 dk yürüme	Evet	523	61,4	6379	61,4	5572	61,8	2751	57,4
	Hayır	400	38,6	4004	38,6	3438	38,2	2038	42,6

Cinsiyete göre inceleme yapıldığında; günde 10 dk yürüme var yanıtı kadınlarda %55,8 iken erkeklerde %63,4 çıkmıştır. Ağır faaliyetler kapsamında inceleme yapıldığında benzer şekilde kadınlarda bu oran (%5,7) erkeklere göre (%13,4) düşük çıkmıştır. Orta düzeyli faaliyet oranları kadın ve erkeklerde birbirine çok benzerdi (K=%21,9; E=%21,1).

Yaş gruplarına göre fiziksel faaliyet değerlendirilmesi yapılmış ve oranlar tablo 65'de sunulmuştur. Ağır düzeyde faaliyetlerin 25-34 ve 35-44 yaş gruplarında en yüksek orana sahip olduğu, orta düzeyde faaliyetlerin benzer şekilde 25-34 ve 35-44 yaş gruplarında yüksek orana sahip olduğu ve 10 dk. yürümenin 65 yaşın altındaki bireylerde benzer oranlarda olduğu söylenebilir.

Tablo 65: Fiziksel Aktivite ve yaş grupları

n (%)		Yaş grupları						
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Ağır düzeyde faaliyet	Evet	373 7,40	666 12,10	681 12,50	520 10,70	223 6,60	67 3,20	19 1,50
	Hayır	4645 92,60	4838 87,90	4762 87,50	4318 89,30	3168 93,40	2023 96,80	1245 98,50
Orta düzeyde faaliyet	Evet	850 17,10	1414 26,10	1460 27,10	1158 24,10	664 19,70	241 11,70	80 6,40
	Hayır	4113 82,90	4002 73,90	3928 72,90	3638 75,90	2707 80,30	1824 88,30	1177 93,60
10 dk. yürüme	Evet	3046 61,30	3300 60,60	3259 60,30	3023 63,00	2025 60,20	1085 52,80	440 35,20
	Hayır	1923 38,70	2147 39,40	2143 39,70	1777 37,00	1339 39,80	971 47,20	810 64,80

Eğitim düzeylerine göre fiziksel aktiviteler değerlendirildiğinde, 10 dk yürüyüş aktivitesi en az okuryazar olmayanlarda en fazla yüksekokul, fakülte ve YL-Doktora mezunlarında gözlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça yürüyüş yapma oranları yükselmektedir. Okuma-yazma bilmeyenlerde bu oran %37,6, Bir okul bitirmeyenlerde %49,9 ilköğretim mezunlarında %60,2, Lise ve dengi okullar %65,3, Yüksekokul/Fakülte veya Yüksek lisans/doktora mezunlarında ise %69,2'dir. Ağır ve orta düzeyli faaliyetlerin oranı en yüksek ilköğretim mezunlarında bulunmuştur.

Medeni durum ele alındığında bekâr ve evli olanlar, dul bireylere göre daha yüksek fiziksel aktivite oranına sahiptir (tablo 66). Cinsiyet faktörünün bu medeni durum-aktivite oranlarında etki olabileceği düşünülmüş ve alt gruplarda da oranlara bakılmıştır. Kadın ve erkeklerde durumun aynı şekilde olduğu gözlenmiştir.

Tablo 66: Fiziksel Aktivite ve Medeni durum ilişkisi

n(%)	Medeni Durum		
	Bekâr Hiç evlenmemiş	Evli	Dul

Ağır düzeyde faaliyet	Evet	516(8,2)	1916(10,2)	117(4,9)
	Hayır	5766(91,8)	16959(89,8)	2274(95,1)
Orta düzeyde faaliyet	Evet	1133(18,2)	4384(23,5)	350(14,8)
	Hayır	5088(81,8)	14283(76,5)	2018(85,2)
10 dk. yürüme	Evet	3860(62,2)	11182(59,7)	1136(48,0)
	Hayır	2345(37,8)	7535(40,3)	1230(52,0)

Fiziksel aktivite düzeyleri ile depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında 10 dk. yürüyüş sorusuna evet cevabını verenlerin oranının en yüksek olduğu grup hiçbir zaman kendimi depresyonda hissetmedim diyenlerdir. Diğer aktiviteler için benzer şekilde hiçbir zaman kendimi depresyonda hissetmedim diyenlerin oranlarında evet daha yüksekken, her zaman kendimi depresyonda hissettim diyenlerde de aktivite oranları yüksek çıkmıştır (tablo 67).

Tablo 67: Fiziksel Aktivite ve Depresyon

n (%)		Depresyonda Hissetme				
		Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Çok az	Hiçbir zaman
Ağır düzeyde faaliyet	Evet	43 10,70	160 10,10	630 8,30	592 7,50	1104 11,30
	Hayır	358 89,30	1430 89,90	6973 91,70	7339 92,50	8643 88,70
Orta düzeyde faaliyet	Evet	84 20,80	315 20,10	1500 19,90	1622 20,70	2283 23,60
	Hayır	319 79,20	1253 79,90	6036 80,10	6200 79,30	7375 76,40
10 dk. yürüme	Evet	205 51,20	870 55,10	4123 55,10	4522 57,60	6351 65,50
	Hayır	195 48,80	708 44,90	3365 44,90	3331 42,40	3351 34,50

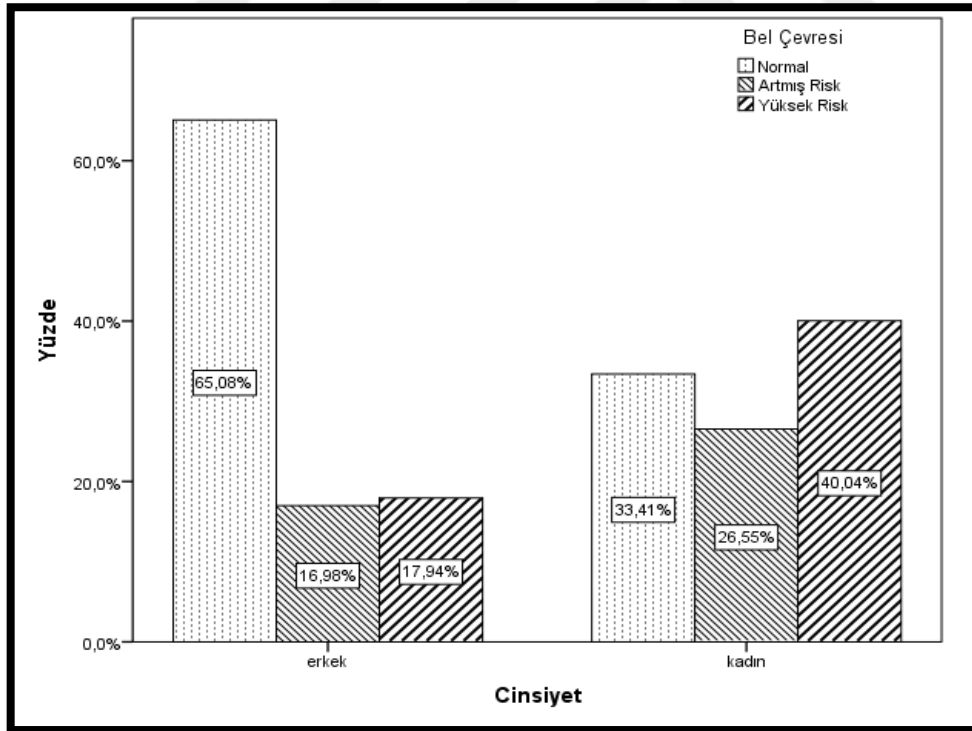
Bel çevresi ile ilgili değerlendirme yapıldığında bel çevresini bilmeyen veya söylemek istemeyen 12535 (%44,6) kişinin bilgisi kullanılamamıştır. Bel çevresi verisi olan 15521 kişide sınıflandırma yapılmış ve sonuçlar tablo 68'de sunulmuştur. Sınıflandırma yapılırken kadınlarda bel çevresi < 80 cm olanlar Normal, 80-87 cm

arasında olanlar Artmış riskli, 88 ve üzeri olanlar ise yüksek riskli grupta yer almıştır. Erkeklerde ise bel çevresi < 94 cm olanlar Normal, 94-101 cm arasında olanlar Artmış riskli, 102 ve üzeri olanlar ise yüksek riskli grupta yer almıştır. Cinsiyet bazında yapılan değerlendirmede erkeklerde risklerin kadınlara göre daha düşük olduğu görülmüştür (tablo 68, grafik 34).

Tablo 68: Cinsiyet ve Bel çevresi ilişkisi

	Cinsiyet	
	Erkek	Kadın
Normal	4677 65,1	2785 33,4
Artmış Risk	1220 17,0	2213 26,6
Yüksek Risk	1289 17,9	3337 40,0

Grafik 34: Cinsiyet bazında bel çevresine göre oluşan riskler



4.4. 2014 Yılına Ait Bulgular

2014 yılında hane halkı anketine katılan 26075 bireyin 12276'sı (%47,1) erkek, 13799'u (%52,9) kadındı. Yaş gruplarına bakıldığında çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı tablo 69'da sunulmuştur.

Tablo 69: 2014 yılında TSA'ya katılan bireylerin yaş dağılımı

Yaş grupları	n	(%)
0-6	3025	11,6
7-14	3921	15
15-24	3388	13
25-34	3661	14
35-44	3768	14,5
45-54	3332	12,8
55-64	2555	9,8
65-74	1498	5,7
75+	927	3,6
Toplam	26075	100

Çalışmaya katılan bireylerin doğum yerleri incelendiğinde %98,4'ünün Türkiye'de doğduğu kalan %1,6'lık oranın %0,9'luk kısmının ise herhangi bir AB ülkesinde doğduğu sonucuna varılmıştır.

Önemli bir kriter olan sağlık giderleri ile ilgili "Tedavi masraflarınız aşağıdakilerden hangisi tarafından karşılanıyor?" sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde masrafların karşılanma yüzdeleri tablo 70'de sunulmuştur.

Tablo 70: TSA 2014'de sağlık harcamalarının karşılanma şekilleri

Masrafların Karşılama Şekilleri	n	(%)
SGK	20884	61,6
Yeşil Kart	2434	7,2
GSS	1113	3,3
Özel Sağlık Sigortası	474	1,4
Özel Sandık	127	0,4
Kendisi	6516	19,2
Diğer	701	2,1
Sağlık güvencesi yok	1644	4,9
Toplam	33893	100,0

Eğitim durumu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde 23509 kişinin cevaplama yaptığı görülmüştür, bu soru 6 yaş ve üzerine uygulandığı için eksiklikler normaldir. Eğitim durumu ile ilgili dağılış tablo 71’de sunulmuştur.

Tablo 71: TSA 2014’e katılanların eğitim durumları

Eğitim Durumu	n	(%)
Okuma-yazma bilmeyen	2229	9,5
Bir okul bitirmedi	3090	13,1
İlköğretim	12227	52
Lise ve dengi okullar	3362	14,3
Yüksekokul/Fakülte/Yüksek lisans/Doktora	2601	11,1
Toplam	23509	100

Bireylerin medeni durumlarını belirlerken 15 yaş altına bu soru yöneltilmemiştir. Alman yanıtlarda 4153 kişinin (%21,7) Hiç evlenmemiş - Bekâr, 13161 kişinin (%68,8) evli ve 1815 kişinin (%9,5) Dul - Boşanmış olduğu grld. Benzer şekilde çalışma durumu da 15 yaş üzeri bireylere soruldu ve bireylerden 7415’i (%38,8) alışmakta, 11549’u (%60,4) ise çalışmamaktaydı, 165 kişi (%0,8) ise son 1 haftada hiç çalışma mış fakat içi ile ilgisi devam ediyordu. Hane toplam geliri ile ilgili dağılım tablo 72’de sunulmuştur.

Tablo 72: TSA 2014’e katılanların hane halkı gelir durumları

Gelir Durumu	n	(%)
<1081	8470	32,5
1081-1550	5288	20,3
1551-2170	4184	16,0
2171-3180	4265	16,4
>3181	3868	14,8
Toplam	26075	100,0

Çalışmanın en önemli noktalarından biri olan obezite ile ilgili değerlendirme yapabilmek için boy ve kilo ölçümleri kullanılarak Beden Kitle İndeksleri (BKİ) hesaplanmıştır. Bu hesaplama gerçekleştirilirken boyu ve kilosu aynı anda olmayan bireyler için hesaplama gerçekleştirilememiştir. Ayrıca benzer şekilde 15 yaşın altındaki katılımcılarda boy kilo değerlerine ilişkin bilgiler olmadığından bu grupta da BKİ hesaplaması yapılamamıştır. BKİ ile ilgili dağılım tablo 73’de sunulmuştur.

Tablo 73: TSA 2014’ye katılanların BKİ sınıfları

BKİ sınıfları	n	(%)
Zayıf (<18,50)	729	3,8
Normal (18,5-24,99)	7482	39,1
Fazla kilolu (25,0-29,99)	6748	35,3
Obez (≥30)	4170	21,8
Toplam	19129	100,0

Cinsiyet bazında obezite oranları hesaplanmış ve tablo 74’de bu oranlar sunulmuştur. Normal BKİ değerlerine bakıldığında kadınlarda ve erkeklerde yüzdelerin benzer olduğu söylenebilir. Erkeklerde fazla kilolu birey oranı kadınlardan daha yüksek iken kadınlarda obez bireylerin oranı erkeklere göre daha yüksektir.

Tablo 74: TSA 2014’e katılanlarda Cinsiyet bazında BKİ sınıfları

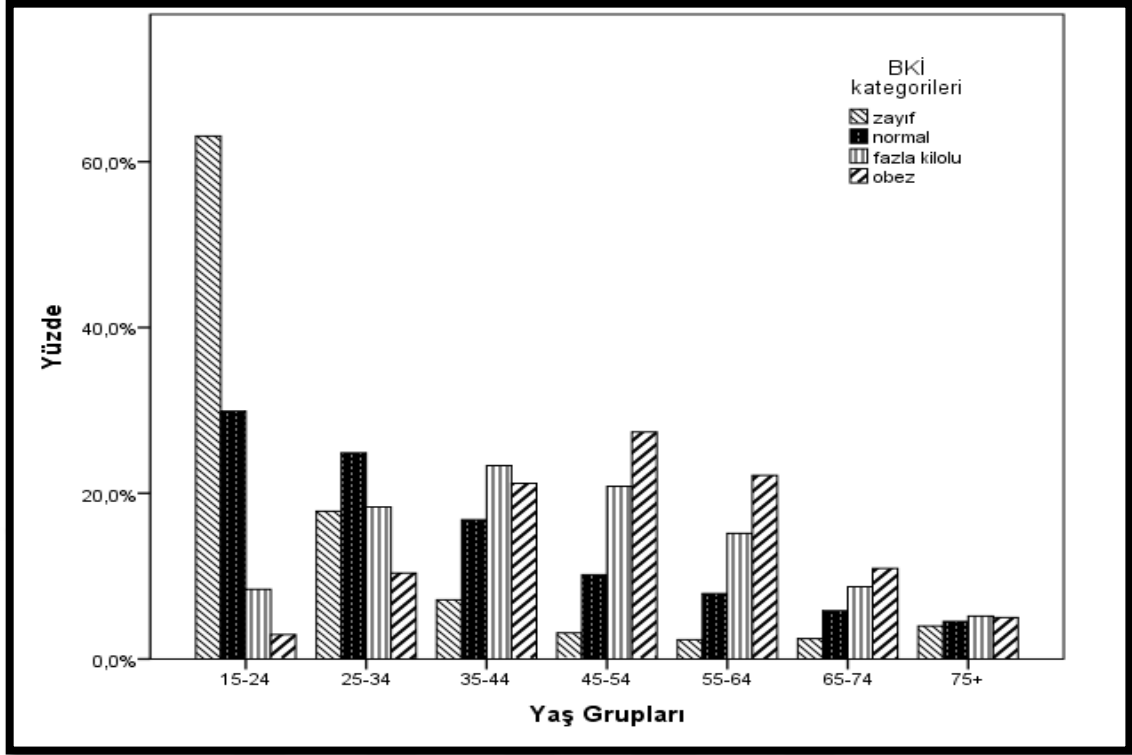
		Cinsiyet			
		Erkek		Kadın	
		n	%	n	%
BKİ kategorileri	Zayıf (<18,50)	305	2,6	506	4,9
	Normal (18,5-24,99)	3563	40,8	3919	37,6
	Fazla kilolu (25,0-29,99)	3447	39,5	3301	31,7
	Obez (≥30)	1488	17,1	2682	25,8
	Toplam	8721	100	10408	100

BKİ oranlarının yaşlara göre dağılımı hesaplanmış tablo 75’de sunulmuştur ve grafik 35’de bu oranlar görselleştirilmiştir (sıra bazında %100). Zayıfların oranına bakıldığında bu oranın 15-24 yaş grubunda en yüksek olduğu ve yaş ilerledikçe zayıflık oranlarının azaldığı görülmüştür. Normal BKİ kategorisinde bulunan bireyler incelendiğinde benzer şekilde 15-24 arasında en yüksek orana sahip olduğu ve yaş ilerledikçe oranın azaldığı görülebilmektedir. Fazla kilolu bireylerin oranlarının yaşa göre dağılımına bakıldığında, bireylerin oranları 45 yaşına kadar artmış 45 yaşından sonra tekrar azalmaya başlamıştır. Obezlerde bu durum 55 yaşta benzer şekildedir.

Tablo 75: TSA 2014’e katılanlarda BKİ’nin yaşa göre dağılımı

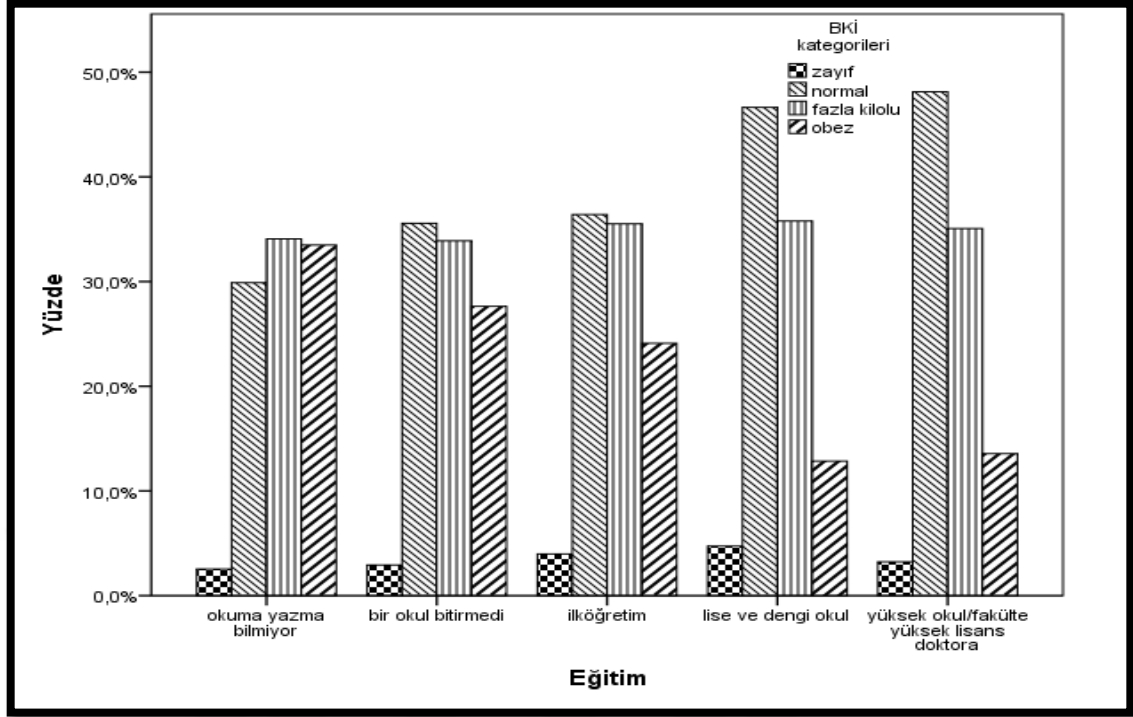
BKİ kategorisi/ Yaş grupları n (%)	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Toplam
Zayıf	460 63,10	130 17,80	52 7,10	23 3,20	17 2,30	18 2,50	29 4,00	729 100,00
Normal	2237 29,90	1861 24,90	1257 16,80	761 10,20	591 7,90	436 5,80	339 4,50	7482 100,00
Fazla Kilolu	568 8,40	1238 18,30	1575 23,30	1406 20,80	1023 15,20	588 8,70	350 5,20	6748 100,00
Obez	123 2,90	432 10,40	884 21,20	1142 27,40	924 22,20	456 10,90	209 5,00	4170 100,00

Grafik 35: BKİ'nin yaş gruplarına göre dağılımları



BKİ oranlarının eğitim durumuna göre dağılımı şekil 14'da görselleştirilmiştir (her eğitim kategorisi kendi içerisinde toplam %100'ü oluşturmaktadır). Obezite oranlarının en yüksek çıktığı gruplar; okuma yazma bilmeyenler, bir okul bitirmeyenler ve ilkokul mezunu olanlardır. Eğitim düzeyi arttıkça obezite oranları azalmaktadır. Lise veya dengi okul, yüksekokul/fakülte veya yüksek lisans veya doktora mezunlarında normal BKİ değerlerine sahip olanların oranı en yüksektir. Yüksekokul/ fakülte veya yüksek lisans/doktora mezunu olanlar en yüksek fazla kilolu oranına sahip olanlardır. Fakat bu grupta obezlik oranı okuma yazma bilmeyenler, bir okul bitirmeyenler ve ilkokul mezunu olanlara göre daha düşüktür.

Grafik 36: BKİ'nin eğitim durumlarına göre dağılımları

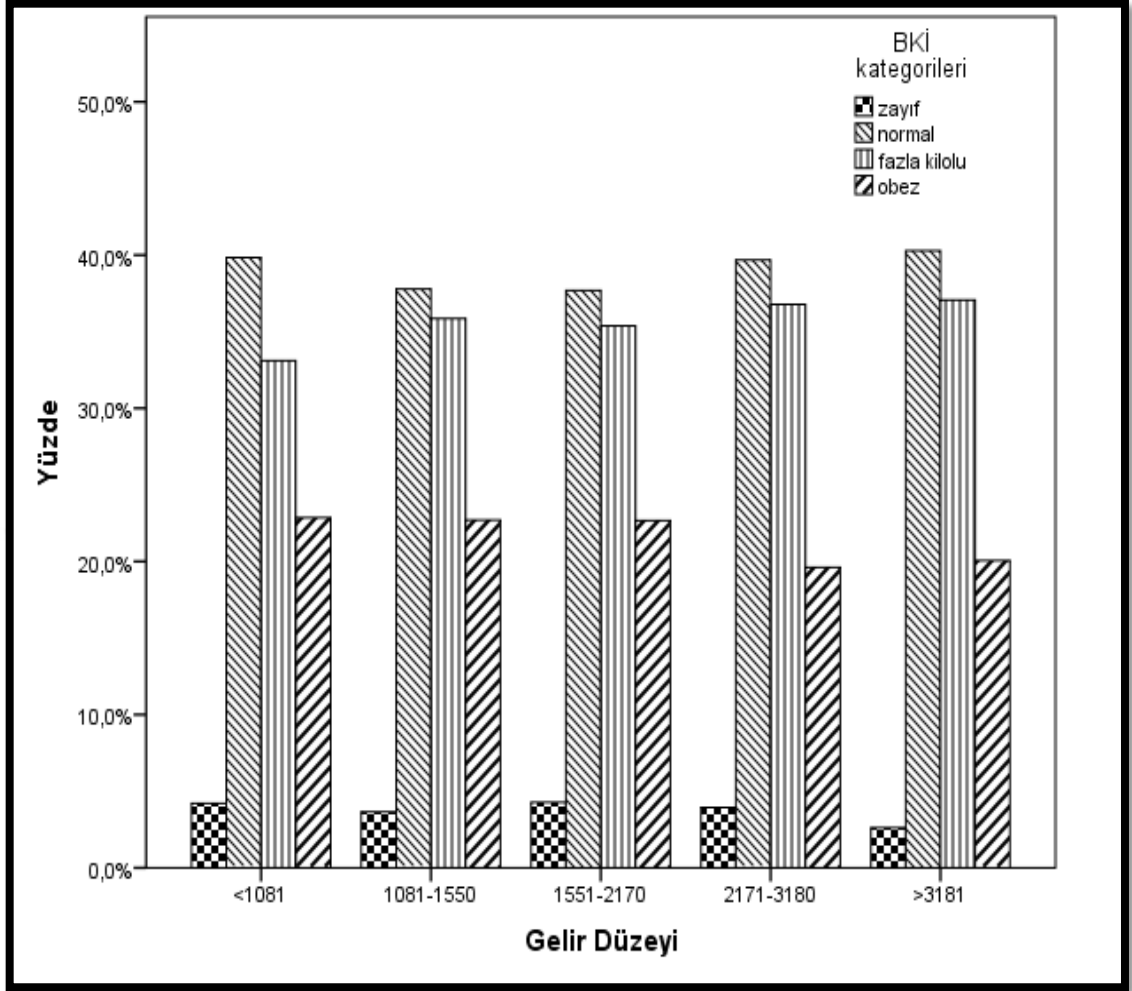


BKİ oranlarının gelir durumuna göre dağılımı grafik 37'de görselleştirilmiştir (her gelir kategorisi kendi içerisinde toplam %100'ü oluşturmaktadır). Gelir durumlarına göre BKİ kategorilerinde farklılıklar düşük miktardadır. Görselleştirilen oranların dağılımı sayısal olarak da oranlar tablo 76'da sunulmuştur. Gelir durumu yüksek olanlarda obezite oranlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Tablo 76: TSA 2014'e katılanlarda gelir durumu bazında BKİ dağılımı

		Gelir düzeyi									
		<1081		1081-1550		1551-2170		2171-3180		>3181	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BKİ kategorileri	Zayıf (<18,50)	248	4,2	141	3,7	133	4,3	129	3,9	78	2,6
	Normal (18,5-	2348	39,8	1458	37,8	1174	37,7	1299	39,7	1203	40,3
	Fazla kilolu (25,0-	1951	33,1	1384	35,9	1102	35,4	1204	36,8	1107	37,1
	Obez (≥30)	1347	22,9	876	22,7	706	22,7	642	19,6	599	20,1
	Toplam	5894	100,0	3859	100,0	3115	100,0	3274	100,0	2987	100,0

Grafik 37: BKİ'nin gelir durumuna göre dağılımı



Kronik hastalıklar incelendiğinde; genel olarak hastalıkların hepsinde hastalık varlığı obezlerde en yüksek oranlarda çıkmıştır. BKİ artışı hastalığa sahip olma oranını arttırmaktadır. Kronik hastalıkların görülme sıklıkları obezlerden sonra fazla kilolularda yüksek oranlara sahiptir. Oranlar detaylı olarak tablo 77’de sunulmuştur. Tablo 77’i okurken satır bazında değerlendirme yapılabilir (Örneğin; bireylerin astım hastalığına sahip olma oranları zayıflarda %6,0, normal grupta %5,6, fazla kilolularda %8,2, Obezlerde %14,7).

Tablo 77: TSA 2014'e Kronik Hastalıklar ve BKİ grupları

		BKİ kategorisi							
		Zayıf		Normal		Fazla Kilolu		Obez	
		n	%	n	%	n	%	n	%
ASTİM	Evet	44	6,00	421	5,60	551	8,20	612	14,70
	Hayır	685	94,00	7061	94,40	6197	91,80	3558	85,30
KRONİK BRONSİT	Evet	46	6,30	448	6,00	552	8,20	570	13,70
	Hayır	683	93,70	7034	94,00	6196	91,80	3600	86,30
ENFARKTUS	Evet	8	1,10	121	1,60	141	2,10	151	3,60
	Hayır	721	98,90	7361	98,40	6607	97,90	4019	96,40
KORONER KALP	Evet	45	6,20	511	6,80	611	9,10	562	13,50
	Hayır	684	93,80	6971	93,20	6137	90,90	3608	86,50
HIPERTANSİYON	Evet	38	5,20	736	9,80	1265	18,70	1496	35,90
	Hayır	691	94,80	6746	90,20	5483	81,30	2674	64,10
İNME FELC	Evet	2	0,30	44	0,60	69	1,00	50	1,20
	Hayır	727	99,70	7438	99,40	6679	99,00	4120	98,80
ARTHROSİS	Evet	45	6,20	416	5,60	659	9,80	653	15,70
	Hayır	684	93,80	7066	94,40	6089	90,20	3517	84,30
BEL BOLGE	Evet	143	19,60	2062	27,60	2561	38,00	1963	47,10
	Hayır	586	80,40	5420	72,40	4187	62,00	2207	52,90
BOYUN BOLGE	Evet	105	14,40	1399	18,70	1662	24,60	1326	31,80
	Hayır	624	85,60	6083	81,30	5086	75,40	2844	68,20
SEKER HAST.	Evet	16	2,20	360	4,80	712	10,60	908	21,80
	Hayır	713	97,80	7122	95,20	6036	89,40	3262	78,20
ALERJİ	Evet	83	11,40	839	11,20	900	13,30	709	17,00
	Hayır	646	88,60	6643	88,80	5848	86,70	3461	83,00
KARACİĞER YETMEZLİĞİ	Evet	10	1,40	70	0,90	113	1,70	147	3,50
	Hayır	719	98,60	7412	99,10	6635	98,30	4023	96,50
İDRAR KACIRMA	Evet	22	3,00	413	5,50	572	8,50	612	14,70
	Hayır	707	97,00	7069	94,50	6176	91,50	3558	85,30
BÖBREK	Evet	58	8,00	452	6,00	542	8,00	462	11,10
	Hayır	671	92,00	7030	94,00	6206	92,00	3708	88,90
DEPRESYON	Evet	82	11,20	729	9,70	782	11,60	649	15,60
	Hayır	647	88,80	6753	90,30	5966	88,40	3521	84,40
ALZHEİMER	Evet	9	1,20	96	1,30	96	1,40	69	1,70
	Hayır	720	98,80	7386	98,70	6652	98,60	4101	98,30
ÇÖLYAK	Evet	3	0,40	36	0,50	33	0,50	21	0,50
	Hayır	726	99,60	7446	99,50	6715	99,50	4149	99,50
MADDE KULLANIMI	Evet	0	0,00	13	0,20	0	0,00	0	0,00
	Hayır	729	100,00	7469	99,80	6748	100,00	4170	100,00
DOWN	Evet	1	0,10	2	0,03	3	0,01	3	0,10
	Hayır	728	99,90	7480	99,97	6745	99,99	4167	99,90

2014 yılında alkol kullanım durumu ile ilgili sorulan soruda cinsiyet bazında değerlendirme yapıldığında kadınlarda kullanım oranının %16,2, erkeklerde ise bu oranın %54,8 olduğu görülmüştür. Yaş gruplarında inceleme yapıldığında alkol kullanım oranının en yüksek 25 ile 75 yaş arasında olduğu söylenebilir. Eğitim durumuna göre yapılan değerlendirmede eğitim düzeyi arttıkça alkol tüketim oranlarının arttığı gözlenmiştir. Oranlar sırasıyla okuma yazma bilmeyenlerde %4,7, bir okul bitirmeyenlerde %16,3, ilköğretim mezunlarında %32,0, lise ve dengi okul bitirenlerde %45,3, yüksekokul/fakülte/yüksek lisans/doktora bitirenlerde ise %54,1'dir. Medeni durum göz ününde bulundurulduğunda alkol tüketim oranı en yüksek evlilerde, en düşük dullardadır.

Genel olarak alkol kullanım durumları incelendiğinde; 19126 kişiden 6474 kişinin (%33,8) alkölü deneğiği sonucuna ulaşılmıştır. Alkol kullanımına başlama nedenleri incelendiğinde ise önem sırasında en önemli üç neden merak, arkadaş etkisi ve özentidir. Sırasıyla en çok denenen alkoller bira, rakı ve şaraptır. Son 12 ay içerisinde ne sıklıkta alkölü içecek kullandınız? Sorusuna verilen yanıtlar tablo 78'de verilmiştir.

Tablo 78: Son 12 ay içerisinde ne sıklıkta alkölü içecek kullandınız?

Alkölü içecek Tüketim Sıklığı	n	%
Her gün/Hemen hemen her gün	102	1,6
Haftada 5-6 gün	46	,7
Haftada 3-4 gün	128	2,0
Haftada 1-2 gün	336	5,2
Ayda 2-3 gün	405	6,3
Ayda bir kere	525	8,1
Ayda bir kereden az	1268	19,6
Son 12 ay içerisinde içmedim, artık içmiyorum	2684	41,5
Hiçbir zaman içmedim/Hayatım boyunca sadece birkaç yudum içtim/denedim	980	15,1
Toplam	6474	100,0

Alkol tipleri incelendiğinde haftada tüketilen alkol miktarları genel olarak; rakı için <6 bardak, şarap <4 kadeh, votka <5 bardak, bira <7 şişe, likör <2 bardak, viski <4 bardak, cin <6 bardak, diğer sert içecekler <7 bardak şeklindeydi (miktarlar cevap verenlerin %70 ini kapsayacak şekilde belirlendi çok yüksek değerler bildiren az sayıda kullanıcı mevcuttur).

Sigara kullanım durumu ile ilgili 2014 yılı verilerinde cinsiyet bazında değerlendirme yapıldığında kadınlarda her gün sigara içenlerin oranının %13,9, ara sıra içenlerin oranının %5, hiçbir zaman içmeyenlerin oranının %68,7, bırakanların oranının %12,5 olduğu görülmüştür. Erkeklerde ise bu oranlar sırasıyla; %40,6, %5,5, %27,5, %26,5 şeklindedir. Buradan yola çıkarak erkeklerin daha çok sigara içtiği söylenebilir. Yaş gruplarında inceleme yapıldığında her gün sigara içenlerin oranı en yüksek olarak 25-34, 35-44, 45-54 gruplarında olduğu söylenebilir. Eğitim durumuna göre yapılan değerlendirmede her gün sigara tüketiyorum diyenlerin oranı en az okuma yazma bilmeyen grupta çıkmıştır. Her gün sigara tükettiğini söyleyenlerin oranı en yüksek lise mezunlarındadır. Medeni durum göz önünde bulundurulduğunda her gün sigara içme oranı en yüksek evlilerde, en düşük dullardadır.

Tütün kullanımıyla ilgili değerlendirme yapıldığında, 19129 kişiden 9586'sinin (%50,1) "Tütün mamülü kullanıyor musunuz?" sorusuna olumlu cevap verdiği görülmüştür. Düzenli olarak tütün mamülü kullandınız mı? sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde 4598 kişiden 2695'inin (%58,6) düzenli olarak tütün kullandığı görülmüştür. Tütün kullanımına başlama nedeni olarak ilk 3'te en yüksek oran merak, daha sonra özentisi ve üçüncü arkadaş etkisidir. Hangi tip tütün kullanıyorsunuz? Sorusuna yanıtlayan 5386 kişinin 5072'si (%94,2) paket sigara, 294'ü (%5,5) sarma sigara kalan 20 kişi ise (%0,3) puro, pipo, nargile ve diğer tütün mamullerini kullanmaktaydı. İçilen günlük ortalama sigara adedi $16,4 \pm 10,0$ dur. Dumana maruz kalma durumu incelendiğinde soruya cevap veren 19129 kişiden 14318'i (%74,8) hemen hemen hiç dumana maruz kalmadığını belirtirken, 2267 kişi (%11,9) günde 1 saatten az, 2544 (%13,3) kişi ise günde 1 saatten fazla maruz kaldığını dile getirmiştir. Düzenli sigara içen 5366 kişiden 2361'i (%44,0) sigarayı bırakmayı denemiştir.

Günlük bedensel faaliyetler kapsamında; hafif, orta ve ağır düzeyli faaliyetlerin ve 10dk yürüyüş faaliyetinin BKİ gruplarında oranları incelenmiştir. Çalışırken/günlük faaliyetlerinizi gerçekleştirirken aşağıdakilerden hangisi durumunuzu en iyi tanımlar? Sorusuna verilen yanıtlara göre BKİ gruplarında oranlar tablo 79'da sunulmuştur. Genel olarak zayıflarda ve obezlerde hafif düzeyli faaliyetler tercih edilmektedir.

Tablo 79: Fiziksel Aktivite ve BKİ grupları

n (%)	BKİ kategorisi			
	Zayıf	Normal	Fazla Kilolu	Obez
Hafif düzeyde faaliyet	295	2694	2656	1980
	40,50	36,00	39,40	47,50
Orta düzeyde faaliyet	409	4161	3571	1955
	56,10	55,60	52,90	46,90
Ağır düzeyde faaliyet	25	627	521	235
	3,40	8,40	7,70	5,60

Günlük 10 dk yürüyüş değerlendirildiğinde; obezlerde oran en düşük çıkmıştır (%68,5), sırasıyla zayıf normal ve fazla kilolu grupta yüzdeler; %78,9 , %78,6 , %75,6 şeklindedir.

Cinsiyete göre inceleme yapıldığında; günde 10 dk yürüme var yanıtı kadınlarda %70,9 iken erkeklerde %80,6 çıkmıştır. Ağır faaliyetler kapsamında inceleme yapıldığında benzer şekilde kadınlarda bu oran (%2,5) erkeklere göre (%13,1) düşük çıkmıştır. Orta düzeyli faaliyet oranları kadın ve erkeklerde birbirine çok benzerdi (K= %54,6; E= %51,2). Hafif düzeyli faaliyet oranları kadınlarda (%46,2) erkeklerden (%32,2) daha yüksektir.

Yaş gruplarına göre fiziksel faaliyet değerlendirmesi yapılmış ve oranlar tablo 80'de sunulmuştur. Ağır düzeyde faaliyetlerin 25-34 ve 35-44 yaş gruplarında en yüksek orana sahip olduğu, orta düzeyde faaliyetlerin benzer şekilde 25-34 ve 35-44 yaş gruplarında yüksek orana sahip olduğu söylenebilir. 10dk yürüme içinse yaş arttıkça oranlar azalmaktadır. En genç grupta evet diyenlerin oranı %81,6 iken 75+ grupta %46,2 ye düşmüştür.

Tablo 80: Fiziksel Aktivite ve yaş grupları

n (%)	Yaş grupları						
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Hafif düzeyde faaliyet	1253	1190	1178	1190	1161	896	757

	37,0%	32,5%	31,3%	35,7%	45,4%	59,8%	81,7%
Orta düzeyde faaliyet	1926	2070	2170	1884	1297	582	167
	56,8%	56,5%	57,6%	56,5%	50,8%	38,9%	18,0%
Ağır düzeyde faaliyet	209	401	420	258	97	20	3
	6,2%	11,0%	11,1%	7,7%	3,8%	1,3%	0,3%

Eğitim düzeylerine göre fiziksel aktiviteler değerlendirildiğinde, 10 dk. yürüyüş aktivitesi en az okuryazar olmayanlarda en fazla yüksekokul, fakülte ve YL-Doktora mezunlarında gözlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça yürüyüş yapma oranları yükselmektedir. Okuma-yazma bilmeyenlerde bu oran %53,8 iken, yüksekokul/fakülte veya yüksek lisans-doktora mezunlarında ise %83,5'dir. Ağır ve orta düzeyli faaliyetlerin oranı en yüksek ilköğretim mezunlarında bulunmuştur.

Medeni durum ele alındığında bekâr ve evli olanlar, dul bireylere göre daha yüksek fiziksel aktivite oranlarına sahiptir. Hafif düzeyde fiziksel aktivite oranı ise dullarda daha yüksektir.

Fiziksel aktivite düzeyleri ile depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında 10 dk yürüyüş sorusuna evet cevabını verenlerin oranının en yüksek olduğu grup hiçbir zaman kendimi bunalımda hissetmedim diyenlerdir (tablo 81). Diğer aktiviteler için bunalımda hissetme durumlarına göre değerlendirme tablo 82'de sunulmuştur.

Tablo 81: Fiziksel Aktivite Yürüyüş ve Bunalımda hissetme

n (%)		Bunalım (son 2 haftada)			
		Hiç	Bazı günler	Bir haftadan Fazla	Neredeyse her gün
10 dk yürüyüş	Evet	8093	5379	309	633
		78,9	72,4	69,0	63,2
	Hayır	2158	2050	139	368
		21,1	27,6	31,0	36,8

Tablo 82: Fiziksel Aktivite ve Bunalımda hissetme

n (%)	Bunalım (son 2 haftada)			
	Hiç	Bazı günler	Bir haftadan Fazla	Neredeyse her
Hafif düzeyde faaliyet	3776	3079	240	530
	36,8	41,4	53,6	52,9
Orta düzeyde faaliyet	5721	3802	177	396
	55,8	51,2	39,5	39,6
Ağır düzeyde faaliyet	754	548	31	75
	7,4	7,4	6,9	7,5

2014 veri setinde, ihtiyaç duyulan tedaviler olduğu halde ödeme güçlüğü ile ilgili durum yüzünden tedavi alamayan bireyler bulunmaktaydı. Son 12 ay içerisinde, aşağıdaki tedavilere ihtiyacınız olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılayamadığınız oldu mu? Sorusuna verilen yanıtlar tablo 83’de sunulmuştur.

Tablo 83: Ödeme Güçlüğü Ve Aşağıdaki Tedavi İhtiyacı

		n	%
Tıbbi Bakım	Evet	2382	12,5
	Hayır	13881	72,6
	İhtiyacım olmadı	2866	15
Diş Bakımı	Evet	2600	13,6
	Hayır	12195	63,8
	İhtiyacım olmadı	4334	22,7
Ruhsal Tedavi	Evet	719	3,8
	Hayır	10343	54,1
	İhtiyacım olmadı	8067	42,2
Reçete Edilen İlaç	Evet	1899	9,9
	Hayır	14804	77,4
	İhtiyacım olmadı	2426	12,7

4.5. 2016 Yılına Ait Bulgular

2016 yılında hane halkı anketine katılan 23606 bireyin 10973'ü (%46,5) erkek, 12633'ü (%53,5) kadındı. Yaş gruplarına bakıldığında çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı tablo 84'de sunulmuştur.

Tablo 84: 2016 yılında TSA'ya katılan bireylerin yaş dağılımı

Yaş grupları	n	(%)
0-6	2772	11,7
7-14	3592	15,2
15-24	2905	12,3
25-34	3006	12,7
35-44	3444	14,6
45-54	3007	12,7
55-64	2368	10
65-74	1545	6,5
75+	967	4,1
Toplam	23606	100

Çalışmaya katılan bireylerin doğum yerleri incelendiğinde %98,2'sinin Türkiye'de doğduğu kalan %1,8'lik oranın %1,1'lik kısmının ise herhangi bir AB ülkesinde doğduğu sonucuna varılmıştır.

Önemli bir kriter olan sağlık giderleri ile ilgili "Tedavi masraflarınız aşağıdakilerden hangisi tarafından karşılanıyor?" sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde masrafların karşılanma yüzdeleri tablo 85'de sunulmuştur.

Tablo 85: TSA 2016'da sağlık harcamalarının karşılanma şekilleri

Masrafların Karşılanma Şekilleri	n	(%)
SGK	19371	72,5
GSS	2994	11,2
Özel Sağlık Sigortası	553	2,1
Özel Sandık	122	0,5
Kendisi	2556	9,6
Diğer	21	0,1
Sağlık güvencesi yok	1095	4,1

Toplam	26712	100,0
---------------	-------	-------

Eğitim durumu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde 21230 kişinin cevaplama yaptığı görülmüştür, bu soru 6 yaş ve üzerine uygulandığı için eksiklikler normaldir. Eğitim durumu ile ilgili dağılış tablo 86’da sunulmuştur.

Tablo 86. TSA 2016’ya katılanların eğitim durumları

Eğitim Durumu	n	(%)
Okuma-yazma bilmeyen	4515	21,3
Bir okul bitirmedi	7608	35,8
İlköğretim	3437	16,2
Lise ve dengi okullar	3106	14,6
Yüksekokul/Fakülte/Yüksek lisans/Doktora	2564	12,1
Toplam	21230	100,0

Bireylerin medeni durumlarını belirlerken 15 yaş altına bu soru yöneltilmemiştir. Alınan yanıtlarda 3575 kişinin (%20,7) hiç evlenmemiş - bekâr, 11912 kişinin (%69,1) evli ve 1755 kişinin (%10,2) dul - boşanmış olduğu grld. Benzer şekilde çalışma durumu da 15 yaş üzeri bireylere soruldu ve bireylerden 6457’si (%37,4) alışmakta, 10701’i (%62,1) ise çalışmamaktaydı, 84 kişi (%0,5) ise son 1 haftada hiç çalışma mış fakat içi ile ilgisi devam ediyordu. Hane toplam geliri ile ilgili dağılım tablo 87’de sunulmuştur.

Tablo 87: TSA 2016’ya katılanların hane halkı gelir durumları

Gelir Durumu	n	(%)
< 1264 TL	5183	22,0
1265- 1814 TL	6629	28,1
1815- 2540 TL	4326	18,3
2541 - 3721 TL	3870	16,4
>3722	3598	15,2
Toplam	23606	100,0

Çalışmanın en önemli noktalarından biri olan obezite ile ilgili değerlendirme yapabilmek için boy ve kilo ölçümleri kullanılarak Beden Kitle İndeksleri (BKİ) hesaplanmıştır. Bu hesaplama gerçekleştirilirken boyu ve kilosu aynı anda olmayan bireyler için hesaplama gerçekleştirilememiştir. Ayrıca benzer şekilde 15 yaşın altındaki katılımcılarda boy kilo değerlerine ilişkin bilgiler olmadığından bu grupta da BKİ hesaplaması yapılamamıştır. BKİ ile ilgili dağılım tablo 88’de sunulmuştur.

Tablo 88: TSA 2016’ya katılanların BKİ sınıfları

BKİ sınıfları	n	(%)
Zayıf (<18,50)	629	3,6
Normal (18,5-24,99)	6615	38,4
Fazla kilolu (25,0-29,99)	6204	36
Obez (≥30)	3794	22
Toplam	17242	100

Cinsiyet bazında obezite oranları hesaplanmış ve tablo 89’da bu oranlar sunulmuştur. Normal BKİ değerlerine bakıldığında kadınlarda ve erkeklerde yüzdelerin benzer olduğu söylenebilir. Erkeklerde fazla kilolu birey oranı kadınlardan daha yüksek iken kadınlarda obez bireylerin oranı erkeklere göre daha yüksektir.

Tablo 89: TSA 2016’ya katılanlarda Cinsiyet bazında BKİ sınıfları

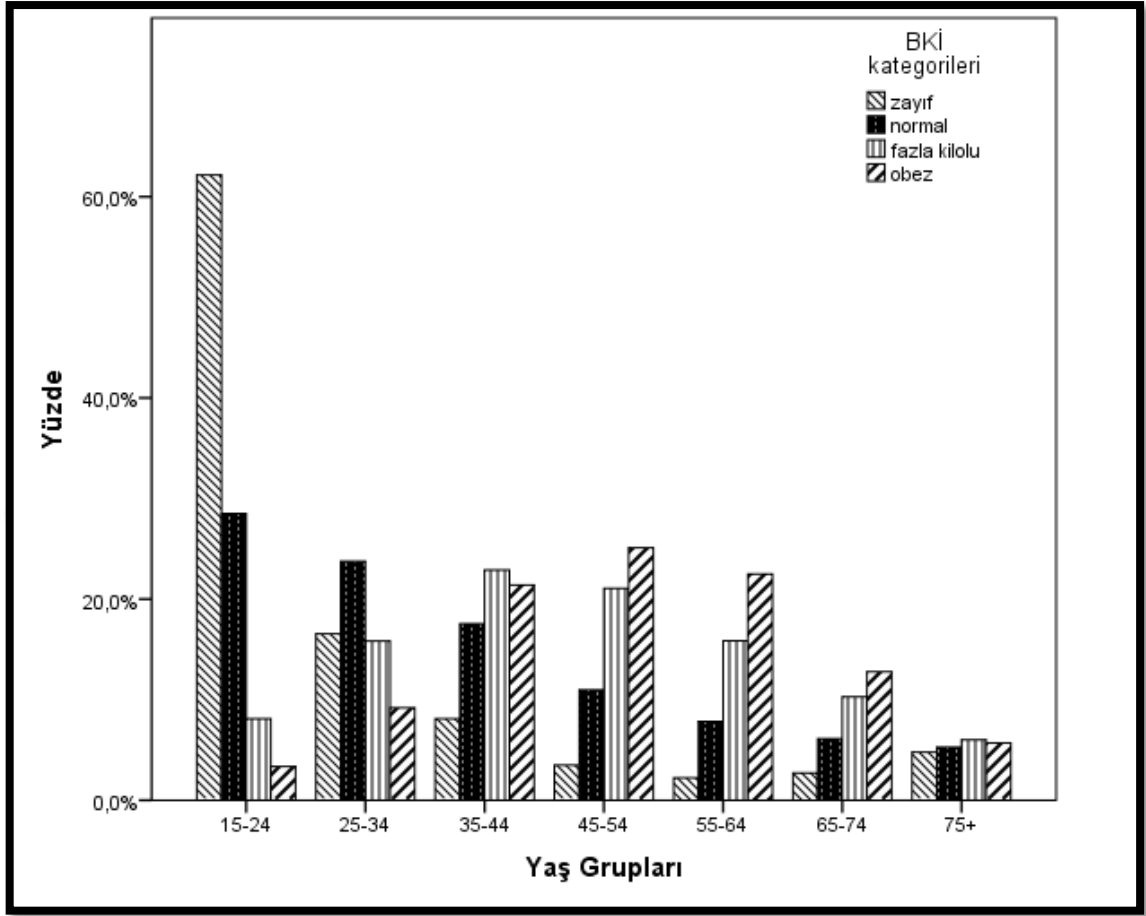
		Cinsiyet			
		Erkek		Kadın	
		n	%	n	%
BKİ kategorileri	Zayıf (<18,50)	181	2,4	448	4,7
	Normal (18,5-24,99)	3086	40,2	3529	36,9
	Fazla kilolu (25,0-29,99)	3099	40,4	3105	32,4
	Obez (≥30)	1302	17,0	2492	26,0
	Toplam	7668	100	9574	100

BKİ oranlarının yaşlara göre dağılımı hesaplanmış tablo 90'da sunulmuştur ve grafik 38'de bu oranlar görselleştirilmiştir (sıra bazında %100). Zayıfların oranına bakıldığında bu oranın 15-24 yaş grubunda en yüksek olduğu ve yaş ilerledikçe zayıflık oranlarının azaldığı görülmüştür. Normal BKİ kategorisinde bulunan bireyler incelendiğinde benzer şekilde 15-24 arasında en yüksek orana sahip olduğu ve yaş ilerledikçe oranın azaldığı görülebilmektedir. Fazla kilolu bireylerin oranlarının yaşa göre dağılımına bakıldığında, bireylerin oranları 45 yaşına kadar artmış 45 yaşından sonra tekrar azalmaya başlamıştır. Obezlerde bu durum 55 yaşta benzer şekildedir.

Tablo 90: TSA 2016'ya katılanlarda BKİ'nin yaşa göre dağılımı

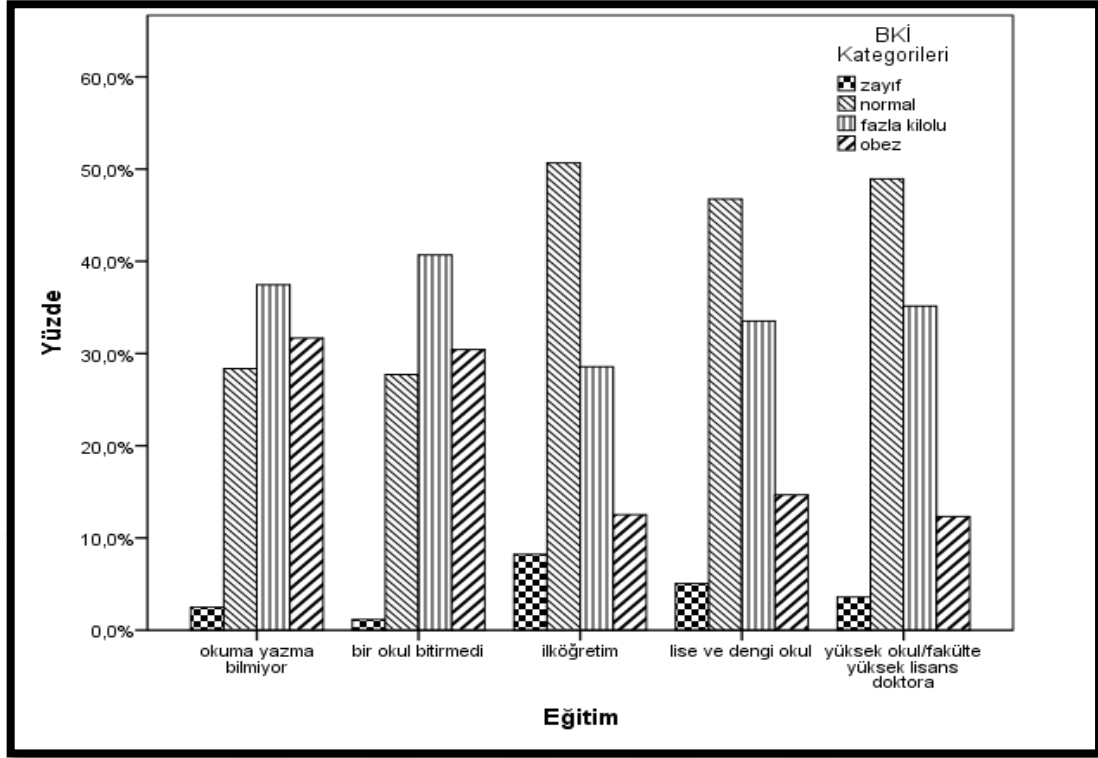
BKİ kategorisi/ Yaş grupları n (%)	15- 24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Toplam
Zayıf	391 62,2	104 16,5	51 8,1	22 3,5	14 2,2	17 2,7	30 4,8	629 100,0
Normal	1885 28,5	1571 23,7	1161 17,6	726 11,0	518 7,8	405 6,1	349 5,3	6615 100,0
Fazla Kilolu	502 8,1	982 15,8	1420 22,9	1307 21,1	983 15,8	638 10,3	372 6,0	6204 100,0
Obez	127 3,3	349 9,2	812 21,4	952 25,1	853 22,5	485 12,8	216 5,7	3794 100,0

Grafik 38: BKİ'nin yaş gruplarına göre dağılımları



BKİ oranlarının eğitim durumuna göre dağılımı grafik 39'da görselleştirilmiştir (her eğitim kategorisi kendi içerisinde toplam %100'ü oluşturmaktadır). Obezite oranlarının en yüksek çıktığı gruplar; okuma yazma bilmeyenler, bir okul bitirmeyenlerdir. Eğitim düzeyi arttıkça obezite oranları azalmaktadır. İlköğretim, lise veya dengi okul, yüksekokul/ fakülte yüksek lisans-doktora mezunlarında normal BKİ değerlerine sahip olanların oranı yüksektir. Yüksekokul/ fakülte veya yüksek lisans/doktora mezunu olanlarda obezite oranı okuma yazma bilmeyenler, bir okul bitirmeyenler ve lise veya dengi okul mezunu olanlara göre daha düşüktür.

Grafik 39: BKİ'nin eğitim durumlarına göre dağılımları

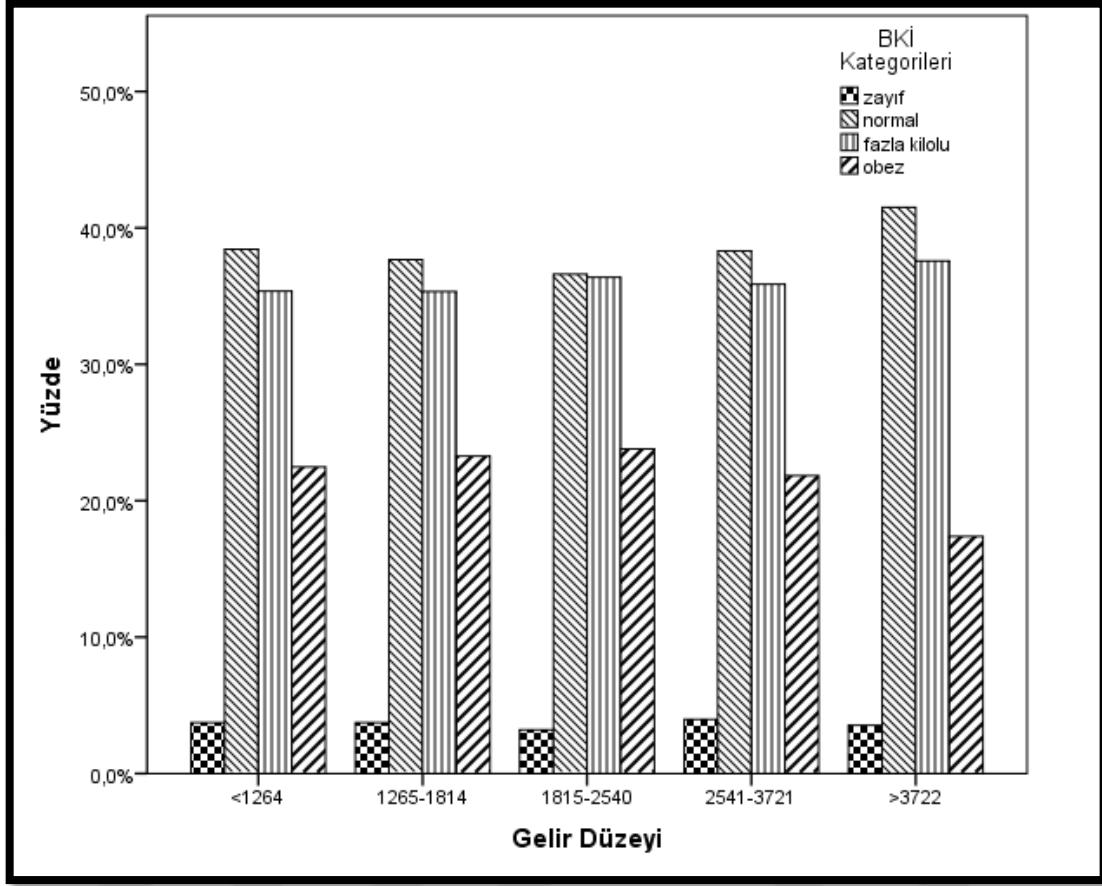


BKİ oranlarının gelir durumuna göre dağılımı grafik 40'da görselleştirilmiştir (her gelir kategorisi kendi içerisinde toplam %100'ü oluşturmaktadır). Gelir durumlarına göre BKİ kategorilerinde farklılıklar düşük miktardadır. Görselleştirilen oranların dağılımı sayısal olarak da oranlar tablo 91'de sunulmuştur. Gelir durum yüksek olanlarda obezite oranlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Tablo 91: TSA 2016'ya katılanlarda gelir durumu bazında BKİ dağılımı

		Gelir düzeyi									
		<1081		1081-1550		1551-2170		2171-3180		>3181	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BKİ kategorileri	Zayıf (<18,50)	137	3,7	176	3,7	101	3,2	117	4,0	98	3,5
	Normal (18,5-24,99)	1411	38,4	1773	37,7	1154	36,6	1128	38,3	1149	41,5
	Fazla kilolu (25,0-29,99)	1298	35,4	1663	35,3	1147	36,4	1056	35,9	1040	37,6
	Obez (≥30)	825	22,5	1095	23,3	750	23,8	643	21,8	481	17,4
	Toplam	3671	100,0	4707	100,0	3152	100,0	2944	100,0	2768	100,0

Grafik 40: BKİ'nin gelir durumuna göre dağılımı



Kronik hastalıklar incelendiğinde; genel olarak hastalıkların hepsinde hastalık varlığı obezlerde en yüksek oranlarda çıkmıştır. BKİ artışı hastalığa sahip olma oranını artırmaktadır. Kronik hastalıkların görülme sıklıkları obezlerden sonra fazla kilolularda yüksek oranlara sahiptir. Oranlar detaylı olarak tablo 92'de sunulmuştur. Tablo 92'yi okurken satır bazında değerlendirme yapılabilir (örneğin; bireylerin astım hastalığına sahip olma oranları zayıflarda %4,9, normal grupta %5,7, fazla kilolularda %8,5, obezlerde %14,8).

Tablo 92: TSA 2016'da Kronik Hastalıklar ve BKİ grupları

		BKİ kategorisi							
		Zayıf		Normal		Fazla Kilolu		Obez	
		n	%	n	%	n	%	n	%
ASTİM	Evet	31	4,9	378	5,7	529	8,5	561	14,8
	Hayır	598	95,1	6237	94,3	5675	91,5	323	85,2
KRONİK BRONSİT	Evet	30	4,8	346	5,2	476	7,7	517	13,6

	Hayır	599	95,2	6269	94,8	5728	92,3	327	86,4
ENFARKTUS	Evet	5	0,8	112	1,7	163	2,6	142	3,7
	Hayır	624	99,2	6503	98,3	6041	97,4	365	96,3
KORONER KALP	Evet	22	3,5	342	5,2	481	7,8	449	11,8
	Hayır	607	96,5	6273	94,8	5723	92,2	334	88,2
HIPERTANSİYON	Evet	26	4,1	618	9,3	1281	20,6	134	35,4
	Hayır	603	95,9	5997	90,7	4923	79,4	245	64,6
İNME FELC	Evet	2	0,3	52	0,8	75	1,2	38	1,0
	Hayır	627	99,7	6563	99,2	6129	98,8	375	99,0
ARTHROSIS	Evet	22	3,5	360	5,4	595	9,6	631	16,6
	Hayır	607	96,5	6255	94,6	5609	90,4	316	83,4
BEL BOLGE	Evet	110	17,5	1391	21,0	2031	32,7	162	42,8
	Hayır	519	82,5	5224	79,0	4173	67,3	217	57,2
BOYUN BOLGE	Evet	79	12,6	943	14,3	1399	22,5	106	28,1
	Hayır	550	87,4	5672	85,7	4805	77,5	272	71,9
SEKER HAST.	Evet	8	1,3	322	4,9	712	11,5	836	22,0
	Hayır	621	98,7	6293	95,1	5492	88,5	295	78,0
ALERJİ	Evet	73	11,6	638	9,6	739	11,9	562	14,8
	Hayır	556	88,4	5977	90,4	5465	88,1	323	85,2
KARACİGER YETMEZLİĞİ	Evet	5	0,8	73	1,1	111	1,8	103	2,7
	Hayır	624	99,2	6542	98,9	6093	98,2	369	97,3
IDRAR KACIRMA	Evet	21	3,3	282	4,3	447	7,2	469	12,4
	Hayır	608	96,7	6333	95,7	5757	92,8	332	87,6
BÖBREK	Evet	25	4,0	325	4,9	457	7,4	395	10,4
	Hayır	604	96,0	6290	95,1	5747	92,6	339	89,6
DEPRESYON	Evet	48	7,6	435	6,6	506	8,2	423	11,1
	Hayır	581	92,4	6180	93,4	5698	91,8	337	88,9
ALZHEİMER	Evet	7	1,1	61	0,9	69	1,1	48	1,3
	Hayır	622	98,9	6554	99,1	6135	98,9	374	98,7
ÇÖLYAK	Evet	2	0,3	7	0,1	13	0,2	8	0,2
	Hayır	627	99,7	6608	99,9	6191	99,8	378	99,8
MADDE KULLANIMI	Evet	2	0,3	5	0,1	1	0,02	0	0,0
	Hayır	627	99,7	6610	99,9	6203	99,98	379	100,
DOWN	Evet	0	0,0	4	0,1	1	0,02	3	0,1
	Hayır	629	100,	6611	99,9	6203	99,98	379	99,9
DİĞER	Evet	56	8,9	487	7,4	485	7,8	348	9,2
	Hayır	573	91,1	6128	92,6	5719	92,2	344	90,8

2016 yılında alkol kullanım durumu ile ilgili sorulan soruda cinsiyet bazında değerlendirme yapıldığında kadınlarda kullanım oranının %11,2, erkeklerde ise bu oranın %41,2 olduğu görülmüştür. Yaş gruplarında inceleme yapıldığında alkol kullanım oranının en yüksek 25 ile 75 yaş arasında olduğu söylenebilir. Eğitim durumuna göre yapılan değerlendirmede eğitim düzeyi arttıkça alkol tüketim oranlarının arttığı gözlenmiştir. Oranlar sırasıyla okuma yazma bilmeyenlerde %5,6, bir okul bitirmeyenlerde %22,6, ilköğretim mezunlarında %22,5, lise ve dengi okul bitirenlerde %33,5, yüksekokul/fakülte/yüksek lisans/doktora bitirenlerde ise %40'dır. Medeni durum göz ününde bulundurulduğunda alkol tüketim oranı en yüksek evlilerde, en düşük dullardadır.

Genel olarak alkol kullanım durumları incelendiğinde; 17242 kişiden 4227 kişinin (%24,5) alkölü deneğiği sonucuna ulaşılmıştır. Alkol kullanımına başlama nedenleri incelendiğinde ise önem sırasında en önemli 3 neden eğlence, arkadaş etkisi ve meraktır. Sırasıyla en çok denenen alkoller bira, rakı ve şaraptır. Son 12 ay içerisinde ne sıklıkta alkölü içecek kullandınız? sorusuna verilen yanıtlar tablo 93'de verilmiştir.

Tablo 93: Son 12 ay içerisinde ne sıklıkta alkölü içecek kullandınız?

Alkol Tüketim Sıklığı	n	%
Her gün/Hemen hemen her gün	62	1,5
Haftada 5-6 gün	35	,8
Haftada 3-4 gün	116	2,7
Haftada 1-2 gün	302	7,1
Ayda 2-3 gün	277	6,6
Ayda bir kere	413	9,8
Ayda bir kereden az	849	20,1
Son 12 ay içerisinde içmedim, artık içmiyorum	1278	30,2
Hiçbir zaman içmedim/Hayatım boyunca sadece birkaç yudum içtim/denedim	895	21,2
Toplam	4227	100,0

Pazartesiden ve perşembeye günleri arasında genellikle kaç gün alkölü içecek kullanırsınız? sorusuna verilen yanıtlar incelenmiş ve 4 gün boyunca içen 71 kişi (%13,8), 3 gün içen 39 kişi (%7,6) 2 gün içen 74 kişi (%14,4) 1 gün içen 139 kişi (%27) ve hiç içmeyen 192 kişi (%37,3) bulunmaktadır. Bu 4 günde günlük ortalama kaç adet

içiyorsunuz sorusuna bireylerin %70'i 6 adet ve altında cevabını vermiştir. Cuma ve pazar günleri arasında genellikle kaç gün alkollü içecek kullanırsınız? sorusuna verilen yanıtlar incelenmiş ve 3 gün için 85 kişi (%16,5) 2 gün için 175 kişi (%34,0) 1 gün için 226 kişi (%43,9) ve hiç içmeyen 29 kişi (%5,6) bulunmaktadır. Bu 3 günde günlük ortalama kaç adet içiyorsunuz sorusuna bireylerin %70'i 6 adet ve altında cevabını vermiştir.

2016 yılında sigara kullanım durumu ile ilgili sorulan soruda cinsiyet bazında değerlendirme yapıldığında kadınlarda her gün sigara içenlerin oranının %14,4, ara sıra içenlerin oranının %4,2, hiçbir zaman içmeyenlerin oranının %74,0, bırakanların oranının %7,4 olduğu görülmüştür. Erkeklerde ise bu oranlar sırasıyla; %38,8, %4,3, %34,4, %22,6 şeklindedir. Buradan yola çıkarak erkeklerin daha çok sigara içtiği söylenebilir. Yaş gruplarında inceleme yapıldığında her gün sigara içenlerin oranı en yüksek olarak 25-34, 35-44, 45-54 gruplarında olduğu söylenebilir. Eğitim durumuna göre yapılan değerlendirmede her gün sigara tüketiyorum diyenlerin oranı en az okuma yazma bilmeyen grupta çıkmıştır. Her gün sigara tükettiğini söyleyenlerin oranı en yüksek lise mezunlarındadır. Medeni durum göz önünde bulundurulduğunda her gün sigara içme oranı en yüksek evlilerde, en düşük dullardadır.

Tütün kullanımıyla ilgili değerlendirme yapıldığında, 17242 kişiden 7521'inin (%43,6) "Tütün mamulü kullanıyor musunuz? (denemiş olmak yeterli)" sorusuna olumlu cevap verdiği görülmüştür. Düzenli olarak tütün mamulü kullandınız mı? sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde 724 kişiden 343'ünün (%47,4) düzenli olarak tütün kullandığı görülmüştür. Tütün kullanımına başlama nedeni olarak ilk 3'te en yüksek oran merak, daha sonra özentisi ve üçüncü arkadaş etkisidir. Hangi tip tütün kullanıyorsunuz? sorusunu yanıtlayan 4694 kişinin 4297'si (%91,5) paket sigara, 386'sı (%8,2) sarma sigara kalan 11 kişi ise (%0,3) puro, pipo, nargile ve diğer tütün mamullerini kullanmaktaydı. İçilen günlük ortalama sigara adedi $15,9 \pm 9,9$ dur. Dumana maruz kalma durumu incelendiğinde soruya cevap veren 17242 kişiden 12827'si (%74,4) hemen hemen hiç dumana maruz kalmadığını belirtirken, 2508 kişi (%14,5) günde 1 saatten az, 1907 (%11,1) kişi ise günde 1 saatten fazla maruz kaldığını dile getirmiştir. Sigara içmiş/içen 4683 kişiden 1551'i (%33,1) sigarayı bırakmayı denemiştir.

Günlük bedensel faaliyetler kapsamında; hafif, orta ve ağır düzeyli faaliyetlerin ve 10 dakika yürüyüş faaliyetinin BKİ gruplarında oranları incelenmiştir. Çalışırken/günlük faaliyetlerinizi gerçekleştirirken aşağıdakilerden hangisi

durumunuzu en iyi tanımlar? Sorusuna verilen yanıtlara göre BKİ gruplarında oranlar tablo 94'de sunulmuştur. Genel olarak zayıflarda ve obezlerde hafif düzeyli faaliyetler tercih edilmektedir.

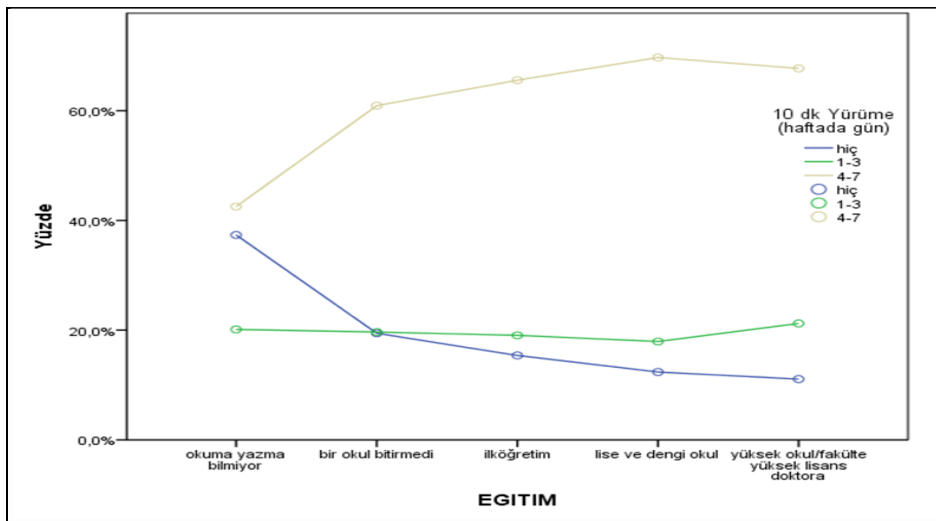
Tablo 94: Fiziksel Aktivite ve BKİ grupları

n (%)	BKİ kategorisi			
	Zayıf	Normal	Fazla Kilolu	Obez
Hafif düzeyde faaliyet	278	2604	2582	1893
	44,2	39,4	41,6	49,9
Orta düzeyde faaliyet	331	3640	3264	1731
	52,6	55,0	52,6	45,6
Ağır düzeyde faaliyet	20	371	358	170
	3,2	5,6	5,8	4,5

Günlük 10 dk yürüyüş değerlendirildiğinde; obezlerde oran en düşük çıkmıştır (%74,6), sırasıyla zayıf, normal ve fazla kilolu grupta yüzdeler; %81,4 , %84,0 , %81,7 şeklindedir.

Eğitim durumuna göre haftada yürüyüş yapılan gün sayısı ele alındığında grafik 41'de görüldüğü gibi eğitim düzeyi arttıkça haftada 4-7 gün arası yürüyüş yapılma oranı artmaktadır. Hiç yürüyüş yapmam diyenlerin oranı ise okuma yazma bilmiyorum diyenlerde daha yüksektir.

Grafik 41: Eğitim durumuna göre 10 dk. Yürüme (gün) yüzdeleri



Cinsiyete göre inceleme yapıldığında; günde 10 dk. yürüme var yanıtı kadınlarda %82,8 iken erkeklerde %90 çıkmıştır. Ağır faaliyetler kapsamında inceleme yapıldığında benzer şekilde kadınlarda bu oran (%1,6) erkekler için (%10,0) düşük çıkmıştır. Orta düzeyli faaliyet oranları kadın ve erkeklerde birbirine çok benzerdi (K= %50,0; E= %54,6). Hafif düzeyli faaliyet oranları kadınlarda (%48,4) erkeklerden (%35,4) daha yüksektir.

Spor yapma gün sayısı ele alındığında toplamda hiç spor yapmam diyenlerin oranı tablo 95’de görüldüğü gibi % 93,4’dür (2014 yılı % 92,6) . 1-3 gün arası diyenler % 4,4 olmakla birlikte 4-7 gün diyenler ise % 2,2’dir. Hiç spor yapmam diyenlerin oranı kadınlarda daha yüksek oranda bulunmuştur.

Tablo 95: Spor yapma gün sayısının cinsiyete göre dağılımı

Spor Gün Kategorisi	Erkek		Kadın		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hiç yapmayanlar	6.979	91	9.120	95,3	16.099	93,4
1-3 gün	459	6	305	3,2	764	4,4
4-7 gün	230	3	149	1,6	379	2,2
Total	7.668	100	9.574	100	17.242	100

Yaş gruplarına göre fiziksel faaliyet değerlendirilmesi yapılmış ve oranlar tablo 96’da sunulmuştur. Ağır düzeyde faaliyetlerin 25-34 ve 35-44 yaş gruplarında en yüksek orana sahip olduğu, orta düzeyde faaliyetlerin benzer şekilde 25-34 ve 35-44 yaş gruplarında yüksek orana sahip olduğu söylenebilir. 10dk yürüme içinse yaş arttıkça oranlar azalmaktadır. En genç grupta evet diyenlerin oranı %86,7 iken 75+ grupta %52,8 e düşmüştür.

Tablo 96. Fiziksel Aktivite ve yaş grupları

n (%)	Yaş grupları						
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Hafif düzeyde faaliyet	1142	1041	1126	1211	1086	956	795
	39,3	34,6	32,7	40,3	45,9	61,9	82,2

Orta düzeyde faaliyet	1646	1754	2018	1605	1209	569	165
	56,7	58,3	58,6	53,4	51,1	36,8	17,1
Ağır düzeyde faaliyet	117	211	300	191	73	20	7
	4,0	7,0	8,7	6,4	3,1	1,3	0,7

Eğitim düzeylerine göre fiziksel aktiviteler değerlendirildiğinde, 10 dk yürüyüş aktivitesi en az okuryazar olmayanlarda en fazla yüksekokul, fakülte ve YL-Doktora mezunlarında gözlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça yürüyüş yapma oranları yükselmektedir. Okuma-yazma bilmeyenlerde bu oran %78,1 iken, Yüksekokul/Fakülte veya Yüksek lisans-doktora mezunlarında ise %88,9'dur. Ağır ve orta düzeyli faaliyetlerin oranı en yüksek ilköğretim mezunlarında bulunmuştur.

Medeni duruma bakıldığında evli ve bekâr olanlar, dul bireylere göre daha yüksek fiziksel aktivite oranlarına sahiptir. Hafif düzeyde fiziksel aktivite oranı ise dullarda daha yüksektir.

Fiziksel aktivite düzeyleri ile depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında 10 dk yürüyüş sorusuna evet cevabını verenlerin oranının en yüksek olduğu grup hiçbir zaman kendimi bunalımda hissetmedim diyenlerdir (tablo 97). Diğer aktiviteler için bunalımda hissetme durumlarına göre değerlendirme tablo 98'de sunulmuştur.

Tablo 97. Fiziksel Aktivite Yürüyüş ve Bunalımda hissetme

n (%)		Bunalım (son 2 haftada)			
		Hiç	Bazı günler	Bir haftadan Fazla	Neredeyse her
10 dk yürüyüş	Evett	8334	4829	350	458
		83,70	79,20	72,60	64,20
	Hayır	1618	1266	132	255
		16,30	20,80	27,40	35,80

Tablo 98. Fiziksel Aktivite ve Bunalımda hissetme

n (%)		Bunalım (son 2 haftada)			
		Hiç	Bazı günler	Bir haftadan Fazla	Neredeyse
Hafif düzeyde faaliyet		3963	2722	252	420
		39,8	44,7	52,3	58,9
		5434	3062	205	265

Orta düzeyde	54,6	50,2	42,5	37,2
Ağır düzeyde faaliyet	555	311	25	28
	5,6	5,1	5,2	3,9

2016 veri setinde, ihtiyaç duyulan tedaviler olduğu halde ödeme güçlüğü ile ilgili durum yüzünden tedavi alamayan bireyler bulunmaktaydı. Son 12 ay içerisinde, aşağıdaki tedavilere ihtiyacınız olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılayamadığınız oldu mu? Sorusuna verilen yanıtlar tablo 79’da sunulmuştur.

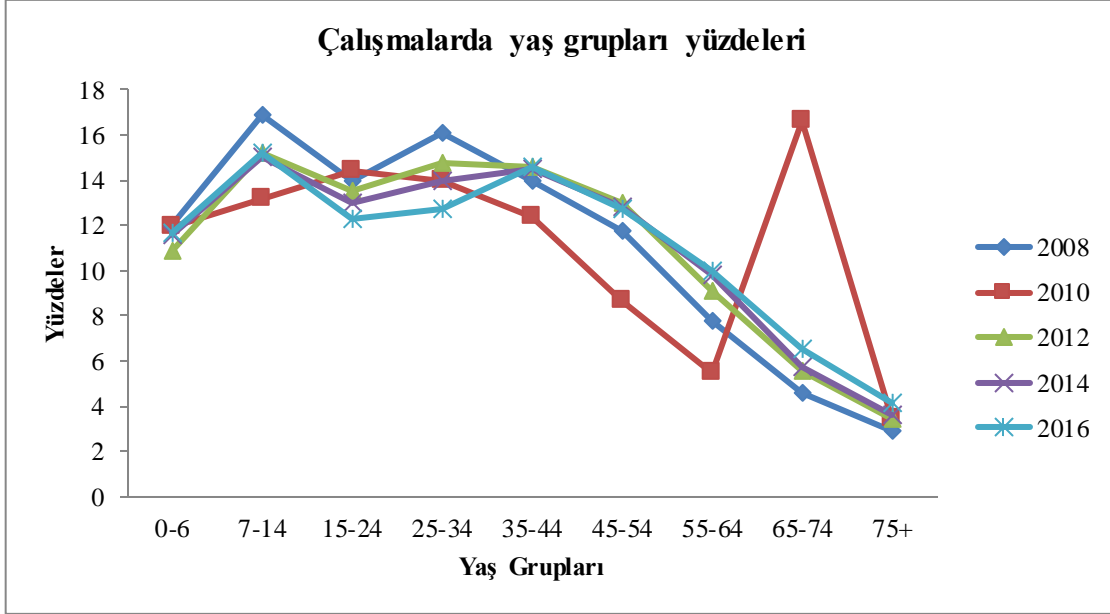
Tablo 99: Ödeme Güçlüğü ve Aşağıdaki Tedavi İhtiyacı

		n	%
Tıbbi Bakım	Evet	1474	8,5
	Hayır	14277	82,8
	İhtiyacım olmadı	1491	8,6
Dış Bakımı	Evet	1662	9,6
	Hayır	13666	79,3
	İhtiyacım olmadı	1914	11,1
Ruhsal Tedavi	Evet	392	2,3
	Hayır	13007	75,4
	İhtiyacım olmadı	3843	22,3
Reçete Edilen İlaç	Evet	987	5,7
	Hayır	15100	87,6
	İhtiyacım olmadı	1155	6,7

4.6. Yıl Bazında Karşılaştırmaya Ait Bulgular

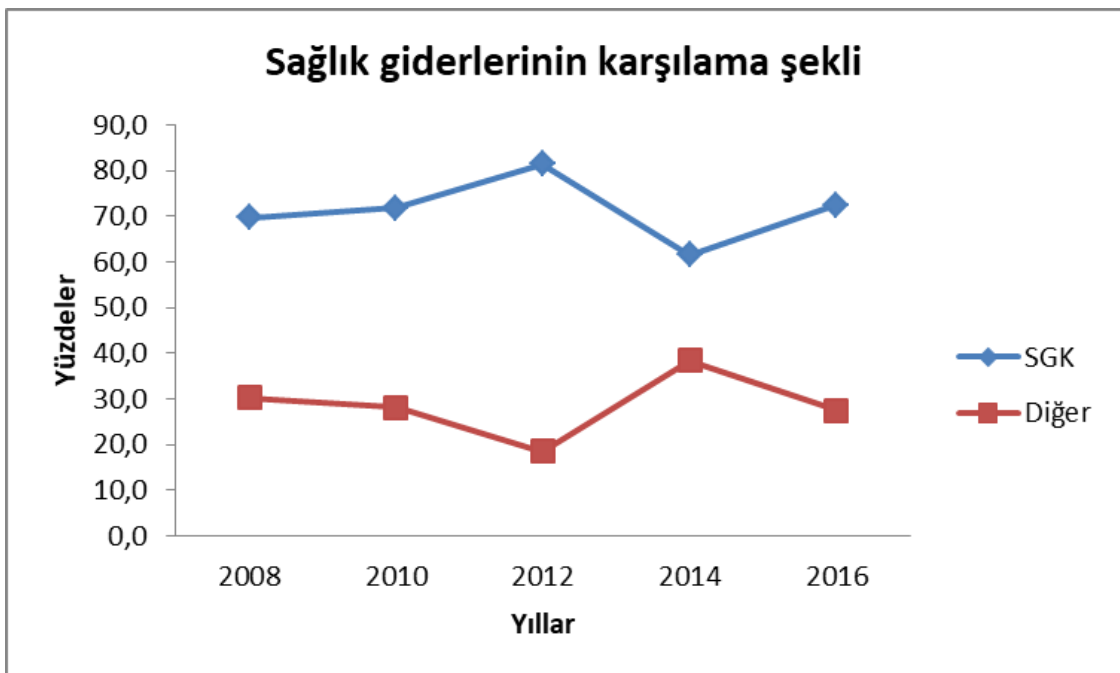
Türkiye Sağlık Araştırmalarına ait 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarına ait verilerin yıl bazında değişimleri sunulmuştur. Yaş grupları incelendiğinde çalışmaya katılan bireylerin yaş grupları oranları yıllara göre sunulmuştur (grafik 42).

Grafik 42: Yıl bazında yaş grupları yüzdeleri



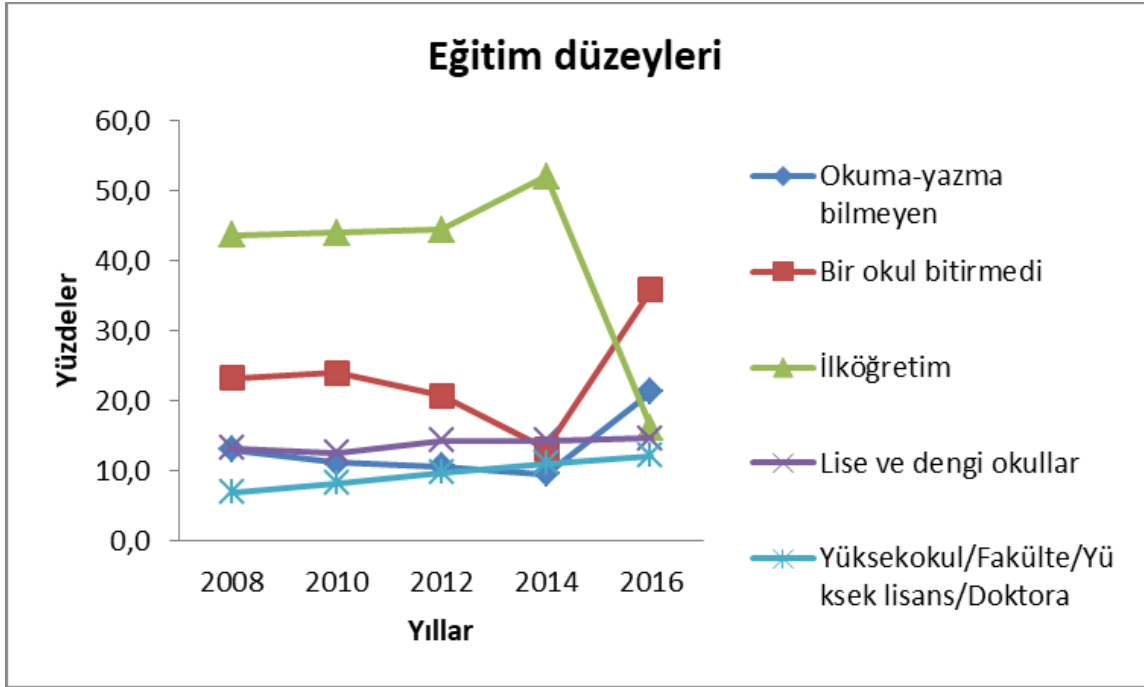
Sağlık giderlerinin karşılanma şekli incelendiğinde çalışmaya katılan bireylerin grup oranları yıllara göre sunulmuştur (grafik 43). Bu şekilde 2014 ve 2016'da daha düşük SGK oranının elde edilme sebebi GSS'nin SGK kapsamında değerlendirilmemesidir.

Grafik 43: Yıl bazında giderlerin karşılanma tipi yüzdeleri



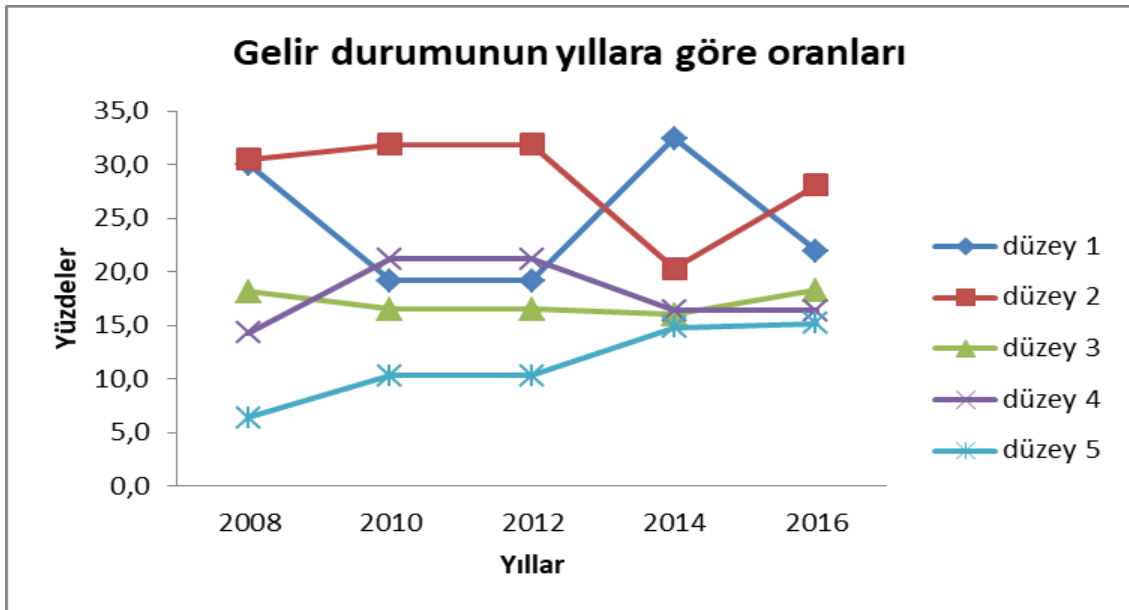
Eğitim d¼zeyleri incelendiğinde çalışmaya katılan bireylerin grup oranları yıllara g¼re sunulmuştur (grafik 44).

Grafik 44: Yıl bazında eğitim d¼zeyleri



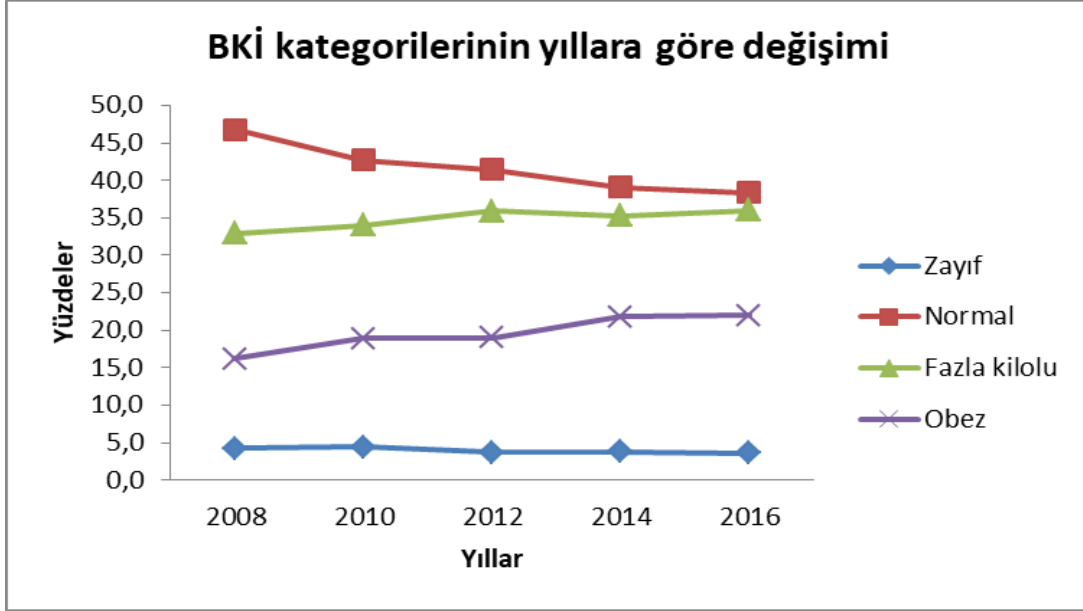
Gelir d¼zeyleri incelendiğinde çalışmaya katılan bireylerin yıllara g¼re oranları sunulmuştur. Burada d¼zey olarak adlandırılma sebebi; 2008, 2010 ve 2012’de aynı değerlerken 2014 ve 2016 da kategorilerin değerleri değiştiği içindir (grafik 45).

Grafik 45: Yıl bazında gelir d¼zeyleri



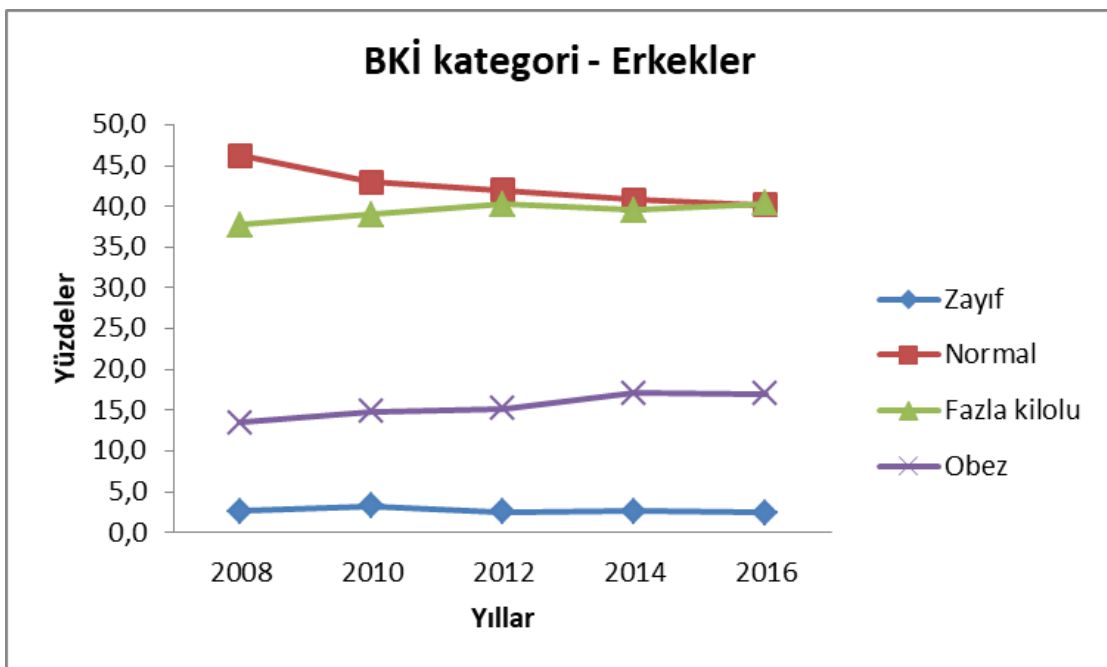
BKİ kategorileri incelendiğinde çalışmaya katılan bireylerin yıllara göre oranları sunulmuştur (grafik 46). Çalışmaya alınan bireylerde obezite yüzdelerinin yıllar boyunca arttığı görülmüştür.

Grafik 46: Yıl bazında BKİ düzeyleri

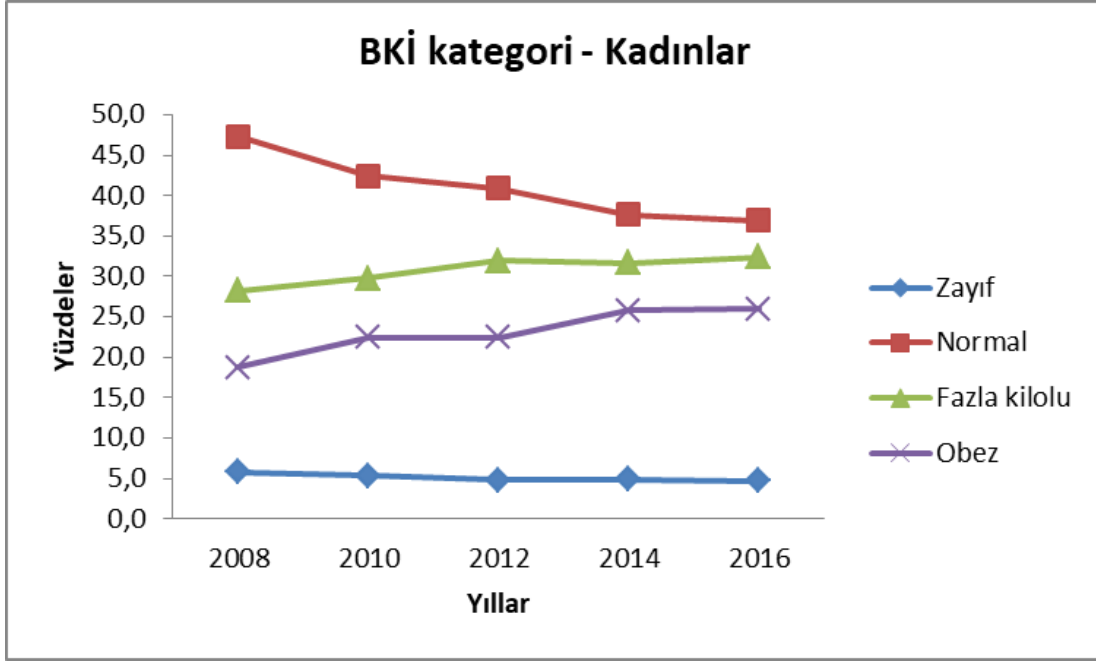


Cinsiyet bazında BKİ kategorileri incelendiğinde çalışmaya katılan bireylerin yıllara göre oranları sunulmuştur (grafik 47 ve 48). Çalışmaya alınan bireylerde obezite yüzdelerinin yıllar boyunca arttığı görülmüştür.

Grafik 47: Erkeklerde yıllara göre BKİ düzeyleri

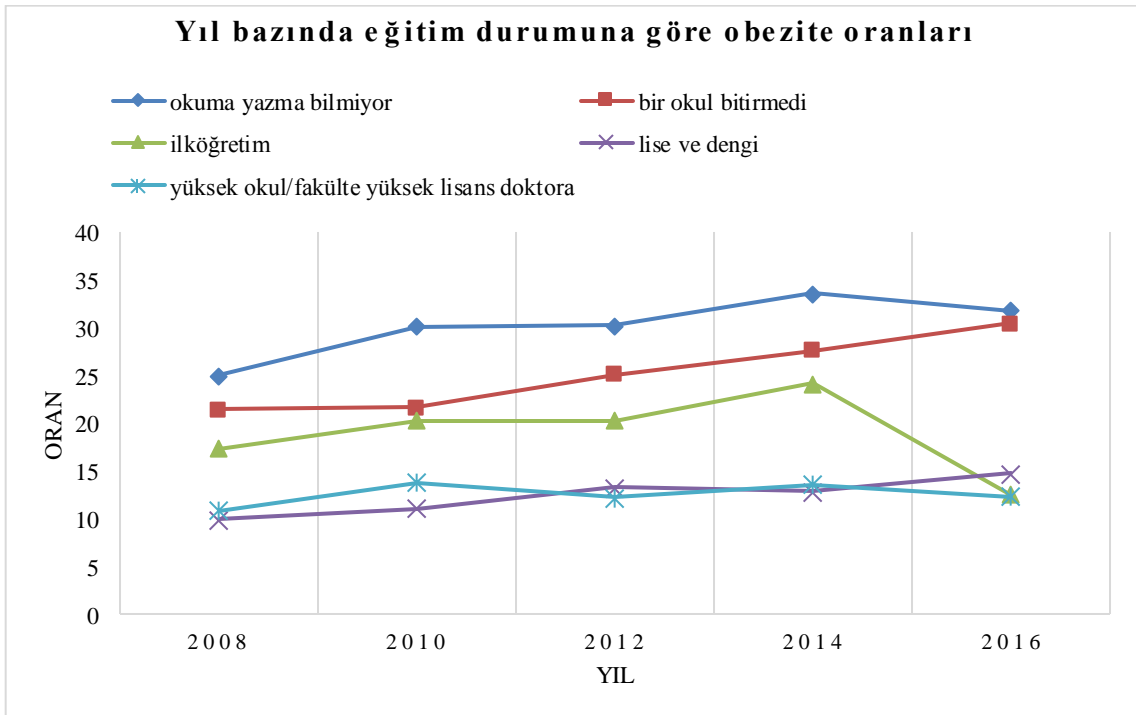


Grafik 48: Kadınlarda yıllara göre BKİ düzeyleri



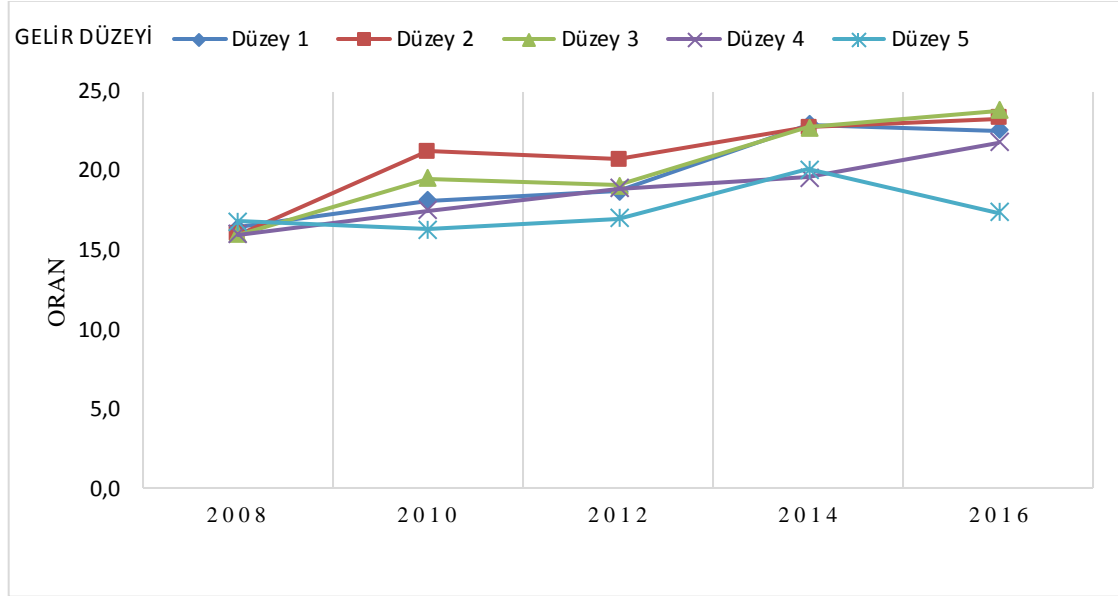
Eğitim düzeylerine göre obezite oranlarına grafik 49'a bakıldığında okuma yazma bilmeyenlerde ve bir okul bitirmeyenlerde obezite oranı yıllara göre artış göstermiştir. İlköğretim okulu mezunlarında ise son dönemde düşüş yaşadığı görülmektedir.

Grafik 49: Yıl bazında eğitim durumuna göre obezite oranları



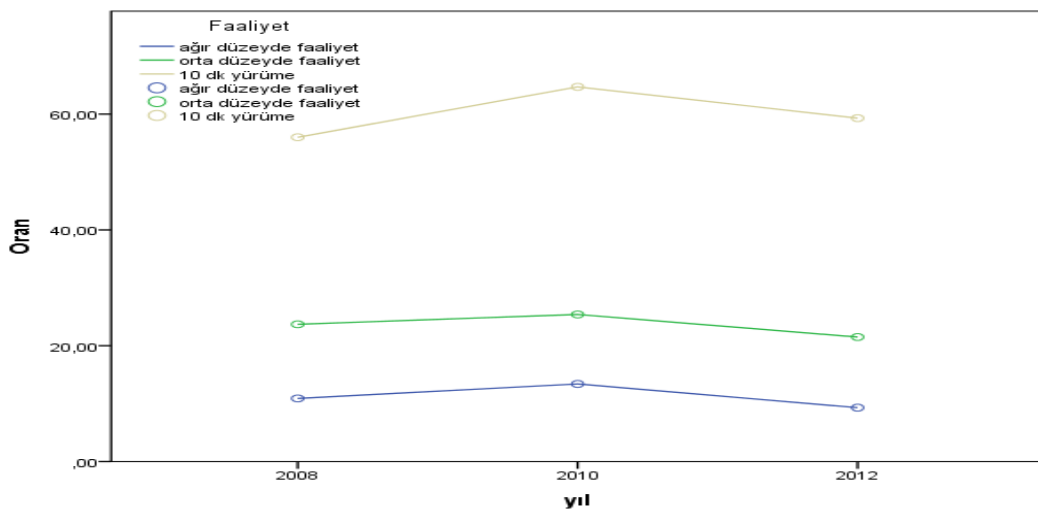
Yıl bazında gelir durumuna göre obezite oranlarına grafik 50’de bakıldığında her gelir grubunda 2008 yılından bu yana bir artış görülmektedir. Ayrıca gelir düzeyi 5 olanlarda 2014 yılından 2016 yılına obezite oranında bir düşüş olduğu gözle çarpılmaktadır.

Grafik 50: Yıl bazında gelir durumu göre obezite oranları

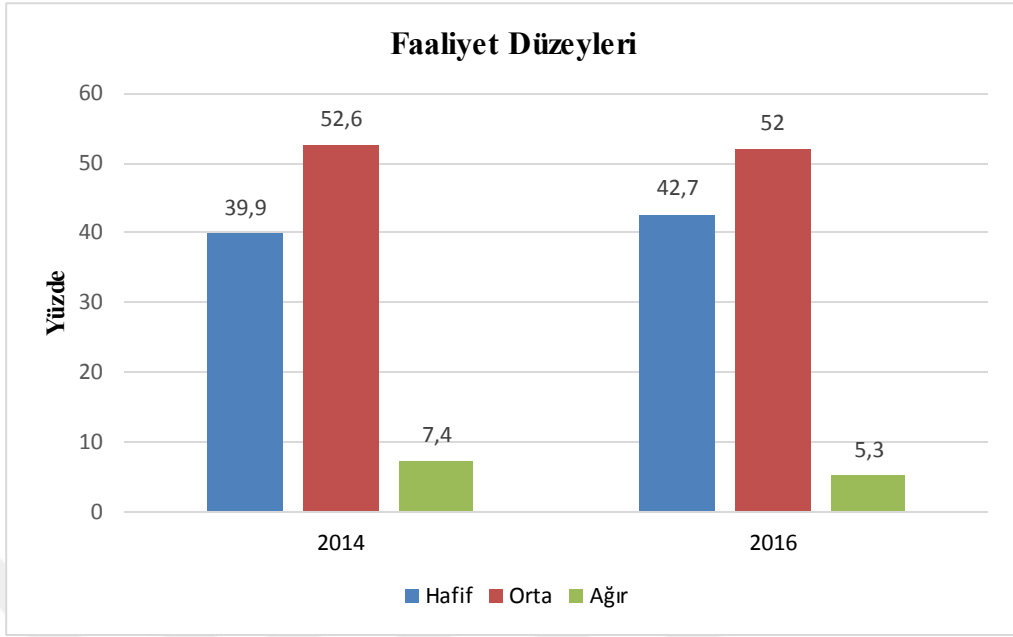


Fiziksel aktivite düzeyine göre 2008 ve 2012 yılları arasında 10 dakikalık yürüyüş yapma oranında artış yaşandığı grafik 51’de görülmektedir. 2014 ve 2016 yıllarını karşılaştırdığımızda ise hafif düzeyde fiziksel aktivitede artış, ağır düzeyde fiziksel aktivite oranında ise azalma görülmüştür (grafik 52).

Grafik 51: Yıl bazında 10 Dakikalık Yürüyüş Yapma Oranı



Grafik 52: 2014 – 2016 Yılı fiziksel aktivite oranları



Tütün mamulü kullanım oranlarına yıl bazında bakıldığında soruların yıllara göre değişiklik göstermesiyle birlikte 2010 ve 2012 yıllarında “hiç tütün mamulü kullandınız mı?” sorusuna (bir kez dahi olsa) verilen olumlu yanıt oranının arttığı Grafik 53’de görülmektedir.

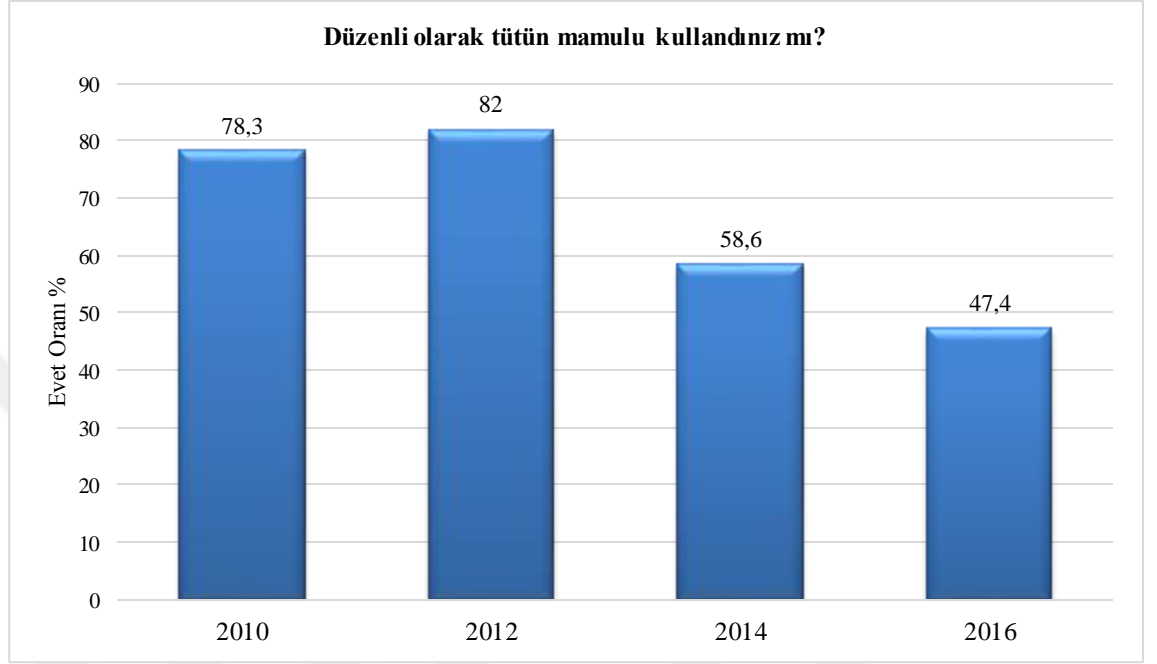
Grafik: 53 Tütün mamulü kullanım Oranı 2010 - 2012



Türkiye Sağlık Araştırmalarında 2008 yılında tütün kullanımını ile ilgili herhangi bir soru yer almadığından 2010 ve 2016 yılları arasında “düzenli olarak tütün mamulü

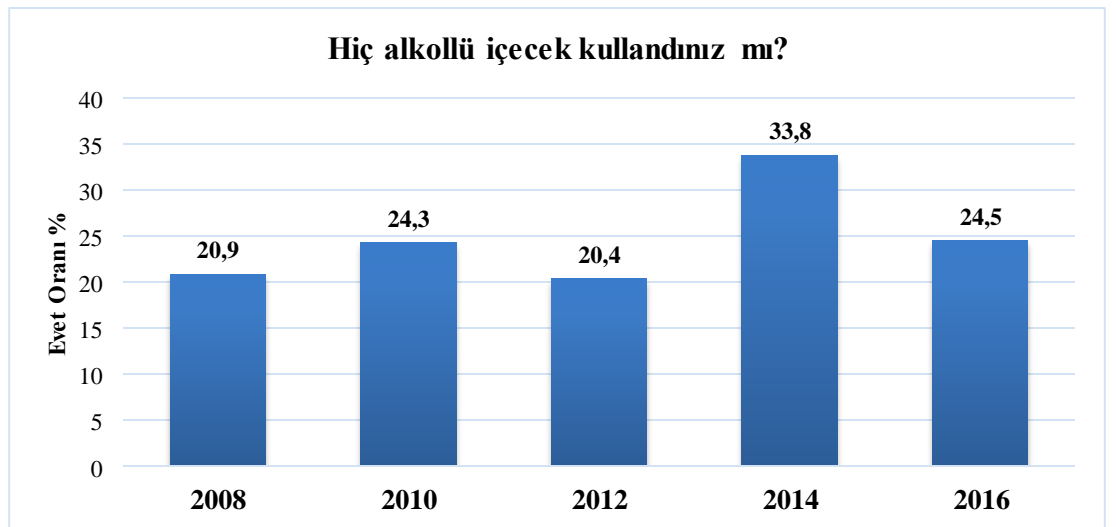
kullandınız mı?” sorusuna evet diyenlerin oranı 2012 yılı dışında azalan bir seyir göstermektedir. 2010 yılında % 78,3 olan oranın % 39 civarında azalarak 2016 yılında % 47,4’e düşmüştür.

Grafik: 54 Düzenli Olarak Tütün mamulü kullanım Oranı 2010 - 2016



Türkiye Sağlık Araştırmasında 2008 ve 2016 yılları arasında ‘hiç alkollü içecek kullandınız mı?’ sorusuna verilen evet oranları yıllara göre artış ve azalış göstermektedir. 2008 yılında % 20,9 olan oran 2016 yılında % 24,5 olmuştur.

Grafik: 55 Alkollü İçecek kullanım Oranı 2008 - 2016



5. TARTIŞMA

Dünya’da ve ülkemizde obezite, fiziksel inaktivite, tütün ve tütün ürünleri kullanımı ve alkol bağımlılığı önemli halk sağlığı sorunlarının başında yer almaktadır. Önlenabilir bulaşıcı olmayan hastalıkların önemli risk faktörleri arasında yer alan bu halk sağlığı sorunları, 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yılı TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması verilerinden elde edilen bulgular ışığında bu bölümde tartışılacaktır. Tartışma bölümü, obezite, fiziksel aktivite, tütün ve tütün ürünleri kullanımı ve alkol kullanımı başlıkları altında ele alınarak literatürden elde edilen bilgiler çerçevesinde değerlendirilecektir. Tartışma bölümünde, bu çalışmanın verilerini belirtmek için araştırmanın adı “Türkiye Sağlık Araştırması” olarak anılacaktır. Bazı bölümlerde veriler ele alınırken en son yapılan çalışma olan 2016 yılı verileri baz alınarak tartışma gerçekleştirilecektir.

5.1 Obezite

Obezite gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin giderek büyüyen sağlık problemi olmakla birlikte fazla kilolu ve obezite durumu her yıl yaklaşık 3,4 milyon ölümden ve 2010 yılında 93,6 milyon DALY’den sorumludur (83).

Ülkemizde 2016 yılında yapılan Türkiye Sağlık Araştırmaları verilerine göre obezite oranı % 22 (≥ 30), fazla kilolu olma oranı ise % 36 olarak tespit edilmiştir. Yıllara göre artış oranına baktığımızda ise 2008 yılında % 16,2 olan obezite oranının 2010 yılında % 18,9, 2012 yılında % 19, 2014 yılında % 21,8, 2016 yılında ise % 22 olduğu ve yıllara göre artış yaşandığı görülmektedir. Fazla kilolu olma durumunda ise 2008 yılında % 32,9, 2010 yılında % 34, 2012 yılında % 35,9, 2014 yılında % 35,3, 2016 yılında % 36 olmak üzere artışın olduğu göze çarpmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün verileri de Türkiye Sağlık Araştırması verilerini destekler durumdadır. Global düzeyde 1980’li yıllarda % 3,7 olan obezite oranı, 2000 yılında % 8,7, 2010 yılında % 11,2, 2016 yılında ise % 13,1 olarak tespit edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinde de aynı artış söz konusudur. 1980 yılında % 11,2 olan obezite oranı, 2000 yılında %17,2, 2008 yılında % 20, 2010 yılında % 20,8, 2016 yılında ise % 23,3 olmuş ve yıllara göre artış yaşanmıştır. 2008 yılından bu yana Avrupa’da ortalama % 16’lık bir artış yaşanırken ülkemizde ise % 35’lik artışla çok daha yüksek oranda gerçekleşmiştir (59).

Obezite oranlarını cinsiyete göre ele aldığımızda, kadınlarda obezite oranının erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak fazla kilolu olma durumunda

ise obezite de görülen durumun aksine erkeklerdeki oranın kadınlara göre daha yüksek olması dikkat çekicidir. Ülkemizde Türkiye Sağlık Araştırması 2016 yılı verilerine göre erkeklerde obezite oranı % 17 iken kadınlarda obezite oranı ise % 26'dur. Fazla kilolu olma durumunda ise erkeklerde oran % 40,4, kadınlarda ise % 32,4'dür. OECD ülkelerinde arada çok büyük bir fark olmamakla birlikte kadınlarda obez birey ortalaması % 20 iken erkeklerde ise % 19'dır. Ancak OECD ortalamasının üstünde yer alan ülkelerde kadınlarda obezite oranının erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir. Amerika (kadın % 41, erkek % 35,5), Şili (kadın % 30,7 erkek % 19,2) Macaristan (kadın % 31,5 erkek % 28,2), Meksika (kadın 37,5 erkek % 26,8) ve Rusya'da (kadın % 23,2 erkek % 14,5) kadınlarda obezite oranlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır (69).

Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre yaş gruplarına göre obezite oranları en çok 45 ile 54 yaş grubunda fazladır. Fazla kilolu bireylerin oranlarının yaşa göre dağılımı incelendiğinde, bireylerin oranları 45 yaşına kadar artmış 45 yaşından sonra tekrar azalmaya başlamıştır. Obezlerde bu durum 55 yaşta benzer şekildedir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışma olan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'na göre (2010) yaş gruplaması farklı olmasına rağmen 31-50 yaşta oran % 29,5, 51-64 yaş aralığında obezite oranı % 42,6 olarak tespit edilmiştir (44). Amerika'nın 2015 yılı Ulusal Sağlık Anketi sonuçlarına göre (National Health Interview Survey, 2015) obezite en çok 45-64 yaş aralığında yüksek olmakla birlikte 18-44 yaş aralığında obezite oranı % 26,8, 45-64 yaş aralığında % 35,4, 64-74 yaş aralığında % 32,8, 75 yaş ve üzerinde ise % 22,1'dir. Bu veriler Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarını desteklemektedir. Obezite oranı yaşla birlikte artmakla birlikte yapılan çalışmalarda genellikle 30 yaş civarında artmaya başlayan obezite oranı 60 yaş ile birlikte azalmaya başlamıştır (72).

Türkiye Sağlık Araştırması 2016 yılı verilerine göre obezite oranlarının okuma yazma bilmeyenler ve bir okul bitirmeyenlerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak daha önceki yıllarda yapılan araştırmalarda okuma yazma bilmeyenler, bir okul bitirmeyenlere ek olarak ilköğretim mezunlarında da obezite oranının yüksek olduğu görülmektedir. 2008, 2010, 2012 yıllarında ise yüksekokul/lisans, yüksek lisans veya doktora mezunlarının ise en yüksek fazla kilolu oranına sahip olması dikkat çekicidir. Obezitenin en büyük nedenlerinden biri olan hareketsiz iş yaşamı ve sürekli masa başında çalışıyor olmak özellikle yüksek lisans ve doktora mezunlarında kilolu olma oranının

yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Kilolu ve obez olma durumunda, OECD ülkelerinde düşük eğitim seviyesine sahip kadınların kilolu olma durumu, yüksek eğitim seviyesine sahip kadınlara göre 2 – 3 kat daha fazla iken farklı eğitim seviyelerine sahip erkekler arasında ise farklılığın az olduğu gözlenmektedir. Erkeklerde bu fark daha az olmasına rağmen, gittikçe büyümektedir (71).

Türkiye Sağlık Araştırması verilerinde obezite oranlarında genel olarak gelir düzeyleri arasında çok büyük farklılıklar olmamakla birlikte gelir düzeyi yüksek olan bireylerde obezite oranı diğer gelir grupları ile karşılaştırıldığında düşüktür. Fazla kilolu olma durumunun ise orta ve yüksek gelir grubunda yüksek olduğu görülmektedir. Gelir düzeyi arttıkça obezite oranı düşmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre ise durum farklılık göstermekte ve 2016 yılında gelir düzeyi artıkça obezite oransal olarak artmaktadır. Ayrıca 1990 yılından bu yana obezite oranının her gelir grubunda artış gösterdiği görülmektedir (58). Amerika'da ise durum Türkiye Sağlık Araştırması verileri ile paralellik göstermektedir. Gelir düzeyi 35.000 dolardan az olanlarda obezite oranı (% 33.3), 35.000 dolardan fazla geliri olanlara göre (%28.2) daha yüksektir. Gelir düzeyi yüksek olanlarda fazla kilolu olma durumu yüksektir (72).

Türkiye Sağlık Araştırması verilerini yıllar bazında gelir düzeyine göre obezite oranını incelediğimizde farklılıklar gözümüze çarpmaktadır. 2008 yılında obezite oranının ilk olarak en fazla yüksek gelir grubunda iken, ondan sonra en düşük gelir grubunda olması, 2010 - 2012 - 2014 yıllarında ise düşük gelir grubunda, 2016 yılında ise her gelir grubunda oranların birbirine çok yakın olmasına rağmen en fazla orta gelir grubunda görülmesi ilginçtir. Bu durumun araştırmada 2008 -2010- 2012 yıllarında aynı alınan gelir düzeyi aralıklarının, 2014 ve 2016 yıllarında farklı gelir düzeyi aralıklarında alınması etkili olabileceği düşünülmektedir.

Beden kitle indeksine göre kronik hastalıklar incelendiğinde, Türkiye Sağlık Araştırması verilerinde; astım, kronik bronşit, kronik obstruktif akciğer hastalığı, enfarktüs, koroner kalp yetmezliği, kalp hastalığı, hipertansiyon, inme-felç, arthrosis, romatizmal-eklem hastalığı, bel ve boyun bölgesi rahatsızlığı, şeker hastalığı, alerji, ülser, karaciğer yetmezliği, kanser, migren, idrar kaçırma, kaza- sakatlık, kaygı, depresyon, diğer ruhsal problemler gibi hastalıkların varlığı obezlerde en yüksek oranlarda çıkmıştır. Beden kitle indeksi artışı hastalığa sahip olma oranını arttırmaktadır. Kronik hastalıkların görülme sıklıkları obezlerden sonra fazla kilolularda yüksek oranlara sahiptir. Literatürü

incelediğimizde obezite, koroner kalp hastalığı risk faktörlerinden sayılan yüksek tansiyon ve diyabet ve dislipidemi riskini artırarak koroner kalp hastalığı morbidite ve mortalitesine önemli ölçüde etkilemektedir. Son yıllarda obezitenin ölçümünde kullanılan beden kitle indeksi gibi ölçüm yöntemleri kronik kalp hastalıklarının riskinin belirlenmesinde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (57). Kanada'da 4803 kişi ile yapılan çalışmada obez olanlarda multi morbitide oranı obez olmayanlara göre yüksektir. Yapılan çalışmada 2.979 katılımcının en az bir kronik hastalığa sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Obeziteye sahip olmak obez olmayanlar ile karşılaştırıldığında multi morbitide olma olasılığını iki kat (odds ratio = 2.2, 95% CI 1.9 – 2.7) arttırmaktadır (73).

İrlanda'da 18 yaş üzeri 10,364 yetişkinde yapılan kesitsel çalışmada; kronik hastalığın yaygınlığı beden kitle indeksi arttıkça artmaktadır. Normal kilolular ile karşılaştırıldığında, kadınlarda obezite ile diyabet (RR 3.9, 95% CI 2.5-6.3) arasında, erkeklerde ise hipertansiyon (RR 2.1, 95% CI 1.6-2.7), osteoartrit (RR 2.0, 95% CI 1.2-3.2) arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (74).

Obezitenin klinik olarak değerlendirilmesinde beden kitle indeksine ek olarak son yıllarda bel çevresi de yaygın olarak kullanılmaya başlayan antropometrik ölçümlerden biridir (55, 57). Özellikle bu yöntem kronik kalp hastalıklarının riskinin belirlenmesinde yaygın olarak kullanılır hale gelmiştir (57). Özellikle sedanter yaşam ve bel çevresindeki artış şeklinde ele alınan abdominal obezitenin metabolik sendrom ve Tip 2 diyabetin gelişimi ile güçlü bir ilişkisi vardır (54).

Türkiye Sağlık Araştırması'nda bel çevresi ile ilgili değerlendirme yapılırken kadınlarda bel çevresi < 80 cm olanlar normal, 80-87 cm arasında olanlar artmış riskli, 88 ve üzeri olanlar ise yüksek riskli grupta yer almıştır. Erkeklerde ise bel çevresi < 94 cm olanlar normal, 94-101 cm arasında olanlar artmış riskli, 102 ve üzeri olanlar ise yüksek riskli grupta yer almıştır. 2008, 2010 ve 2012 yıllarında bel çevresi ile ilgili anket sorusu araştırmada yer almakta ancak 2014 ve 2016 yıllarında soru bulunmamaktadır. Artmış risk oranı erkek ve kadınlarda sırayla 2008 yılında % 17,4, % 35,3; 2010 yılında % 20,3, % 41,5 ve 2012 yılında ise % 17,9 % 40,0 şeklindedir. Cinsiyet bazında yapılan değerlendirmede erkeklerde risklerin kadınlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Kadınlarda artmış risk (% 26,6) ve yüksek risk (40,0) oranı erkeklere göre fazladır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri arasında yapılan ve toplam 920 öğrencinin katıldığı “öğrencilerde vücut kitle indeksi ve bel çevresi değerlerinin incelenmesi” konulu araştırmada, bel çevresi ortalaması erkeklerde $79,98 \pm 8,15$ cm ve bayanlarda $67,01 \pm 6,36$ cm olarak bulunmuştur. Erkeklerde bel çevresi ortalaması % 93,8 (94 cm den küçük), kadınlarda ise % 95,4 (80 cm den küçük) normal sınırlar içinde olduğu tespit edilmiştir. Öğrenciler arasında VKI'ne göre şişman öğrenci % 1,5, bel çevresine göre erkeklerde % 3,1, kadınlarda % 1,4 olarak ortaya konmuştur (55).

Amerika'da, 1999–2012 yılları arasında 20 yaş ve üzeri 32.816 yetişkinle Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması (National Health and Nutrition Examination Survey) yapılmıştır. Bu araştırma sonuçlarına göre; 1999-2000 yıllarında bel çevresi ortalaması 95,5 cm iken (erkek 99,0, kadın 92,2), 2005-2006 yıllarında 97,3 cm (erkek 101,3, kadın 93,6), 2011-2012 yılında ise 98,5 cm (erkek 101,0 kadın 96,0) olarak tespit edilmiştir. Erkeklerde ortalama bel çevresi 1999-2000'de 95,5 cm den (95% CI, 94,2-96,8 cm) kademeli bir şekilde 2011-2012 yılında 98,5 cm'e (95% CI, 97,5-99,4 cm) yükselmiştir. Aynı artış kadın cinsiyette de yaşanmıştır. Obezite oranı ise 1999-2000 yılında % 46,4 iken 2011-2012 yılında % 54,2 tespit edilmiş kadın ve erkeklerde önemli bir artış yaşanmıştır (84). Ankara Üniversitesi ve Amerika'da yapılan çalışmalarda bel çevresi oranlarının erkeklerde daha yüksek olması, artmış ve yüksek riskin kadınlarda yüksek olduğu Türkiye Sağlık Araştırması verilerini desteklemektedir.

Ülkemizde obezite ile mücadele son on yılda büyük ivme kazanmıştır. 2006 yılında İstanbul'da “Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı” düzenlenmesi sonrasında “Avrupa Obezite ile Mücadele Belgesi” imzalanarak obezitenin küresel bir sağlık sorunu olduğuna dikkat çekilmiştir. 2006 yılında Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı kurulmuştur. (91)

Türkiye'de “Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014)” obezitenin önlenmesinde atılacak olan adımları belirlemek için hazırlanmıştır. Program obezitenin önlenmesinin yanı sıra fiziksel aktiviteyi teşvik etmeyi de amaçladığından programın adı daha sonra “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” olarak değiştirilmiş ve Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır. Bu program kapsamında “Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı” (2011-2015) hazırlanmış ve uygulamaya geçilmiştir. 2012 yılında yayımlanan Etiket Yönetmeliği'ne göre Günlük Karşılama Miktarları uygulaması için kampanyalar

yapılmıştır. “Beden Kitle İndeksi” ve “Hareket Et” adlı iki kamu spotu ile “porsiyon küçültme” ve “günde 10.000 adım atıyoruz” başlıklı afiş, billboard gibi medya araçları ile tüm yurttan “Obezite Mücadele Hareketi” kampanyası başlamıştır. Obezite tedavisinde cerrahisi müdahaleler ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Yürütülmekte olan diğer bir program ise Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı’dır (2011- 2014). Sağlık Bakanlığı’nın 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile yeniden yapılandırılması sürecinde yeni stratejik plan ile uyumlu olması amacıyla “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” 2014 - 2017 dönemi için güncellenmiştir (91, 92).

Sağlık Bakanlığı’nda obezite ile mücadele de oluşturulan hedef, stratejilere ve yapılan çalışmaları incelediğimizde geniş kapsamlı çalışmaların yanı sıra özellikle çocuklar, gebeler, emziciler ve yaşlılar gibi farklı risk gruplarına yönelik çalışmalarında olduğu gözle çarpılmaktadır. Okul öncesinden başlamak üzere ilköğretim, ortaöğretim ve üniversitelerde farklı eğitim kademelerinde yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili müfredat programları iyileştirilmiş ve tüm yurttan medya kampanyaları düzenlenmiştir (26).

5.2 Alkol Kullanımı

Dünya çapında her yıl 3,3 milyon kişi zararlı alkol kullanımından ölmekte ve alkolle bağlı ölümler bütün ölümlerin % 5,9’unu oluşturmaktadır. Alkolün zararlı kullanımı toplam hastalık yükünün % 5,1’ini oluşturarak toplumlarda ise sosyal ve ekonomik yük oluşturmaktadır (86).

Türkiye Sağlık Araştırması 2016 yılı verilerine göre alkoli dendiğini belirtenlerin oranı % 24,5’dür. Düzenli olarak alkol kullananların oranı ise deneyenler içinde 2008 yılında % 13,8, 2010 yılında %17,3, 2012 yılında % 13,4’dür. Araştırmada yıllara göre alkol ile ilgili sorulan sorular farklılık göstermektedir. Alkol kullanımını erkeklerde, yaş dağılımı ise yıllara göre farklılık göstermekle birlikte, 2010 ve 2012 yıllarına bakıldığında 45-54 yaş arasında fazladır. Medeni duruma bakıldığında ise düzenli alkol kullanımını evli bireyler ve dullarda bekârlara göre daha yüksek orandadır. 2008 ve 2016 yılları arasında “hiç alkollü içecek kullandınız mı?” sorusuna verilen evet oranları yıllara göre artış ve azalış göstermektedir. 2008 yılında % 20,9 olan oran 2016 yılında % 24,5 olmuştur.

Amerika'nın 2015 yılı Ulusal Sağlık İstatistiklerine göre mevcut düzenli alkol (current regular drinker) kullananların oranı erkeklerde % 60,5 kadınlarda ise % 44,1'dir. Yaş gruplarına baktığımızda ise 18-44 yaş % 56,9, 45-64 yaş arası % 52,3, 65-74 yaş arası % 41,5, 75 yaş ve üzeri ise % 30'dur. Eğitim düzeyi yükseldikçe alkol kullanım oranı artmaktadır. 35.000 \$ altında geliri olanlarda alkol kullanım oranı % 39,2, 35.000 \$ üzerinde geliri olanlarda ise % 58,6'dır. Medeni durumda alkol kullanım oranları birbirine yakın olmasına rağmen evli ve partneri ile birlikte yaşayanlarda yüksektir (79). Bu veriler Türkiye Sağlık Araştırması verilerini desteklememekle birlikte, literatürde dini ve kültürel geleneklerin alkol kullanımını toplumlarda farklılaştırdığı belirtilmektedir.

Türkiye Sağlık Araştırması verilerine göre beden kitle indeksi ve alkol kullanım arasındaki ilişkiye bakıldığında ise düzenli alkol kullanımı obez bireylerde daha fazladır. İngiltere'de 8.864 kişiye yapılan sağlık anketi çalışmasından (Health Survey for England) elde edilen veriler Türkiye Sağlık Araştırmasını desteklemektedir. İngiltere'de yapılan çalışmada alkol tüketimi ve obezite arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca alkol alımının neden olduğu kalori obezitenin artmasına önemli katkıda bulunmaktadır (87).

Kanada ve Avustralya'da 2013 yılında 2500 katılımcı ile yapılan çalışmada tehlikeli alkol kullanımı (hazardous alcohol use) ile sosyo-demografik karakteristiklerin karşılaştırması yapılmıştır. Kanada'da yüksek gelir düzeyi (OR, 1.92; 95% CI, 1.24 ile 2.96), herhangi bir dine sahip olmama (OR, 1.46; 95% CI, 1.14 ile 1.87; p=0.003), yalnız yaşama ile tehlikeli alkol kullanımı ilişkilendirilmiştir. Kanada ve Avustralya'da tehlikeli alkol kullanımı (18-24 yaş) genç yaşlarda görülmektedir (81).

2010-2011 yılları arasında Hindistan'da 15 yaş ve üzeri erkeklerde yapılan kesitsel çalışmada mevcut alkol içenlerin (current drinkers) oranı evli bireylerde ve 25-44 yaş grubunda en fazla, 55 yaş ve üzerinde ise en azdır. Gelir, eğitim durumu ve sosyo-ekonomik statü ile alkol kullanımı arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (82).

Aşırı alkol tüketimi, karaciğer sirozu gibi karaciğer rahatsızlıklarına, sindirim sistemi, karaciğer, kolorektal gibi kanser türlerine ve intihar gibi sağlık problemlerine neden olabilir. Aşırı alkol alımı ayrıca anti-sosyal kişilik yapısına, motor becerilerde azalmaya, dengesiz davranışlara, saldırganlıkta artmaya ve istemli davranışlarda kontrol kaybına, aile ilişkilerinde bozulma ve alkole bağlı kazalara neden olmaktadır (54).

Fransa’da yapılan araştırmada, gelir düzeyi ile tütün ve alkol tüketicisi arasında herhangi bir ilişki bulunamamış olup, ancak alkol kullanmayan ve normal bir tüketicisi olan kadınların aksine alkol bağımlısı olma durumunda pozitif bir etkisi (OR:1.14; 95% CI: 1.02–1.28) olduğu görülmektedir (62).

Ülkemizde alkolle mücadele kapsamında 2002 yılında alkol piyasasına yönelik düzenleme ve denetim birimi olan Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) kurulmuştur. TAPDK, alkol piyasasının düzenlenmesi ve denetlenmesine yönelik faaliyetler gerçekleştirmektedir. Ayrıca 2013 yılında 4250 sayılı İspirto ve İspirtolu İçkiler İnhisarı Kanunu ile önemli düzenlemeler yapılarak özellikle gençlerin alkolün zararlarından korunması ve alkol tüketiminin azaltılması amaçlanmıştır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’na bağlı Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezleri (AMATEM) ile alkol bağımlılarına tedavi hizmeti sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı Sürücü Davranışları Geliştirme Eğitimi (SDGE) ile alkol kullanan sürücülere yönelik bazı yaptırımlar ve programlar uygulanmaktadır. Bir sivil toplum kuruluşu olan Yeşilay alkol ile mücadelede birçok etkinlik ve çalışma gerçekleştirmektedir. (92)

2013 yılında Dünya Sağlık rgt, TAPDK ve Sağlık Bakanlığı’nın katkılarıyla Yeşilay’ın ev sahipliğinde Global Alkol Politikaları Sempozyumu düzenlenerek kanita dayalı uygulamalar önceliklendirilerek müdahale alanları belirlenmiştir. Vergilendirme ve fiyat düzenlemesi, alkollü içkilere ulaşılabilirliğin düzenlenmesi, reklam düzenlemesi, tüketicisi koruma, halkın güvenliği ve başkalarının zarar görmesinin engellenmesi, aile ve çocukların korunması için önleyici girişimlerin yapılması önerilmiştir (92). 6487 sayılı bazı kanunlar ile 375 sayılı kanun hükmünde kararnamede değişiklik yapılması hakkında kanunun 11 Haziran 2013 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanmasıyla birlikte özellikle gençlerin alkolün zararlarından korunması ve alkol tüketiminin azaltılması amaçlanmıştır. (92)

Türkiye Sağlık Araştırması verilerine göre 2008 ve 2016 yılları arasında “hiç alkollü içecek kullandınız mı?” sorusuna verilen evet oranı yıllara göre artış ya da azalış gösterirken 2008 yılından 2016 yılına az da olsa bir artış yaşamıştır. Ülkemizde yapılan alkol ile mücadele çalışmalarının, obezite ve tütün ile mücadele gibi bir nleme programı kapsamında olmadığı göze çarpmaktadır. Genellikle sektörel bazlı düzenleme ve faaliyetler hayata geçirilmiştir.

5.3 Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımı

Dünyada her on ölümden birinin nedeni tütün ve tütün ürünleri kullanımudur. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2008 yılında başlatılan tütün ve tütün ürünleri kullanımını önlemeye yönelik yapılan çalışmalar 2007 yılında yetişkinlerde % 23,5 olan tütün kullanım oranının 2015 yılında % 20,7'ye düşmesini sağlamıştır. Bu çalışmaların devam etmesi ile 2030 yılında global düzeyde % 17'ye düşmesi öngörülmektedir (53).

Dünya Sağlık Örgütünün, 2017 yılı Global Tütün Epidemisi raporuna göre yetişkinlerde tütün kullanım prevalansı 2015 yılında %20,7'dir. Erkeklerde 2015 yılında % 35, kadınlarda ise % 6'ya düşmüştür. Orta ve düşük gelir seviyesine sahip ülkelerde kadınlarda sigara içme oranı % 5 civarında kalmıştır (53).

Türkiye Sağlık Araştırmalarında 2010 ve 2016 yılları arasında “düzenli olarak tütün mamulü kullandınız mı?” sorusuna evet diyenlerin oranı azalan bir seyir (2012 yılı hariç) göstermektedir. 2010 yılında % 78,3 olan oranın % 39 civarında azalarak 2016 yılında % 47,4'e düşmüştür. (2010 % 78,3, 2012 %82, 2014 % 58,6, 2016 yılı % 47,4). Tütün kullanımını en yüksek oranda erkeklerde, 25-54 yaş aralığında, lise mezunlarında ve evlilerde görülmektedir. Türkiye Sağlık Araştırması 2012 yılı sonuçlarında ülkemizde sigaraya başlama yaşı $17,7 \pm 5,5$ 'dir. Sigaraya başlama nedenleri olarak ilk üç sırada merak, özentili ve aile sorunları yer almaktadır. 2016 yılı, içilen günlük ortalama sigara adedi $15,9 \pm 9,9$ dur. Dumana maruz kalma durumu değerlendirildiğinde 2012 yılında “hiç maruz kalmadım” diyenlerin oranı ev içerisinde % 78, kamusal mekânlarda % 96, ulaşım araçlarında ise % 97,9'dur. Son bir yıl içerisinde sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşayanların oranı ise % 2,5'dur. Sigara paketlerinde kullanılan paket uyarı yazısının etkili olduğuna inananların oranı % 41,52 iken, hiçbir etkisinin olmadığını düşünenlerin oranı ise % 50,63'dür. Literatürde sigaraya başlama dönemi genellikle ergenlik döneminde olmakta ve yine bu dönemde düzenli kullanım süreci başlamaktadır (77). İspanya'da yapılan çalışmanın sonuçları yaş grupları farklılık göstermekle birlikte Türkiye Sağlık Araştırması sonuçları ile benzerlikler göstermektedir. 14 – 18 yaş arası 25.521 öğrenciye yapılan çalışmada sigara içme nedenleri özentili (% 58,62), rahatlamak (% 53,69), bağımlılık (%25,02), iyi hissetmek (% 4,24), arkadaş etkisi (% 3,10) ve moda olması (%1,47) şeklinde sıralanmaktadır. Öğrencilerin % 32,65'inin en son ayda sigara içtikleri görülmüştür. Bu oran kızlarda (% 36.01) erkeklerden (% 29.18) daha yüksektir. Son bir ay içinde günde bir kez sigara içen ortalama sigara sayısı, 7.50 sigaradır. Bu rakam kızlar

arasında (7.31 sigara) erkeklerinkinden (7.76 sigara) daha düşüktür. Tüketim seviyesi yaşla birlikte hızla artmaktadır. 14 yaşındaki ergenlerle karşılaştırıldığında, sigara tüketimi sırasıyla 15, 16, 17 ve 18 yaş grubunda % 20,9, % 31,8, % 45,6 ve % 69,5 artmaktadır.(77)

Amerika 2015 yılı Ulusal Sağlık İstatistiklerine göre mevcut sigara içenlerin (current smokers) oranı erkeklerde % 16,7, kızlarda ise bu oran % 13,7'dir. 18-44 yaş % 16,5, 45-64 yaş % 17, 65-74 yaş % 11,1 ve 75 yaş üzeri ise % 4,6'dır. Lise mezuniyetinden daha az eğitim seviyesine sahip olanlarda % 25,9, lise ve dengi okul diplomasına sahip olanlarda % 23, kolej mezunlarında % 17,6, lisans ve yüksek lisans diploması olanlarda % 5,8'dir. Eğitim seviyesi artıçça sigara kullanım oranı azalmaktadır. Gelir düzeyi 35.000 dolardan az olanlarda % 24,2, 35.000 dolar seviyesi üzerinde olanlarda ise 11,9'dur. Evlilerde mevcut sigara içenlerin oranı % 1,4, dul bireylerde % 20,7, boşanmış ya da ayrılmış bireylerde % 25,6, hiç evlenmemişlerde % 16,5, partneri ile birlikte yaşayanlarda ise % 24,1'dir (78).

Kadın cinsiyet, genç yaş grubu, düşük sosyo-ekonomik seviye ve depresyon ile psikolojik stres tütün kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Yaşlılık, erkek cinsiyet, yüksek sosyo-ekonomik seviye, düşük psikolojik stres ve son dönemde depresyon tedavisi görmüyor olmak alkol kullanımı ile ilişkili faktörler olmuştur. 45-64 yaşları arasında erkek olmak, düşük eğitim seviyesi, 30.000 dolardan daha az kazanıyor olmak ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgede yaşamak, depresyon tedavisi görüyor olmak ve stresli olmak riskli düzeyde alkol ve tütün kullanımı için ilişkili faktörler arasında yer almaktadır (67).

Hindistan'da 91.196 hane halkından 315.598 (160.871 erkek, 154.726 kadın) kişiye yapılan çalışmada sigara kullanım prevalansı kırsal alanda yaşayanlarda, düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip kişilerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Sigara kullanım oranı erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir (63).

İran'da üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmada sosyo-demografik karakteristik özellikler arasında annenin eğitim seviyesi, yaşanılan yer, ekonomik durum, boşanmış ebeveyn sigara ve alkol kullanımı için en etkili faktörler arasında yer almaktadır. Annenin eğitim seviyesi ve yaşanılan yer sigara kullanmak için en önemli

etkenlerden biridir. Boşanmış ebeveyn ve aileden ayrı yaşamak alkol kullanımı için prediktif faktörlerden bazılarıdır (65).

Avustralya’da 16-84 yaş aralığında 812 katılımcı ile yapılan çalışmada; erkeklerde tütün kullanımı ve anksiyete arasında doğrusal ilişki bulunmakta iken, alkol tüketimi ve depresyon/anksiyete arasında U dağılımı şeklinde ilişki bulunmaktadır. Kadınlarda ise alkol tüketimi ve anksiyete depresyon arasında doğrusal bir ilişki bulunmakta olup tütün ve anksiyete/depresyon arasında ilişki bulunmamaktadır (64).

İrlanda’da 1973 (n = 765), 1990 (n = 522) ve 2002 (n = 537) yıllarında üniversite öğrencilerinde yapılan araştırmada hem kadın hem de erkeklerde sigara (current smoker) kullananların oranı 1973 yılında % 28,8 iken 1990 yılında % 15,3, 2002 yılında ise % 9,2 ($p < 0.001$) olmak üzere düşüş yaşanmıştır. Sigarayı bırakanların oranı 1990’dan 2002 yılına kadar % 5,9’dan % 15,1’e yükselmiştir. Alkol tüketenlerin prevalansı zamanla artarken kadınlar arasında istikrarlı bir artış göze çarpmaktadır (66).

Türkiye’de tütün ile mücadelede ilk kanun 1996 yılında yürürlüğe giren 4207 Sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’dur. Bu kanun kapsamında eğitim ve sağlık kurumları ile spor ve kültürel etkinliklerinin yapıldığı yerlerde ve toplu taşıma araçlarında sigara içilmesi yasaklanmıştır. Reklam ve tanıtım çalışmaları ile 18 yaşından küçüklere sigara satılması yasaklanmıştır (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2003 yılında yayınlanan uluslararası düzenleme “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi” (TKÇS) (Framework Convention on Tobacco Control) 2004 yılında Türkiye Büyük Meclisi tarafından kabul edilmesi tütün ile mücadelede büyük bir adım olmuştur. 2008 yılında 4207 sayılı Kanun güncellenerek “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” adını almıştır. Türkiye bu kanun ile Dünya Sağlık Örgütü’nün bir girişimi olan MPOWER paketinde belirtilen şartları büyük ölçüde karşılamaktadır (1).

2008 yılında tüm kapalı alanlarda pasif içicileri korumaya yönelik tütün ürünü kullanımı yasaklanmış ve “Dumansız Hava Sahası” ve “Havanı Korumaya” sloganları ile kampanya başlamıştır. (90)

TKÇS’nin rehberliğinde ülkemizde yürütülecek faaliyetler için “Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2008–2012 yılında yürürlüğe girmiştir. 2010 yılında sigara

paketlerinin üzerine resimli uyarıların konulması, ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattının hizmete başlaması, Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi bu dönemdeki diğer önemli gelişmelerdir. (90)

Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 yılında Panama'da yayınladığı "2013 Küresel Tütün Epidemisi Raporu"na göre M-POWER kriterlerinin tümünü karşılayan ilk ve tek ülke olmuş ve dünyaya örnek teşkil ettiği ifade edilmiştir (90).

"2015 – 2018 Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı"nda ise havaalanı, sinema, terminal benzeri topluca giriş ve çıkışların yapıldığı yerlere asgari 5 metre mesafede tütün ve tütün ürünlerinin tüketiminin önlenmesi, kamu kurumlarında "Dumansız Kampüs" uygulaması ile sadece belirlenen alanlarda sigara içilmesine izin verilmesi, kamuya açık çocuk parkı gibi alanlarda tütün ve tütün ürünü kullanılmasının önlenmesi yer almaktadır (90).

Ülkemizde son 20 yılda tütün ile mücadele kapsamında yapılan düzenlemelere baktığımızda daha çok tütün kullanım alanlarının sınırlandırılmasına ve kontrolü üzerine yapılan çalışmalar mevcuttur. Yapılan çalışmalar toplumun cinsiyet, yaş grubu, eğitim ve medeni durum gibi sosyo-demografik kriterler gözönünde bulundurulduğunda yüksek risk gruplarından ziyade toplumun geneline hitap ettiği görülmektedir. Türkiye Sağlık Araştırmalarında 2010 ve 2016 yılları arasında "düzenli olarak tütün mamulü kullanımına evet diyenlerin oranı azalan bir seyir göstermektedir. 2010 yılında % 78,3 olan oranın % 39 civarında azalarak 2016 yılında % 47,4'e düşmüştür. Bu rakamlar ülkemizde tütün ile mücadele kapsamında yapılan çalışmaların başarılı olduğunun en önemli göstergesidir.

5.4 Fiziksel Aktivite

Yetişkinlerin neredeyse dörtte birinin yeterince aktif olmadığı günümüzde, fiziksel aktivite ülkelerin karşı karşıya kaldığı ciddi sağlık sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. Düzenli fiziksel aktivitenin sağlık için birçok yararı olmakla birlikte tüm nedenlere bağlı ölüm oranlarında ve bulaşıcı olmayan hastalıkların azalmasında büyük rolü olduğuna dair kanıtlar vardır (75).

Türkiye Sağlık Araştırması 2016 yılı sonuçlarına göre "bir hafta içerisinde kaç gün en az 10 dakika yürürsünüz" sorusuna hiç diyenlerin oranı % 19, 1-3 gün arasında % 19,5, 4-7 gün ise % 61,5 olarak tespit edilmiştir. Avrupa Birliği Komisyonu (European

Commission) tarafından 2013 yılında yapılan alan çalışması sonuçlarına göre (Special Eurobarometer 412 “Sport and physical activity”) 28 Avrupa Birliği ülkesindeki ortalamaya göre asla diyenlerin oranı % 13, 1-3 gün % 26, 4-7 gün ise % 60 olarak açıklanmıştır (43). Türkiye Sağlık Araştırması verileri ile karşılaştırıldığında ülkemizde hiç yürümeyen diyenlerin oranı daha yüksek iken, 4-7 gün arasında yürütenlerin oranı ise birbirine yakın ortalamalardır.

Türkiye Sağlık Araştırmasında “haftada kaç gün spor (spor, fitness, boş zaman aktivitesi) yaparsınız sorusuna” ise 2016 yılı verilerinde hiç yapmıyorum diyenlerin oranı % 93,4, 1-3 gün arası % 4,4 iken 4-7 gün arası ise % 2,2 olarak tespit edilmiştir. 2016 yılında hiç spor yapmıyorum oranı, 2014 yılına (% 92,6) göre bir artış göstermiştir. Avrupa Birliği ülkelerinde spor (aerobik, hızlı bisiklet vb.) hiç yapmam diyenler % 54, bilmiyorum %1, 1-3 gün % 29, 4-7 gün ise % 16 olarak raporlanmıştır (43). Türkiye Sağlık Araştırması sonuçları, Avrupa Birliği Komisyonu verileri ile karşılaştırıldığında hiç spor yapmıyorum diyenlerin oranının çok yüksek olduğu göze çarpmaktadır.

Cinsiyete göre fiziksel aktivite oranları karşılaştırıldığında Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre günde 10 dakika yürüme ve ağır düzeydeki fiziksel faaliyetler erkekler tarafından kadınlara göre daha fazla yapılmaktadır. Tenis oynama, normal hızda bisiklet sürme, hafif yük taşıma gibi orta düzeyde aktivitelerde ise erkek ve kadınların oranı birbirine yakındır. 2016 yılında, orta düzeyde aktiviteye evet diyenlerin oranı 35-44 yaş aralığında fazla, ağır düzeyde fiziksel aktiviteye katılım ise 25-34 ile 35-44 yaş aralığında fazla bulunmaktadır. Orta ve ağır düzeyde fiziksel aktivite oranı yaş ilerledikçe azalmaktadır. Avrupa Birliği Komisyonu (European Commission) tarafından 2013 yılında yapılan alan çalışması sonuçlarına göre (Special Eurobarometer 412 “Sport and physical activity”) erkekler kadınlardan daha fazla egzersiz ve spor yapmaktadır. Egzersiz ve spor yapma oranı yaşla birlikte azalmaktadır. Haftada bir kez egzersiz ve spor yapanların oranı en fazla 15-24 yaş grubunda fazladır. (43) Bu veriler Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarını desteklemektedir.

Nepal’de 25-59 yaş aralığında ki 640 kişi ile yapılan çalışmada fiziksel inaktivite oranı kadınlarda erkeklerden 1,75 kat daha fazladır. En düşük aktivite oranı 45-59 yaş arasında kadınlardadır. Yaş ve fiziksel aktivite arasında negatif bir korelasyon olup yaş arttıkça fiziksel aktivite oranı düşmektedir. Düşük fiziksel aktivite, lise ve sonrasında eğitim alanlarda informal eğitim alanlara göre üç kat daha yüksektir (85).

Türkiye Sağlık Araştırmasında eğitim düzeyi arttıkça yürüyüş yapma olasılığı da artmaktadır. Ağır ve orta düzeyde fiziksel aktivite ise ilköğretim mezunlarında daha yüksek orandadır. Avrupa Birliği Komisyonu çalışmasında da 15 yaş öncesi okulu bırakanlarda egzersiz ve spor yapmayanların oranı (% 68) en yüksektir. 16-19 yaş öncesi eğitimi bitirenlerde bu oran % 45, 20 ve üzeri yaşlarda eğitimi bitirenlerde ise % 27'dir (43). Eğitim düzeyi arttıkça fiziksel aktivite yapma oranının artması Türkiye Sağlık Araştırması sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Türkiye Sağlık Araştırması'nda orta ve ağır fiziksel aktivite yapma oranının en yüksek olduğu grup hiçbir zaman kendimi depresyonda hissetmedim diyenlerdir. Ayrıca 10 dakika yürüyüş sorusuna evet cevabı verenlerin oranının en yüksek olduğu grup kendimi hiçbir zaman depresyonda hissetmeyenlerin olduğu görülmektedir. Literatür araştırmasında, düzenli fiziksel aktivitenin, koroner kalp hastalığı, inme, diyabet, hipertansiyon, kolon kanseri, meme kanseri gibi hastalıkların yanı sıra depresyon riskini de azalttığı görülmüştür (19). Antalya ilinde yapılan 65 yaş üstü 251 kişide yapılan araştırmada fiziksel aktivite düzeyleri ile bilişsel durumları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (61).

Bangadeş'te 2011 yılında 25-64 yaş arası 806 kişi ile yapılan fiziksel aktivite seviyesi ile ilişkili sosyo-demografik kriterleri belirlemek için yapılan kesitsel çalışmada yaşla birlikte fiziksel aktivite yapma oranının düştüğü tespit edilmiştir. Eğitim almayan kişiler, eğitimini tamamlayan veya daha fazla eğitim alan kişiler ile karşılaştırıldığında 8,6 kez fiziksel aktivite oranında yetersiz olduğu görülmektedir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlara göre, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan kişilerin 2,4 kez daha fazla fiziksel aktivite yaptığı ortaya konmuştur. Bu araştırmanın sonuçları Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarını desteklediği görülmektedir. (75)

Güney Afrika Cape Town'da 35 yaş ve üzeri 1.733 yetişkinle 2008-2009 yıllarında fiziksel aktivite seviyesi ile sosyo-demografik özellikler arasındaki korelans ve prevalansı bulmak için yapılan kesitsel bir araştırmada düşük fiziksel aktivite seviyesinin kadınlarda daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Yaş arttıkça fiziksel aktivite düzeyi azalmaktadır. Düşük fiziksel aktivite seviyesi obez bireylerde (> 30.0) ve zayıf bireylerde daha fazladır. Eğitim seviyesi düşük ve boşanmış bireylerde düşük fiziksel aktivite oranı yüksektir (76).

Türkiye Sağlık Araştırması'nda obez ve zayıf bireylerde günlük 10 dakika yürüme ve ağır düzeyli faaliyet oranı düşüktür. Güney Afrika'da yapılan çalışmada ortaya çıkan fiziksel aktivite seviyesi obez bireylerde (> 30.0) ve zayıf bireylerde daha düşük olması Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarını desteklemektedir (76).

Türkiye'de fiziksel inaktivite ile mücadelede "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" hayata geçirilmiş hem obeziteyle mücadele edilmesi hem de toplumu fiziksel aktiviteye teşvik ederek fiziksel aktivite düzeyinin artırılması planlanmıştır. "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2010- 2014)" Sağlık Bakanlığı'nın 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile yeniden yapılandırılması sürecinde yeni stratejik plan ile uyumlu olması amacıyla 2014 - 2017 dönemi için güncellenmiştir. Yaş gruplarına göre "Ulusal Fiziksel Aktivite Rehberi" hazırlanarak yayımlanmıştır. Program kapsamında fiziksel aktiviteye özendirme amacıyla çeşitli faaliyetler yürüten yerel yönetimlerin ve özel sektör vb. kuruluşların teşvik edilmesi, medyada obezite ve fiziksel aktivite konularında doğru mesajların yer almasına yönelik girişimlerde bulunulması planlanmıştır. Ayrıca şehir merkezlerinde yeşil alanların ve spor alanlarının artırılması, bisiklet yollarının yapılmasına öncelik verilmesi, alışveriş merkezlerinde egzersiz yapılan alanların oluşturulması, araba ve merdiven kullanmak yerine yürüyüşün özendirilmesi, televizyonda egzersiz programlarının hazırlanması program kapsamında yer alan diğer düzenlemelerdir (26).

Türkiye Sağlık Araştırmasında, hiç spor yapmadığını ifade edenlerin oranı 2014 yılında % 92,6 iken 2016 yılında ise % 93,4 olmuştur. Avrupa Birliği ülkelerinde bu oran % 54 olmakla birlikte ülkemizdeki oranın oldukça yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Ülkemizde fiziksel aktivite ile ilgili yapılan çalışmalarda son on yılda belli bir yol kat edilmekle birlikte toplumda sağlıklı yaşam biçimlerini yerleştirmek ve davranış değişikliğine yol açacak planlamaların sürdürülebilirliği sağlanmalıdır. Özellikle kadın cinsiyette, artmış yaşta ve düşük eğitim düzeyinde fiziksel aktivite oranının düşük olduğu göz önünde bulundurulursa özellikle yüksek riskli gruplara yönelik çalışmaların planlanması önemlidir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Türkiye Sağlık Araştırması 2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016 yılı verilerinin obezite, fiziksel aktivite, tütün ve tütün ürünleri kullanımı ve alkol kullanımı başlıklarına yönelik yapılan sosyo-demografik analizlerin sonuçları ve öneriler aşağıda yer almaktadır.

Küresel sağlık problemlerinden biri olan obezite, dünyadaki artışa paralel bir şekilde ülkemizde de yıllara göre artmaya devam etmektedir. 2008 yılında % 16,2 olan obezite oranı yıllara göre % 35'lik bir artışla birlikte 2016 yılında % 22 olmuştur. Obezite oranı kadınlarda daha yüksek olmakla birlikte, fazla kilolu olma durumu ise erkeklerde daha fazladır. Fazla kilolu bireylerde 45 yaşına kadar, obez bireylerde ise 55 yaşına kadar artış yaşanmış ve sonrasında ise oranlar azalmıştır. Eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlarda obezite oranları diğer gruplarla karşılaştırıldığında yüksektir. Astım, kalp yetmezliği, hipertansiyon, diyabet, depresyon gibi çeşitli kronik hastalıkların görülme sıklığı obezlerde ve fazla kilolularda yüksek oranlara sahiptir.

Son yıllarda obezitenin klinik değerlendirilmesinde sıkça kullanılmaya başlayan bel çevresi ile ölçümlerde cinsiyet bazında yapılan değerlendirmede erkeklerde risklerin kadınlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Kadınlarda artmış risk ve yüksek risk erkeklere göre fazladır.

Fiziksel aktivite durumu incelendiğinde "hiç spor yapmam" diyenlerin oranı % 93,4 olarak tespit edilmiştir. Erkeklerin, kadınlara göre daha aktif olduğu, orta ve ağır aktivite düzeyinin yaş arttıkça azaldığı, eğitim düzeyi arttıkça yürüyüş yapma olasılığının arttığı araştırmadan çıkan diğer sonuçlardır. Ayrıca fiziksel aktivite oranının en yüksek olduğu kişiler aynı zamanda kendimi depresyonda hissetmedim diyen kişilerdir.

Halk sağlığı açısından en popüler fiziksel aktivitelerden biri olan yürüyüş yapma (günlük 10 dakika) oranları en düşük obezlerde çıkmıştır. Genellikle hafif düzeyli aktiviteler obezler ve zayıflar tarafından tercih edilmekte olup orta ve ağır aktivite düzeyi obezlerde düşük olmaktadır.

Türkiye Sağlık Araştırmalarında 2010 ve 2016 yılları arasında düzenli olarak tütün mamulü kullanımında azalmanın olduğu görülmektedir. 2010 yılında % 78,3 olan oranın % 39 civarında azalarak 2016 yılında % 47,4'e düşmüştür. Tütün kullanımı en yüksek oranda erkeklerde, 25-54 yaş aralığında, lise mezunlarında ve evlilerde

görülmektedir. Türkiye Sağlık Araştırması 2012 yılı sonuçlarında ülkemizde sigaraya başlama yaşı $17,7 \pm 5,5$ 'dir. Sigaraya başlama nedenleri olarak ilk üç sırada merak, özentî ve aile sorunları yer almaktadır. 2014 yılında $16,4 \pm 10,0$ iken 2016 yılında ise $15,9 \pm 9,9$ 'dur. Ülkemizde en çok kullanılan tütün ürünü paket sigaradır. Sigara içmiş ve içenlerden sigarayı bırakmayı deneyenlerin oranı % 33,1'dir. Dumana maruz kalma durumu değerlendirildiğinde 2012 yılında "hiç maruz kalmadım" diyenlerin oranı ev içerisinde % 78, kamusal mekânlarda % 96, ulaşım araçlarında ise % 97,9 gibi oldukça yüksek oranlarda olması oldukça sevindirici bir durumdur. Son bir yıl içerisinde sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşayanların oranı ise % 2,5'dur. Sigara paketlerinde kullanılan paket uyarı yazısının etkili olduğuna inananların oranı % 41,52 iken, hiçbir etkisinin olmadığını düşünenlerin oranı ise % 50,63'dür.

Alkol kullanımı genel olarak ülkemizde erkek cinsiyette yüksek orandadır. Yaş dağılımı yıllara göre farklılık göstermekle birlikte 2010 ve 2012 yılı verilerinde 45-54 yaş arasında, 2008 yılı verilerinde ise 15-24 yaş arası grupta düzenli alkol kullanımı yüksektir. Alkol tüketimi ile medeni durum değerlendirildiğinde ise evli ve dul bireylerin bekârlara göre alkol tüketimi daha yüksek orandadır. Düzenli alkol kullanım oranı obez bireylerde fazladır. Alkole başlama nedenleri arasında ilk sıralarda, merak, özentî, eğlence, arkadaş etkisi kişisel sorunlar yer almaktadır. Alkolü kullanan bireylerin % 99'u sağlığa zararlı olduğunu düşündüğü için bırakmıştır. İlk defa alkol kullanım yaşı kadınlarda 22,1, erkeklerde ise 19,4'dür. 2008 ve 2016 yılları arasında "hiç alkollü içecek kullandınız mı?" sorusuna verilen evet oranları yıllara göre artış ve azalış göstermektedir. 2008 yılında % 20,9 olan oran 2016 yılında % 24,5 olmuştur.

Ülkemizde obezite ile mücadele konusunda düzenlenen programlar ve kampanyalar çeşitlilik göstermektedir. Farklı risk gruplarına yönelik stratejik planlamalar yapılmıştır ve uygulanmaya devam edilmektedir. Ancak Türkiye Sağlık Araştırması verilerine göre 2008 yılından 2016 yılına obezite oranının arttığı görülmektedir. Yapılan çalışmaların başarıya ulaşması, sağlıklı gelecek nesiller ve sağlıklı bir toplum için özellikle yüksek riskli gruplara yönelik planlamaların uluslararası düzeyde sektörler arası işbirliğine dayanması önemlidir. Ayrıca sivil toplum kuruluşları, medya, meslek kuruluşları gibi birçok farklı paydaş grupların yerel ve ulusal düzeyde işbirliği yapması gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tütün ile mücadelede örnek gösterilen ülkemiz, çalışmalarını “Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı” çerçevesinde yürütmektedir. Araştırma sonuçlarında 2010 yılından bu yana tütün kullanım oranlarında düşüş yaşanmış olup tütün kullanımı erkek cinsiyette, 25-54 yaş aralığında, lise mezunu ve evlilerde yüksek oranlardadır. Yapılacak plan ve politikaların bu yönde olması tütün ile mücadelede daha da başarılı olmamızı sağlayacaktır.

Ülkemizde alkol ile mücadelede, obezite ve tütün kullanımı ile mücadelede olduğu gibi belli bir program dahilinde uygulanmadığı ancak yapılan literatür çalışmasında hazırlık çalışmalarının devam ettiği anlaşılmaktadır. Ülkemizde kullanılan alkol miktarı dünyadaki diğer ülkelerle karşılaştırıldığında çok düşük olsa da uluslararası önleme programları baz alınarak ulusal ölçekli programlar planlanabilir. Özellikle yüksek riskli gruplara yönelik yapılacak planlamalar alkol kullanımında mücadele başarılı sonuçlar ortaya çıkaracaktır.

Ülkemizde yapılan halk sağlığı politikaları genellikle homojen bir toplum düşünülerek planlanmaktadır. Ancak öncelikli halk sağlığı sorunlarının tespit edilerek bu sorunları yaşayan yüksek riskli ve öncelikli gruplara yönelik planlamalar yapmak ve hedef ve stratejiler belirlemek gereklidir. Bu gruplara yönelik yapılacak planlamalarda farklılık göstermekte örneğin gençlere yönelik yapılacak bir program ile ileri yaş grubuna yönelik yapılacak bir program tamamıyla farklı yapılandırılmalıdır. Halkın sağlığını korumayı, geliştirmeyi ve toplumdaki riskleri azaltmayı hedefleyen halk sağlığı politikaları; sosyal, kültürel, ekonomik, siyasi ve çevresel boyutta ele alınmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, “Türkiye Sağlık Raporu 2014”, 2014. http://halksagligiokulu.org/anasyfa/components/com_booklibrary/ebooks/TSR2014T.PDF Erişim: 23 Ağustos 2016.
2. Sağlık Bakanlığı. “Stratejik Plan 2013-2017”, 2012. <https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejikplan20132017/files/15.02.2012%20stratejik%20plan.pdf> Erişim: 22 Ağustos 2016.
3. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. “2014 - 2017 Stratejik Planı”, 2014. http://www.sp.gov.tr/upload/xSPStratejikPlan/files/x4rRI+Stratejik_Plan_2014-2017.pdf Erişim: 17 Kasım 2017.
4. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012”, 2012. http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA_TR.pdf Erişim: 23 Ağustos 2016.
5. Özcebe H, Bağcı Bosi A T. “Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (Cosi-Tur) 2013”, Özkan S, Özcebe H, Yardım N, Bağcı Bosi A.T, Sistem Ofset, Ankara, 2014:1-37, http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/cosi_tr.pdf Erişim: 24 Ağustos 2016.
6. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA). “Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi Ulusal Raporu 2013”, 2013:1-29 <http://www.sck.gov.tr/ocd/2013%20T%C3%BCrkiye%20Uyu%C5%9Fturucu%20Raporu.pdf> Erişim: 24 Ağustos 2016.
7. Goldstein, Bernard D. "The importance of public health agency independence: Marcellus shale gas drilling in Pennsylvania”, *American Journal Of Public Health*, 104(2): e13-e15. <http://021070r51.y.http.eds.a.ebscohost.com.proxy.okan-elibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=eaffc151-c020-4273-ba06-365745f341f4%40sessionmgr4006> Erişim: 6 Eylül 2016.
8. Galea S, Vaughan R. “A Public Health of Consequence: Review of the April 2016 Issue of AJPH”, *American Journal Of Public Health*, 2016, 106(4): 592-593. <http://021070r51.y.http.eds.a.ebscohost.com.proxy.okan-elibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=eaffc151-c020-4273-ba06-365745f341f4%40sessionmgr4006> Erişim: 3 Eylül 2016.

9. Galea S, Vaughan R. "A Public Health of Consequence: Review of the May 2016 Issue of AJPH", *American Journal Of Public Health*, 2016, 106 (5): 783-784.
<http://021070r51.y.http.eds.a.ebscohost.com.proxy.okan-elibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=eaffc151-c020-4273-ba06-365745f341f4%40sessionmgr4006> Erişim: 3 Eylül 2016.
10. Wilensky GR. "Celebrating National Public Health Week", *American Journal Of Public Health*, 2016, 106(5): 777-779,
<http://021070rcg.y.http.eds.a.ebscohost.com.proxy.okan-elibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=490e07d2-99b7-43fb-8992-961afce63913%40sessionmgr4006> Erişim: 3 Eylül 2016.
11. Royne M, Levy M. "Reaching Consumers Through Effective Health Messages: A Public Health Imperative", *Journal Of Advertising*, 2015, 44(2): 85-87,
<http://021070rcg.y.http.eds.a.ebscohost.com.proxy.okan-elibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=2adeb45-97a1-4c10-955f-997dc969e8f2%40sessionmgr4006> Erişim: 3 Eylül 2016.
12. Haskell W L, Blair S N, Hill J O. "Physical activity: health outcomes and importance for public health policy." *Preventive medicine*, 2009, 49(4): 280-282.
http://www.activelivingresearch.net/files/2_PM2009_Haskell.pdf Erişim: 3 Eylül 2016.
13. Pratt M, Epping JN, Dietz WH. "Putting physical activity into public health: a historical perspective from the CDC." *Preventive Medicine*. 2009; 49(4):301–302.
http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/pdf/PA_into_public_health.pdf Erişim: 3 Eylül 2016.
14. Lee I M, Buchner D M. "The importance of walking to public health." *Medicine and science in sports and exercise*“, 2008, 40(8): 512-518.
<http://journals.lww.com/acsm-msse/pages/articleviewer.aspx?year=2008&issue=07002&article=00002&type=abstract>
Erişim: 3 Eylül 2016.
15. Andersen L B, J. Mota, and L. Di Pietro. "Update on the global pandemic of physical inactivity" *The LancetScopus®*, 2016, 388(10051): 1255-1256.
https://www.clinicalkey.com/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0140673616309606.pdf?locale=en_US Erişim: 20 Eylül 2016.
16. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. "Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi 2014 Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite" Demirel H, Kayhan H, Özmert E N, Doğan A. Kuban Yayıncılık, Ankara, 2014.

<http://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/12302,2014-fiziksel-aktivite-rehberipdf.pdf?0>

Erişim: 20 Eylül 2016.

17. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet, Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. “Fiziksel Aktivite Nedir?”, 2016.

<http://beslenme.gov.tr/index.php?page=142> Erişim: 22 Eylül 2016.

18. WHO. “Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health”, 2016.

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/> Erişim: 22 Eylül 2016

19. WHO. “Global Recommendations on Physical Activity for Health”

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf Erişim: 22 Eylül 2016.

20. Hawkins S, Gillman M, Rifas-Shiman S, Kleinman K, Mariotti M, Taveras E. “The Linked CENTURY Study: linking three decades of clinical and public health data to examine disparities in childhood obesity”, *BMC Pediatrics*, 2016, 16(1): 32,

<http://021070rci.y.https.search.proquest.com.proxy.okan-elibrary.com/docview/1797883462?accountid=16693> Erişim:26 Eylül 2016.

21. Su J G. “An online tool for obesity intervention and public health”, *BMC Public Health*, 2016, 16 (1): 136 [http://021070rck.y.http.eds.a.ebscohost.com.proxy.okan-elibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=1711a97d-70b4-4d1e-8935-](http://021070rck.y.http.eds.a.ebscohost.com.proxy.okan-elibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=1711a97d-70b4-4d1e-8935-9d6190393c0c%40sessionmgr4010)

[9d6190393c0c%40sessionmgr4010](http://021070rck.y.http.eds.a.ebscohost.com.proxy.okan-elibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=1711a97d-70b4-4d1e-8935-9d6190393c0c%40sessionmgr4010) Erişim:26 Eylül 2016.

22. Phillips CM. “Forum: Metabolically Healthy Obesity: Personalised and Public Health Implications”, *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 2016, 27(4): 189-191.

https://www.clinicalkey.com/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1043276016000187.pdf?locale=en_US Erişim:26 Eylül 2016.

23. Bhuyan S, Smith P, Carlton E, Duncan K, Gentry D, Chandak A. “Integration of public health and primary care: A systematic review of the current literature in primary care physician mediated childhood obesity interventions”, *Obesity Research and Clinical Practice*,

2015, 9(6): 539-552.

https://www.clinicalkey.com/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1871403X15001088.pdf?locale=en_US Erişim:26 Eylül 2016.

24. WHO Europe Regional Office. “European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020” 2016. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/294474/European-Food-Nutrition-Action-Plan-20152020-en.pdf?ua=1 Erişim: 27 Eylül 2016

25. Azevedo S M, Vartanian L R, “Ethical Issues for Public Health Approaches to Obesity”, *Curr Obes Rep*, 2015, 4(3): 324-329. <http://021070rcp.y.https.link.springer.com.proxy.okan-elibrary.com/content/pdf/10.1007%2Fs13679-015-0166-7.pdf> Erişim: 27 Eylöl 2016
26. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014 - 2017)”, 2017. http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/turkiye_sagliklibeslenme_ve_hareketli_hayat_programi.2014_2017.pdf Erişim: 01 Ocak 2018.
27. OECD. “OBESITY Update”, 2016. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2014.pdf> Erişim: 28 Eylöl 2016
28. OECD. “Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat - United States Key Facts”, 2016. <http://www.oecd.org/els/health-systems/obesityandtheeconomicsofpreventionfitnotfat-unitedstateskeyfacts.htm> Erişim: 28 Eylöl 2016
29. Singh T, Arrazola R A, Corey C G, Husten C G, Neff L J, Homa D M, King B A. "Tobacco use among middle and high school students-United States, 2011-2014." *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 2015, 65 (14): 381-385. http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6514a1.htm?s_cid=mm6514a1_w Erişim: 22 Ekim 2016
30. WHO. “WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015”, 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1 Erişim: 22 Ekim 2016.
31. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye” 2014. Sağlık Bakanlığı Yayın No 948, Ankara, http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA_TR.pdf Erişim: 14 Haziran 2017.
32. Brown G. “Global and Public Health Issues of 2016”, *ABNF Journal*, 2016, 27(3): 51-52. <http://021070rct.y.http.eds.b.ebscohost.com.proxy.okan-elibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=5ffea5eb-6a65-46ea-827d-b4245f03cb80%40sessionmgr103> Erişim: 14 Haziran 2017.

33. WHO. "Obesity and overweight", 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Erişim: 14 Haziran 2017.
34. Phelan SM, Burgess DJ, Burke SE, Przedworski J M, Dovidio J F, Hardeman R, Morrid M, Ryn M. "Beliefs about the causes of obesity in a national sample of 4th year medical students", *Patient Educ Couns*, 2015, 98(11): 1446–1449 https://www.clinicalkey.com/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0738399115002864.pdf?locale=en_US Erişim: 14 Haziran 2017.
35. Cawley J. "An economy of scales: A selective review of obesity's economic causes, consequences, and solutions", *Journal of Health Economics*, 2015, 43 (2015): 244-268 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629615000296?via%3DIhub> Erişim: 7 Aralık 2016
36. Menteş, E., Menteş, B., Karacabey, K. "Adölesan dönemde obezite ve egzersiz", *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2011, 8(2): 963-977. <https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/viewFile/2011/818> Erişim: 7 Aralık 2016
37. Smith A, Jones J, Houghton L, Duffell T, "A political spectator sport or policy priority? A review of sport, physical activity and public mental health policy", *International Journal Of Sport Policy And Politics*, 2016, 8(4):593-607. <http://021070rcz.y.http.www.tandfonline.com.proxy.okan-elibrary.com/doi/full/10.1080/19406940.2016.1230554?scroll=top&needAccess=true> Erişim: 7 Aralık 2016
38. Ács P, Stocker M, Füge K, Paár D, Oláh A, Kovács A, "Economic and public health benefits: The result of increased regular physical activity", *European Journal of Integrative Medicine*, 2016, 8 (2016):8-12. <http://0210k0rd1.y.https.www.clinicalkey.com.proxy.okan-elibrary.com/#!/content/journal/1-s2.0-S1876382016303997> Erişim: 7 Aralık 2016
39. Turi B, Codogno J, Fernandes R, Monteiro H. "Low levels of physical activity and metabolic syndrome: cross-sectional study in the Brazilian public health system/Baixos níveis de atividade física e síndrome metabólica: estudo transversal com usuarios do sistema público de saúde brasileiro" *Ciencia & Saude Coletiva [serial online]*. 2016, 21(4): 1043-1050. <http://021070rcz.y.http.eds.b.ebscohost.com.proxy.okan->

[elibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=55fa262a-2c07-402b-939d-](http://elibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=55fa262a-2c07-402b-939d-572a72b0d54b%40pdc-v-sessmgr01)

[572a72b0d54b%40pdc-v-sessmgr01](http://elibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=55fa262a-2c07-402b-939d-572a72b0d54b%40pdc-v-sessmgr01) Erişim: 7 Aralık 2016.

40. Hunter R, Boeri M, Tully M, Donnelly P, Kee F. “Addressing inequalities in physical activity participation: Implications for public health policy and practice”, *Preventive Medicine [serial online]*, 2015, 72:64-69. [http://med.bpums.ac.ir/UploadedFiles/xfiles/File/D-pezesyki/Community-Medicine/JournalClub/93-94/JC%2029%20ordibehesht%2094\(1\).pdf](http://med.bpums.ac.ir/UploadedFiles/xfiles/File/D-pezesyki/Community-Medicine/JournalClub/93-94/JC%2029%20ordibehesht%2094(1).pdf) Erişim: 7 Aralık 2016.

41. WHO. “Physical activity and health in Europe: evidence for action”, Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F. WHO Library Cataloguing in Publication Data http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf?ua=1 Erişim: 7 Aralık 2016

42. WHO. “Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025”, 2016. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/282961/65wd09e_PhysicalActivityStrategy_150474.pdf?ua=1 Erişim: 8 Aralık 2016

43. European Commission. “Special Eurobarometer 412 Sport and Physical Activity Report”, 2014. http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/ebs_412_en.pdf Erişim: 8 Aralık 2016

44. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010”, 2014. http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf Erişim 8 Haziran 2017

45. Olçay G U. *Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerde algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez). Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Programı Yüksek Lisans Tezi; 2016.

46. Demirci, M. *Üniversite öğrencilerinde madde bağımlılığı ve intihar ilişkisi* (Tez). İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2016.

47. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, “Avrupa Uyuşturucu Raporu 2016: Trendler ve Gelişmeler”, 2016, Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu, Lüksemburg. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2016> Erişim: 8 Haziran 2017

48. Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). “EMCDDA 2014 Ulusal Raporu” 2014. http://eos.aeo.org.tr/userfiles/files/230_2014-Turkiye-Uyusturucu-Raporu-Hakkinda.pdf Erişim Tarihi 8 Haziran 2017
49. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi. “Hemşirelik Lisans Tamamlama Hemşirelik Bakımı V Ders Notları”, Buzlu S. 2017. https://auzefalmsstorage.blob.core.windows.net/auzecontent/ders1/hemshirelik_bakimi_5/index.html Erişim: 8 Haziran 2017
50. Bilir N. “Türkiye Tütün Kontrolünde Dünyanın Neresinde?”, *Turk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal*, 2009, 10(1):31-34 <http://021070ree.y.http.eds.b.ebscohost.com.proxy.okan-elibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=2ad8df77-6545-446b-ab4c-35351c24aee4%40pdc-v-sessmgr01> Erişim: 8 Haziran 2017
51. OECD. “Tackling Harmful Alcohol Use Economics and Public Health Policy: Economics and Public Health Policy”, Franco S. OECD Publishing. 2015. http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/tackling-harmful-alcohol-use_9789264181069-en#.WhLX1EpI-M8 Erişim: 11 Haziran 2017
52. United Nations Office on Drugs and Crime, “World Drug Report 2016 United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7”, 2016. http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf Erişim: 12 Haziran 2017
53. WHO. “WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: Raising taxes on tobacco”, 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255874/1/9789241512824-eng.pdf?ua=1&ua=1> Erişim: 30 Ekim 2017
54. Ziesenitz S, Eldridge A, Antoine JM, Coxam V, Flynn A, Fox K, Gray J, Macdonald I, Maughan R, Samuels F, Sanders T, Tomé D, Loveren CV, Williamson G. “ILSI Avrupa Kısa Monografi Dizisi Sağlıklı Yaşam Tarzları Beslenme Rejimi, Fiziksel Aktivite ve Sağlık”, *ILSI Europe International Life Sciences Institute*, Pascal G. 2012. http://www.sugav.org/pdf/ILSI_kitapcik.pdf Erişim: 09 Eylül 2017
55. Ergün A, Erten S F. “Öğrencilerde vücut kitle indeksi ve bel çevresi değerlerinin incelenmesi”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2004, 57(02):57-61. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/autfm/article/viewFile/5000081492/5000075803> Erişim: 30 Ekim 2017

56. Han T S, Correa E, Lean M E, Lee D M, O'Neill T W, Bartfai G, Forti G, Giwerzman A, Kula K, Pendleton N, Punab M, Rutter M, Vanderschueren D, Huhtaniemi I, Wu F C W, Casanueva F, EMAS Study Group. "Changes in prevalence of obesity and high waist circumference over four years across European regions: the European male ageing study (EMAS)", *Endocrine*, 2017, 55(2):456-469. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12020-016-1135-y> Erişim: 30 Ekim 2017.
57. Sözmen K, Ünal B, Ergör G, Sakarya S, Dinç G, Yardım N, Keskinliç B. "Türkiye'de Antropometrik Ölçüm Yöntemlerinin Kardiyovasküler Hastalık Riski İle İlişkisi", *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*, 2016, 43(1): 99-106. <http://0210717up.y.http.eds.b.ebscohost.com.proxy.okan-elibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=7d2ed0a9-e37d-438f-8e0a-7b8b8ffb7605%40sessionmgr102> Erişim: 30 Ekim 2017.
58. WHO. "Prevalence of obesity among adults, BMI \geq 30, age-standardized Estimates by World Bank income group", 2017. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.WB2480A?lang=en> Erişim: 30 Ekim 2017
59. WHO. "Prevalence of obesity among adults, BMI \geq 30, age-standardized Estimates by WHO region", 2017. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.REGION2480A?lang=en> Erişim: 30 Ekim 2017
60. WHO. "WHO report on the global tobacco epidemic, Country profile Turkey", 2017. http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/tur.pdf?ua=1 Erişim: 30 Ekim 2017
61. Lök N, Lök S. "Yaşlıların Fiziksel Aktivite Düzeyleri İle Bilişsel Durumları Arasındaki İlişki" In *Yeni Symposium*, 2016, 54(2):21-24. <http://0210717v7.y.http.eds.b.ebscohost.com.proxy.okan-elibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=aeafb54d-8e3e-4f8c-8946-4d2b5d80699f%40pdc-v-sessmgr01> Erişim: 30 Ekim 2017
62. Chaix B, Chauvin P. "Tobacco and alcohol consumption, sedentary lifestyle and overweightness in France: a multilevel analysis of individual and area-level determinants", *European journal of epidemiology*, 2003, 8(6): 531-538. <https://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1024642301343?LI=true> Erişim: 31 Ekim 2017
63. Rani M, Bonu S, Jha P, Nguyen S. N, Jamjoum L, "Tobacco use in India: prevalence and predictors of smoking and chewing in a national cross sectional household survey", *Tobacco control*, 2003, 12(4):e4-e4.

<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/12/4/e4.full.pdf> Erişim: 31 Ekim 2017

64. Alati R, Kinner S, Najman J M, Fowler G, Watt K, Green D. “Gender differences in the relationships between alcohol, tobacco and mental health in patients attending an emergency department”, *Alcohol and Alcoholism*, 2004, 39(5): 463-469. <https://academic.oup.com/alcalc/article/39/5/463/203901> Erişim: 31 Ekim 2017.

65. Jalilian F, Karami Matin B, Ahmadpanah M, Ataee M, Ahmadi Jouybari T, Eslami A. A, Mirzaei Alavijeh M. “Socio-demographic characteristics associated with cigarettes smoking, drug abuse and alcohol drinking among male medical university students in Iran”, *Journal of research in health sciences*, 2015, 15(1): 42-46. <http://journals.umsha.ac.ir/index.php/JRHS/article/view/1828> Erişim: 31 Ekim 2017

66. Boland M, Fitzpatrick P, Scallan E, Daly L, Herity B, Horgan J, Bourke G. Abstract “Trends in medical student use of tobacco, alcohol and drugs in an Irish University, 1973–2002” *Drug and Alcohol Dependence*, 2006, 85(2): 123-128. [http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716\(06\)00138-4/fulltext](http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716(06)00138-4/fulltext) Erişim: 31 Ekim 2017.

67. Bonevski B, Regan T, Paul C, Baker A L, Bisquera A. “Associations between alcohol, smoking, socioeconomic status and comorbidities: evidence from the 45 and Up Study”, *Drug and alcohol review*, 2014, 33(2): 169-176. <http://0210717y8.y.http.eds.a.ebscohost.com.proxy.okan-elibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=af1ff50-b732-4ca8-afff-3f105761717d%40sessionmgr4007> Erişim: 31 Ekim 2017

68. OECD. “OECD estimates based on national health surveys. Obesity Update”, 2014. www.oecd.org/health/healthdata Erişim: 23 Eylül 2016

69. OECD, “Obesity Update 2017”, 2017. <http://www.oecd.org/health/obesity-update.htm> Erişim: 2 Kasım 2017.

70. OECD, “Obesity Update 2014”, 2014. <http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf> Erişim: 2 Kasım 2017

71. OECD. “OECD Health Statistics 2017”, 2017. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> Erişim: 3 Kasım 2017.

72. United States National Center For Health Statistics. “Summary Health Statistics: National Health Interview Survey Table-15 2015” 2015. https://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/NHIS/SHS/2015_SHS_Table_A-15.pdf Erişim: 4 Kasım 2017

73. Agborsangaya C B, Ngwakongnwi E, Lahtinen M, Cooke T, Johnson J A. "Multimorbidity prevalence in the general population: the role of obesity in chronic disease clustering", *BMC Public Health*, 2013, 13(1): 1161. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-1161>
Erişim: 5 Kasım 2017
74. Kearns K, Dee A, Fitzgerald A P, Doherty E, Perry I J. "Chronic disease burden associated with overweight and obesity in Ireland: the effects of a small BMI reduction at population level", *BMC Public Health*, 2014, 14(1): 143. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-143> Erişim Tarihi: 5 Kasım 2017
75. Moniruzzaman M, Ahmed M M, Zaman M M. "Physical activity levels and associated socio-demographic factors in Bangladeshi adults: a cross-sectional study", *BMC Public Health*, 2017, 17(1): 59. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-016-4003-z?site=bmcpublichealth.biomedcentral.com> Erişim: 6 Kasım 2017.
76. Malambo P, Kengne A P, Lambert E V, De Villiers A, Puoane T. "Prevalence and socio-demographic correlates of physical activity levels among South African adults in Cape Town and Mount Frere communities in 2008-2009", *Archives of Public Health*, 2016, 74(1): 54. <https://archpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13690-016-0167-3?site=archpublichealth.biomedcentral.com> Erişim: 6 Kasım 2017.
77. Borderías L, Duarte R, Escario J J, Molina J A. "Addiction and other reasons adolescent smokers give to justify smoking", *Substance use & misuse*, 2015, 50(12): 1552-1559. <http://02107189e.y.http.eds.b.ebscohost.com.proxy.okan-elibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=7c1a59da-c6c5-4443-9a0a-b21ab6e78b41%40pdc-v-sessmgr01> Erişim: 6 Kasım 2017.
78. United States National Center For Health Statistics. "Summary Health Statistics: National Health Interview Survey Table A-12a 2015" 2015. https://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/NHIS/SHS/2015_SHS_Table_A-12.pdf
Erişim: 6 Kasım 2017.
79. United States National Center For Health Statistics. "Summary Health Statistics: National Health Interview Survey Table A-13, 2015" 2015. https://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/NHIS/SHS/2015_SHS_Table_A-13.pdf
Erişim: 6 Kasım 2017.

80. NIH National Institute on Alcohol Abuse And Alcoholism. "Alcohol Facts and Statistics", 2017. <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/alcohol-facts-and-statistics> Erişim: 6 Kasım 2017.
81. Sanchez Ramirez D C, Franklin R, Voaklander D. "Hazardous alcohol use in 2 countries: a comparison between Alberta, Canada and Queensland Australia", *Journal of preventive medicine and public health*, 2017, 50(5): 311-319. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5637060/> Erişim: 6 Kasım 2017.
82. Katyal R, Bansal R, Agrawal V, Goel K, Chaudhary V. "Cross-sectional study to acknowledge the independent association of the socio-demographic determinants of alcohol use in an urban slum of North India", *International journal of preventive medicine*, 2014, 5(6): 749. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4085928/> Erişim: 6 Kasım 2017.
83. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. "Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı 2015-2020", 2015. <https://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf> Erişim: 7 Kasım 2017.
84. Ford E S, Maynard L M, Li C. "Trends in mean waist circumference and abdominal obesity among US adults 1999-2012", *Jama*, 2014, 312(11): 1151-1153. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1904816?utm_source=Silverchair Erişim: 7 Kasım 2017.
85. Vaidya A, Krettek A. "Physical activity level and its sociodemographic correlates in a peri-urban Nepalese population: a cross-sectional study from the Jhaukhel-Duwakot health demographic surveillance site", *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 2014, 11(1): 39. <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-11-39> Erişim: 8 Kasım 2017.
86. WHO. "Alcohol Key Facts", 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/> Erişim: 8 Kasım 2017.
87. Shelton N J, Knott C S. "Association between alcohol calorie intake and overweight and obesity in English adults", *American journal of public health*, 2014, 104(4): 629-631. <http://021070qz1.y.http.eds.a.ebscohost.com.proxy.okan-eliibrary.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=8de60308-26da-4e54-b863-bf6355bc1a43%40sessionmgr4007> Erişim: 15 Kasım 2017.

88. TUİK. “Türkiye Sağlık Araştırması”, 2016. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 Erişim: 15 Kasım 2017.
89. Hak Sağlığı Genel Müdürlüğü. “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017-TBSA 2017”, 2017. <http://www.thsk.gov.tr/guncel/haberler/5-haberler/turkiye-beslenme-ve-saglik-arastirmasi-2017-tbsa-2017.html> Erişim: 27 Kasım 2017.
90. Sağlık Bakanlığı Havanikoru.org. “Türkiye’de Tütünle Mücadele Süreci, Ülkemizdeki Tütün Kontrol Çalışmaları (Tütün ve Madde Bağımlılığı İle Mücadele Dairesi Başkanlığı) Bilgi Notu”, 2017. <http://www.havanikoru.org.tr/surec.html> Erişim: 01 Ocak 2018.
91. Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. “Obezite Mücadele Hareketi” Kampanyası”, 2017. <http://www.sggm.saglik.gov.tr/TR,4065/kampanya-hakkinda.html> Erişim: 01 Ocak 2018.
92. Devlet Denetleme Kurulu Araştırma ve İnceleme Raporu. “Madde ve Diğer Bağımlılıklar ile Mücadele Kapasitesinin ve Bu Bağlamda Türkiye Yeşilay Cemiyetinin Değerlendirilmesi Raporu”, 2014. <http://www.muhamrembalci.com/hukukdunyasi/alintilar/370.pdf> Erişim: 01 Ocak 2018.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Fatma	Soyadı	Kantaş Yılmaz
Doğum Yeri	Akhisar	Doğum Tarihi	26.08.1975
Uyruğu	T.C	Telefon	05305016624
E-mail	fatma.kantasyilmaz@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Bilimleri	2010
Lisans	Marmara Üniversitesi İletişim Fakültesi İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2001 2017
Ön Lisans	Atatürk Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği Anadolu Üniversitesi Hemşirelik	2015 1996
Lise	Çanakkale Sağlık Meslek Lisesi	1993

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl – Yıl)
Müdür Yardımcısı	SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2017 - Devam
Yurtdışı Eğitim Amaçlı Görevlendirme	Almanya LVR Klinik Viersen – Yurtdışı Görevlendirme - Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi ve Teknolojik Değerlendirme	2016 Aralık 2017 Şubat
Uzman – Kalite Yönetim Birimi	İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği	2015 -2016

Müdür Yardımcısı	Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2013 - 2015
Kalite Yönetim Direktörü	Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2012 – 2013
Müdür Yardımcısı ve Kalite Yönetim Direktörü	Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2010 - 2012
Uzman Atama Birim Çalışanı	İstanbul Sağlık Müdürlüğü Personel Şube	2009 - 2010
Süreç Takibi Sorumlusu	Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalite Birimi	2007 - 2009
Kurumsal İletişim Uzmanı	Ajans Press Medya Takip Merkezi	2004 – 2006
Eğitmen	Procter Gamble & Veri Halkla İlişkiler	2003 – 2004
Medya Sorumlusu	Green Active Halkla İlişkiler	2000-2002
Yeni Doğan Yoğun Bakım Hemşireliği	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EAH	1993-1999

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	KPDS/ÜDS/ YDS	Diğer
İngilizce	İyi	İyi	İyi	YDS (70,00-2015)	

Sınav	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES	68,64	66,03	70,14

