

T.C.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**BİR İLÇEDEKİ 15 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERDE
SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ RİSK ETMENLERİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. VOLKAN MEDENİ

ANKARA 2016

T.C.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**BİR İLÇEDEKİ 15 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERDE
SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ RİSK ETMENLERİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. VOLKAN MEDENİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. F. NUR BARAN AKSAKAL

ANKARA 2016

**Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tez Sınav Tutanağı**

Adı ve Soyadı	Volkan MEDENİ
Baba Adı	Seid Nadir
Doğum Yeri/Tarihi	Fatih / 28.06.1984
Diploma Tarihi / Diploma No	03.11.2008 / 0804.A-237
Mezun Olduğu Fakülte	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Halk Sağlığı
İhtisas Süresi	Yıl: 4 Ay: -
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: Bir İlçedeki 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde
Sağlık Davranışları ve İlişkili Risk Etmenleri

JÜRİ KARARI: UYGUN BULUNMUŞTUR

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN
Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL

ÜYE
Prof. Dr. Sevil UZKAN

ÜYE
Prof. Dr. E. Didem EVCI KIRAZ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	v
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1.Hipertansiyon	6
2.1.1.Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflandırılması	6
2.1.2.Dünyada ve Türkiye’de Hipertansiyonun Mevcut Durumu	7
2.1.3.Hipertansiyonun Risk Faktörleri	8
2.1.4.Hipertansiyonun Neden Olduğu Sağlık Problemleri	9
2.1.5.Hipertansiyonun Teşhis ve Tedavisi	10
2.1.5.1.Tanısal Değerlendirme	10
2.1.5.2.Tedavi Stratejileri	11
2.1.6.Hipertansiyon ile Mücadele	12
2.2.Obezite	14
2.2.1.Obezitenin Tanımı ve Önemi	14
2.2.2.Dünyada ve Türkiye’de Obezitenin Mevcut Durumu	16
2.2.3.Obezitede Riski Belirleyen Faktörler	17
2.2.4.Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları	18
2.2.5.Obezitenin Tedavisi	20
2.2.6.Obezite ile Mücadele	21
2.3.Sigara Kullanımı	22

<i>2.3.1.Tütün Kullanımının Tarihçesi</i>	22
<i>2.3.2.Dünyada ve Türkiye’de Sigara Kullanım Yaygınlığı</i>	23
<i>2.3.3.Sigara Kullanımının Genel Sağlık Etkileri</i>	24
<i>2.3.4.Sigaranın Bırakılması</i>	25
<i>2.3.5.Sigara Kullanımıyla İlgili Yasal Düzenlemeler</i>	26
<i>2.3.6.Sigara ile Mücadele</i>	28
<i>2.4.Alkol Kullanımı</i>	30
<i>2.4.1.Dünyada ve Türkiye’de Alkol Kullanım Yaygınlığı</i>	30
<i>2.4.2.Alkol Kullanımının Genel Sağlık Etkileri</i>	31
<i>2.4.3.Alkol Kullanım Bozuklukları</i>	32
<i>2.4.4.Alkol Kullanımını Etkileyen Faktörler</i>	33
<i>2.4.5.Alkolün Bırakılması</i>	34
<i>2.4.6.Alkol ile Mücadele</i>	36
<i>2.5.Beslenme</i>	38
<i>2.5.1.Beslenme Kavramı</i>	38
<i>2.5.2.Dünyada ve Türkiye’de Beslenme ve Sağlık Sorunları</i>	39
<i>2.5.3.Besin Öğeleri ve Vücut Çalışmasındaki Etkinlikleri</i>	40
<i>2.5.3.1.Proteinler</i>	40
<i>2.5.3.2.Yağlar</i>	41
<i>2.5.3.3.Karbonhidratlar</i>	41
<i>2.5.3.4.Mineraler</i>	41
<i>2.5.3.5.Vitaminler</i>	41
<i>2.5.3.6.Su</i>	42
<i>2.5.4.Besin Grupları ve Öğün İçeriği</i>	42

<i>2.5.5.Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin Sakıncaları</i>	45
<i>2.6.Fiziksel Aktivite</i>	46
<i>2.6.1.Fiziksel Aktivite Kavramı</i>	46
<i>2.6.2.Fiziksel Aktivite Türleri</i>	47
<i>2.6.2.1.Dayanıklılık Egzersizleri</i>	47
<i>2.6.2.2.Kuvvet Egzersizleri</i>	47
<i>2.6.2.3.Esnelik Egzersizleri</i>	48
<i>2.6.2.4.Denge Egzersizleri</i>	48
<i>2.6.3.Dünyada ve Türkiye’de Yetersiz Fiziksel Aktivite Sıklığı</i>	48
<i>2.6.4.Fiziksel Aktivitenin Sağlık Üzerine Etkileri</i>	49
<i>2.6.5.Fiziksel Aktivite Düzeyinin Belirlenmesi</i>	51
<i>2.6.5.1.Kriter Yöntemler</i>	51
<i>2.6.5.2.Objektif Yöntemler</i>	51
<i>2.6.5.3.Subjektif Yöntemler</i>	52
<i>2.6.6.Düzenli Fiziksel Aktiviteye Ulaşma Yolları</i>	52
<i>2.7.Sağlığın Davranışsal Belirleyicileri</i>	54
<i>2.7.1.Sağlık Algıları</i>	54
<i>2.7.2.Sağlık Davranışları</i>	55
<i>2.7.3.Davranışın Sağlık ve Hastalık Belirleyicisi Olarak Rolü</i>	56
<i>2.7.4.Sağlık Davranış Modelleri</i>	58
<i>2.7.4.1.Sağlık İnanç Modeli</i>	58
<i>2.7.4.2.Planlanmış Davranış Modeli</i>	59
<i>2.7.4.3.Değişim Aşamaları Modeli</i>	59
<i>2.7.5.Sağlık Davranışlarını Etkileyen Faktörler</i>	60

3.GEREÇ VE YÖNTEM	62
3.1.Araştırma Bölgesinin Tanıtılması	62
3.2.Araştırmanın Tipi	62
3.3.Araştırmanın Evreni	62
3.4.Araştırmanın Örneklemi	62
3.5.Araştırmanın Değişkenleri	64
3.5.1.Bağımlı Değişkenler	64
3.5.2.Bağımsız Değişkenler	64
3.6.Araştırmada Kullanılan Araç- Gereç	65
3.7.Araştırmanın Uygulanması	67
3.8.Araştırma Takvimi	68
3.9.Araştırmanın Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi	68
3.10.Araştırmanın Kısıtlılıkları	69
4.BULGULAR	70
5.TARTIŞMA	106
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	119
7.KAYNAKLAR	122
8.ÖZET	133
9.İNGİLİZCE ÖZET	135
10.EKLER	137
EK 1.ANKET FORMU	137
EK 2.ETİ KURUL ONAYI	140
11.ÖZGEÇMİŞ	144

TABLO DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. Kan Basıncı Düzeyine Göre Hipertansiyon Sınıflandırması	7
Tablo 2. Yetişkinlerde Vücut Kitle İndeksi Sınıflandırılması	15
Tablo 3. On Beş Yaş ve Üzeri Toplam Nüfus ve Örnekleme Alınan Kişi Sayıları	63
Tablo 4. Araştırma Takvimi	68
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	71
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kronik Hastalıklarla İlgili Özelliklerinin Dağılımı	73
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Vücut Ağırlıklarıyla İlgili Özelliklerinin Dağılımı	74
Tablo 8. Katılımcıların Vücut Kitle İndekslerine Göre Beden Algıları	75
Tablo 9. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Obezite Durumları	76
Tablo 10. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Beden Ağırlığı Algıları	78
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kan Basınçlarıyla İlgili Özelliklerinin Dağılımı	80
Tablo 12. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hipertansiyon Durumları	82
Tablo 13. Katılımcıların Hipertansiyon Varlığına Göre Yemeklerin Tadına Bakmadan Tuz Ekleme Durumları	84
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarıyla İlgili Özelliklerinin Dağılımı	85
Tablo 15. Katılımcılar Tarafından Son Bir Yıl İçinde Daha Sağlıklı Olmak İçin Yapılanların Dağılımı	86
Tablo 16. Katılımcıların Son Bir Yılda Daha Sağlıklı Olmak İçin Bir Şey Yapma Durumlarına Göre Bir Yıl Öncesiyle Karşılaştırmalı Sağlık Algıları	87
Tablo 17. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Algılarıyla İlgili Özelliklerinin Dağılımı	88
Tablo 18. Katılımcıların Kronik Hastalık Özelliklerine Göre Genel Sağlık Algıları	89

Tablo 19. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Genel Sağlık Algıları	90
Tablo 20. Araştırmaya Katılan Bireylerin Beslenmeyle İlgili Özelliklerinin Dağılımı	92
Tablo 21. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Yetersiz Beslendiğini Düşünme Durumları	94
Tablo 22. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Yemeklerin Tadına Bakmadan Tuz Ekleme Durumları	96
Tablo 23. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ana Öğün Atlama Durumları	99
Tablo 24. Araştırmaya Katılan Bireylerin Fiziksel Aktiviteyle İlgili Özelliklerinin Dağılımı	101
Tablo 25. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Durumlarına Göre Bir Yıl Öncesiyle Karşılaştırmalı Sağlık Algıları	101
Tablo 26. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Fiziksel Aktivite Durumları	102
Tablo 27. Araştırmaya Katılan Bireylerin Uyku Düzenleriyle İlgili Özelliklerinin Dağılımı	104

1.GİRİŞ VE AMAC

Halk Sağlığı, her bireyin sağlıklı bir yaşam sürmesine olanak sağlayacak ortamı geliştirerek hastalıklardan koruyan, insanların yaşam süresini uzatan, organize toplumsal çalışmalar yapan ve hizmetlerini her vatandaşa doğrudan kazanılmış bir sağlık ve yaşam hakkı olarak sağlayan bilim ve sanattır ¹. Sağlık istatistikleri toplayarak toplumun sağlık düzeyini değerlendirmek halk sağlığı uzmanı hekimin yetkinlikleri arasında olmalıdır ².

Dünya Sağlık Örgütü sağlık açısından riski, olumsuz bir sonucun gerçekleşme olasılığı veya bu olasılığı arttıran faktör şeklinde tanımlanmaktadır ³. Her yıl dünya çapında meydana gelen ölümlerin üçte birinin nedeni sağlığı küresel çapta tehdit eden, on temel önlenabilir sağlık riskidir. Bunların arasında hipertansiyon, tütün tüketimi, fiziksel hareketsizlik, obezite, alkol tüketimi ve yetersiz beslenme yer almaktadır ⁴.

Hipertansiyon atardamarlardaki kan basıncının yükselmesidir. Önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. En sık görülen kronik hastalıklardan biridir ve küresel bir halk sağlığı sorunudur. 136 ülkenin verisi kullanılarak yapılan bir çalışmaya göre kan basıncı kontrol altında olmayan birey sayısının 3 milyar kişiye ulaştığı bildirilmiştir ⁵. Hipertansiyon birçok sağlık sorunuyla ilişkili olup, sağlık ve ekonomi açısından önemli bir yük oluşturmaktadır. Hipertansiyonun küresel ekonomik yükü, 370 milyar dolar olarak hesaplanmıştır ve tüm sağlık harcamalarının %10'u kadardır ⁶. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'nda, 18 yaş üzerindeki bireylerde hipertansiyon görülme sıklığı %30,3 olarak saptanmıştır ⁷. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'nda, hipertansiyonun kontrol altına alınmasıyla tüm ölümlerin %25,2'sinin önlenileceği hesaplanmıştır ⁸.

Obezite, vücutta sağlığı bozacak ölçüdeki aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır ⁹. Hemen hemen tüm toplumlarda çok yaygın görülen bir sağlık sorunudur ve giderek küresel bir epidemi halini almaktadır. Sıklığı dünya genelinde 1980'den günümüze dek geçen süreçte

iki kat artmıştır ¹⁰. Fazla kilolu olma Avrupa’da her yıl 1 milyondan fazla ölümün ve hasta olarak geçirilen 12 milyon yaşam yılının sorumlusudur ¹¹. Türkiye’de obezite sıklığı kadınlarda %44,2, erkeklerde ise %27,3 olarak bulunmuştur ¹². Bir halk sağlığı problemi olan obezite, multifaktöryel zeminde gelişen bir hastalıktır. Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyip psikososyal problemlere yol açtığı gibi sebep olduğu hastalıklar ile ciddi bir morbidite ve mortalite nedenidir. Sıklığı her geçen gün artan bu hastalığın erken dönemde saptanıp tedavi edilmesi gerekmektedir ¹³.

Sigara tütünden yapılmaktadır. Gerçekte tütün bağımlılığı terimi daha doğru olmakla birlikte, pratikte en sık kullanılan tütün ürününün sigara olmasından dolayı, genel olarak sigara bağımlılığından söz edilmektedir ¹⁴. Sigara, bulaşıcı olmayan hastalıkların ve önlenabilir ölümlerin başlıca nedenidir. Türkiye’de toplam 14,8 milyon kişi tütün ürünü kullanmaktadır. Tütün ürünü kullananların %95’i sigara içmektedir ¹⁵. Sigara, günümüzde tüm dünyada her on erişkinden birinin ölüm nedenidir. Sigaraya bağlı ölümlerin 2030 yılında 8 milyonu geçmesi beklenmektedir. Ülkemizde sigaraya bağlı hastalıklar yüzünden yılda 110 bin kişi ölmektedir. Akciğer kanserlerinin %90’ı sigaraya bağlı ortaya çıkmaktadır ¹⁶. Sigara içmek yaygın bir alışkanlık olması suretiyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sağlığa olan olumsuz etkileri ve etkilenen insan sayısının giderek arttığı görülmektedir ¹⁷.

Alkol tanımı doğrudan etil alkolü ifade etmektedir. Etil alkol sarhoşluk veren içki çeşidi olarak kullanılır. Dünya alkol üretiminin üçte ikisi içki olarak tüketilmektedir ¹⁸. Dünya genelinde 15 yaş üstü nüfusun %38,3’ünün alkol kullandığı, %7,5’inde alkol kullanım bozukluğu olduğu bildirilmektedir. Alkol kötüye kullanımı 15-59 yaş arası erkeklerin mortalite risk faktörleri arasında birinci sıradadır ¹⁹. Alkol kullanımı belirgin zararlara yol açabilmesine karşın, birçok kişinin bu maddeyi neden yüksek miktarda kullandıkları üzerinde durulması gereken bir konudur. Ülkemizdeki alkollü içki tüketimi birçok ülkeye göre düşük olmakla birlikte İslam ülkelerinin çoğunda kişi başına tüketim ülkemizden de azdır ²⁰.

Alkolün risk faktörü olduğu birçok sağlık sorunu dışında şiddet ve kaza gibi sosyal etkilerinin olması, halk sağlığı açısından önemini arttırmaktadır ²¹.

Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda alınamaması ve vücutta uygun şekilde kullanılamaması durumu yetersiz ve dengesiz beslenmedir ²². 2015 yılı itibariyle dünya çapında 650 milyon civarında bireyin kötü ve yetersiz beslenme ile karşı karşıya olduğu bilinmektedir ²³. Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerin problemlerine sahiptir. Halkın beslenme durumu bölgelere, sosyoekonomik düzeye ve yerleşim yerine göre farklılık arz etmektedir. Bu durum beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkilidir. Ayrıca beslenme konusundaki bilgisizlik doğru olmayan gıda seçimi, yanlış hazırlama, hatalı pişirme ve uygun olmayan saklama yöntemlerinin uygulanmasına neden olarak beslenme sorunlarının boyutunun büyümesine yol açmaktadır ²⁴.

Fiziksel aktiviteyi iskelet kasları tarafından üretilen ve enerji gerektiren herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlanmaktadır. Yetersiz fiziksel aktivite küresel düzeyde sebep olduğu yıllık 3,2 milyon ölümle birlikte dördüncü sıradaki mortalite risk faktörüdür ²⁵. Türkiye’deki fiziksel aktivite değerleri incelendiğinde, toplumun %75’inin yeterli fiziksel aktivite seviyesine sahip olmadığı görülmektedir ²⁶. Fiziksel aktivitenin sağlığın korunması ve geliştirilmesinde yararları tartışmasız kabul görmektedir. Yetersiz fiziksel aktivitenin birçok hastalığın oluşumunda önemli faktör olarak rol oynadığı bilinmektedir ²⁷. Günlük yaşamı mümkün olduğunca aktif geçirmek sağlıklı bir yaşamın ilk adımıdır. Daha fazla yarar elde edebilmek için fiziksel aktiviteler düzenli yapılmalıdır ²⁸.

Hastalık yükünün sebepleri olarak belirlenen risk faktörlerinin çoğu, bireylerin yaşam tarzıyla yakından ilişkilidir. Yaşam tarzı kültürel, ekonomik ve kişisel özellikler ile eğitim düzeyine göre değişiklikler gösterebilmektedir. Yaşam tarzını oluşturan öğelerden bazıları; çalışma

durumu, yaşanan konut, alışkanlıklar, beslenme, egzersiz, uyku ve dinlenme, stres ile baş edebilme ve kendi sağlığından sorumlu olabilmedir ²⁸. Sağlık tehditleri ile başa çıkmak için gerçekleştirecek sağlık davranışları sağlıklı yaşam tarzını sergilemede ve bu yaşam biçimine ilişkin aktiviteleri yerine getirmede aktif rol oynamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü son yıllarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemini vurgulamaktadır. Sağlıklı insan sayısının artırılması hedeflenmektedir. Bunun için olumsuz sağlık şartlarının ortadan kaldırılarak sağlıklı yaşam biçiminin sağlanması gereklidir ²⁹.

Bireyler hasta olduklarında doğal olarak sağlık arayışı içine girmektedirler. Ancak çağdaş halk sağlığı felsefesine göre asıl önemli olan, bireylerin hasta olmadan önce sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleridir ³⁰. Sağlıklı olma durumunu etkileyen pek çok etmen vardır. Bunların bir kısmı bilgi, tutum ve davranışlardır. Kişilerin davranışlarının sağlıklı olma durumu üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Davranışları değiştirmek için yaş, cinsiyet, çalışma durumu, sağlık algısı, kültürel örüntü gibi bazı etmenlerin etkilerinin nasıl olduğunu bilmek gerekmektedir ³¹. Sağlığın korunması en iyi şekilde temel ve ortak risklerin belirlenmesi ile başarılacaktır. Sağlığı geliştirilmesi için ise bireylerin yaşam tarzlarının dikkatle incelenmesi gerekmektedir. Zira temelde yatan riskleri olan önemli hastalıkların gerçek nedenlerinin engellenmesi zorunludur ³.

Tüm dünyada bulaşıcı olmayan hastalıkların ölüm nedenleri içindeki payı artmaktadır. İlgili risk faktörlerinin sıklığı da giderek yükselmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için belirlediği hedefler arasında üye devletlerin araştırmalar yapmalarının teşvik edilmesi yer almaktadır ³². Gerçekleştirilecek çalışmalarla risk faktörlerine ait mevcut durumun araştırılması sağlanmalıdır. Risk faktörleriyle etkin mücadele ve halk sağlığına yönelik tehditlerin azaltılması, yapılacak araştırmaların neticesinde halkın bilinç ve farkındalığının yükseltilmesiyle mümkün olacaktır. Topluma yönelik girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi için güncel ve güvenilir epidemiyolojik

veriye ihtiyaç vardır ³³. Bu nedenle, bulaşıcı olmayan hastalıklar ile risk faktörlerinin ulusal ve yerel düzeyde araştırılması gereklidir.

Türkiye’de bugüne kadar yapılan çalışmaların çoğu, tüm risk faktörlerinin boyutlarını kapsayıcı nitelikte değildir. Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik sürveyans sisteminin geliştirilmesine ve risk faktörleri ile ilgili veri tabanı oluşturulmasına katkı sağlayacak araştırmalara ihtiyaç vardır. Başlıca risk faktörlerini içerecek şekilde tasarlanan çalışmalar, bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili programların geliştirilmesine katkıda bulunmak ve ilişkili risk etmenlerinin azaltılmasını sağlamak için temel bilgiler elde edilmesine yol açacaktır. Belli aralıklarla yapılacak kesitsel araştırmalarla, rutin verinin teyit edilmesi ve eksik alanların tamamlanması gerekmektedir. Tüm bunların gerçekleşmesine imkân tanıyacak olan çalışmalar, sıklıkla saha çalışmalarıdır.

Bu doğrultuda gerçekleştirdiğimiz çalışmada, Aksaray ilinin Ağaçören ilçesinde on beş yaş ve üzeri kişilerde sağlık davranışları ve ilişkili risk etmenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Hipertansiyon

2.1.1.Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflandırılması

Hipertansiyon en sık görülen kronik hastalıklardan biridir ve küresel bir halk sağlığı sorunudur. Hipertansiyon; kalp hastalıkları, inme, böbrek hastalığı, erken ölüm ve yeti yitimi gibi durumlarla ilişkili olup sağlık ve ekonomi alanında önemli bir yük oluşturmaktadır. Bununla birlikte hipertansiyon önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır ³⁴.

Kan basıncı ile kardiyovasküler ve renal olaylar arasındaki sürekli ilişki, kan basıncı sınır değerleri üzerinden normotansiyon ve hipertansiyon arasındaki ayrımı zorlaştırmaktadır. Bu zorluk ayrıca, genel popülasyonda sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncı değerlerinin tek yönlü bir dağılıma sahip olmasından da kaynaklanır ³⁵.

Erişkinlerde hekim tarafından yapılan standart ölçüm ile sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı ≥ 90 mmHg olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır. Pratikte hem tanısal yaklaşımı basitleştirmek hem de tedavi kararını kolaylaştırmak için kan basıncı sınır değerleri herkes tarafından kullanılır. 2003 ve 2007 ESH/ESC kılavuzlarında önerilen hipertansiyon sınıflandırmasında değişiklik yoktur. Aynı sınıflandırma genç, orta yaşlı ve yaşlı kişilerde de kullanılmaktadır. Ancak müdahale çalışmalarından elde edilmiş veriler bulunmayan çocuk ve ergenlerde gelişim persentil verilerine dayalı kriterler dikkate alınmaktadır ³⁶.

Sistolik kan basıncı özellikle önemlidir ve çoğu hastada tanıda esastır. Yaşı ≥ 80 olanlarda sistolik kan basıncının 150 mmHg'ye kadar kabul edilebilir olduğu bildirilmektedir ³⁷.

Genel popülasyonda kan basıncı düzeyine göre sınıflandırma Tablo 1'de gösterilmiştir ³⁶.

Tablo 1. Kan Basıncı Düzeyine Göre Hipertansiyon Sınıflandırması

Kategori	Sistolik		Diyastolik
Optimal	<120	ve	<80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek normal	130-139	ve/veya	85-89
Evre 1 hipertansiyon	140–159	ve/veya	90–99
Evre 2 hipertansiyon	160–179	ve/veya	100–109
Evre 3 hipertansiyon	≥180	ve/veya	≥110

2.1.2.Dünyada ve Türkiye’de Hipertansiyonun Mevcut Durumu

Hipertansiyon dünyada yaklaşık olarak bir milyar insanı etkilemektedir. Hipertansiyon komplikasyonları dünyada her yıl 9,4 milyon ölüme neden olmaktadır. Kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin %45’inden, inmeye bağlı ölümlerin %51’inden hipertansiyon sorumludur. Erişkinde hipertansiyon prevalansı %35–46 arasında bildirilmektedir ³⁸.

Hipertansiyonu olan bireylerin çoğu, ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Bu ülkelerde hipertansiyonun bu denli sık olması ve giderek artması, “epidemiolojik geçiş” sürecine bağlanmaktadır ³⁹.

Türkiye’de hipertansiyon sıklığını araştıran çalışmalar bölgesel veya daha geniş çapta olmak üzere 1960’lı yıllardan bu yana yapılmaktadır. Ülkemizde mevcut kayıt sistemi içerisine hipertansiyon ile ilgili bölüm 2006 yılı itibariyle ilave edildiğinden, hipertansiyon sıklıklarının alınması ve geriye dönük olarak analiz edilmesi mümkün değildir ⁴⁰.

Hipertansiyonun mevcut durumunu iyi bir şekilde ortaya koymak amacıyla ulusal düzeyde bazı çalışmalar yapılmıştır. 2003 tarihli PATENT-1 çalışmasının sonuçlarına göre ulusal düzeyde hipertansiyon prevalansı toplamda %31,8'dir ⁴¹. TEKHARF 2003/2004 kohortunda hipertansiyon sıklığı erişkin erkeklerde %36,3, kadınlarda %49,1 olarak tespit edilmiştir ⁴².

2012 yılında yapılan PATENT-2 çalışmasında 18 yaş üzeri toplam nüfusta hipertansiyon prevalansı %30,3 olarak bulunmuştur. Çalışma sonuçlarına göre yaş ve beden kitle indeksi arttıkça hipertansiyon sıklığı yükselmektedir. Hipertansiyon kırsal bölgede yaşayanlarda ve kadınlarda daha yüksek tespit edilmiştir. Kan basıncı yüksek olanların %54,7'si bu durumun farkındadır. Antihipertansif ilaç kullanma sıklığının toplamda %47,5 olduğu görülmüştür. Hastalığın farkında olma sıklığında önceki yıllara göre bir artış olmakla birlikte, %45,3'lük sıklıkla farkında olmama halen yüksektir. Hipertansiyonu olan gruptaki kişilerin %71,3'ünün tansiyonu kontrol altında değildir ⁷.

2.1.3.Hipertansiyonun Risk Faktörleri

Hipertansiyonun nedeni %90-95 hastada bilinen bir hastalığa bağlı değildir. Nedeni bilinmeyen hipertansiyona primer hipertansiyon ismi verilir. Primer hipertansiyona yol açan birçok faktör vardır. Primer hipertansiyonda başlıca risk faktörleri yaş, cinsiyet, yüksek miktarda tuz ve alkol tüketimi, obezite, yüksek kalorili beslenme, düşük aktivite düzeyi, yorgunluk, kişilik özellikleri ve duygusal etmenlerdir ⁴³.

Hastaların %5-10'unda ise hipertansiyon bir başka hastalığa bağlıdır. Başka bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan hipertansiyon, sekonder hipertansiyon olarak adlandırılır. Hipertansiyona yol açan hastalıkların önemli kısmı böbrek kaynaklıdır. Endokrin nedenler ise bir diğer önemli grubu oluşturmaktadır. Bu hastalıkların önemli bir kısmının tedavi edilebilir nitelikte olması, hastalıkların tedavisi ile de hipertansiyonun kalıcı tedavisinin mümkün olması her hastanın sekonder hipertansiyon açısından değerlendirilmelidir ⁴⁴.

Yüksek tansiyonlu kişilerin yaklaşık %60'ında ailede de tansiyon yüksekliği söz konusudur. Yüksek tansiyon görülme sıklığı ilerleyen yaşla birlikte artar. Buna karşın tansiyon yüksekliği genellikle ilk olarak 35-50 yaşlarında saptanır. 50 yaşın altındaki grup ele alındığında erkeklerde daha sık görülür. 50-55 yaş grubunda görülme sıklığı eşitlenir. 55 yaşından sonra ise kadınlarda görülme sıklığı daha yüksektir. Şişmanların yaklaşık % 40'ında yüksek tansiyon görülmektedir. Genç hastaların yaklaşık üçte biri şişmandır ⁴⁵.

Günümüzde hareketsiz yaşam tarzına bağlı olarak hipertansiyonun görülme sıklığında artış meydana gelmiştir ⁴⁶. Orta derecenin üzerinde alkol tüketimi hipertansiyon açısından açık bir risk oluşturmaktadır. Aşırı miktarda alınan alkol, damar sağlığı üzerinde olumsuz etkiye bulunarak yüksek tansiyon görülme sıklığını artırır. Bu açıdan hipertansif hastalar alkolden kaçınmalıdır ⁴⁷. Primer hipertansiyona yatkın kişilerin belli kişilik özelliklerine sahip olduğu, stres ve öfke gibi duygusal etmenlerin hastalığın oluşumunda önemli rol oynadığı uzun zamandır bilinmektedir ⁴⁸.

2.1.4.Hipertansiyonun Neden Olduğu Sağlık Problemleri

Tedavi edilmeyen yüksek kan basıncı, başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere birçok organ ve sistemi etkileyerek morbidite ve mortalite sebebi olmaktadır. Hipertansiyona ilişkin komplikasyonlar doğrudan yüksek kan basıncı değerlerine bağlı olabileceği gibi, hipertansiyonun kolaylaştırdığı ve zemin hazırladığı ateroskleroza da bağlı olabilir ⁴⁹.

Hipertansiyonun kalp yetersizliği epidemiyolojisindeki yerine ilişkin veriler öncelikle Framingham Kalp Çalışması'ndan elde edilmiştir. Bu kohortta ortalama 14 yıl izlem sırasında gelişen yeni kalp yetersizliği olgularının %91'inde kalp yetersizliği ortaya çıkmadan önce kan basıncının artmış olduğu görülmüştür. Kalp yetersizliği riski kan basıncı normal olan bireylere kıyasla hipertansif erkeklerde iki kat, kadınlarda ise üç kat artmaktadır ⁵⁰.

Bütün aterosklerotik kardiyovasküler olayların %35'inden hipertansiyon sorumludur. Koroner kalp hastalığı sıklığı hipertansiflerde 2-3 misli yüksek tespit edilmiştir ⁵¹. Koroner arter hastalığı olan hipertansiflerde 5 yıllık mortalite normotansiflere göre daha fazladır ⁵².

Arteriyel hipertansiyona bağlı gelişen renal yetmezliğin mekanizmasını açıklayan iki farklı görüş mevcuttur. Geleneksel görüşe göre; hipertansiyon nedeniyle preglomeruler arteriyol ve arterlerde daralma ve glomerüler kan akımında düşüş ve buna bağlı gelişen glomerüler iskemi sonucunda böbrek yetmezliği oluşmaktadır. Alternatif görüş ise glomerül üzerine sistemik basınç artışı sonucunda direkt olarak hipertansif renal hasar gelişmesidir. Hipertansiyonun böbrek yetmezliği ilerledikçe sıklığının arttığı ve kontrolsüz hipertansiyonun böbrek yetmezliğinin ilerlemesini hızlandırdığı iyi bilinmektedir ⁵³.

Hipertansiyon ile periferik arteriyel hastalık ilişkisini araştıran çalışmaların çoğunda pozitif bir ilişki saptanmış; özellikle de bu ilişkinin sistolik kan basıncı değerleri ilgili olduğu bulunmuştur. Aort anevrizmalarının büyük çoğunluğu hipertansiflerde gözlenmektedir. Aort diseksiyonu olan bireylerin % 80'e yaklaşan bir kısmında da hipertansiyon vardır ⁴⁹.

Hipertansif retinopati kan basıncı yüksekliğinin retinal arter ve venüllerde meydana getirdiği değişiklikleri tanımlayan bir hastalıktır. Birinci derece hipertansif retinopatisi olan kişilerde 3 yıl hayatta kalma yüzdesi %70 iken, dördüncü derece retinopatisi olan hastalarda bu sıklık sadece %6 olarak saptanmıştır. Hipertansif göz dibi değişikliklerinden hemoraji, eksüda ve papil ödemine, günümüz klinik pratiğinde nadiren rastlanmaktadır ⁵⁴.

2.1.5.Hipertansiyonun Teşhis ve Tedavisi

2.1.5.1.Tanısal Değerlendirme

Hipertansiyon tanısı koymanın tek yolu kan basıncını ölçmektir. Hastaların önemli bir kısmında erken dönemde hiçbir belirti olmadığını unutmamak gerekir ⁵⁵.

Bugün için, birçok Avrupa ülkesinde civalı sfingomanometre kullanarak ofis kan basıncını ölçmek mümkün değildir. Bunun yerine güvenilirliği onaylanmış, oskültatuar veya osilometrik yarı-otomatik cihazlar kullanılmaktadır. Bu cihazlar standart protokollere göre onaylanmalı ve doğrulukları teknik bir laboratuvarında ölçüm yapılarak periyodik olarak kontrol edilmelidir ⁵⁶.

Kan basıncının üst koldan ölçülmesi tercih edilir. Manşon ve kese boyutları kol çevresine göre seçilmelidir. Kollar arasında belirgin (>10 mmHg) ve tutarlı sistolik kan basıncı farklılığı bulunması durumunda kan basıncı değeri daha yüksek olan koldaki ölçüm esas alınmalıdır ⁵⁷.

Dinlenme kalp hızı değerleri hipertansiyon dâhil pek çok durumda kardiyovasküler morbidite veya ölümcül olayların bağımsız göstergesi olduğundan, kan basıncı ölçümleri daima kalp hızı ölçümü ile birlikte yapılmalıdır ⁵⁸.

2.1.5.2.Tedavi Stratejileri

Yaşam tarzı önlemleri hipertansiyonun önlenmesi açısından önemli girişimlerdir. Tedavi açısından da önemlidirler, ama yüksek risk düzeyi olan hastalarda ilaç tedavisine başlanmasını asla geciktirmemeleri gerekir. Klinik çalışmalar yaşam tarzı değişikliklerinin kan basıncı düşürücü etkilerinin tek ilaç tedavisine eşdeğer olabildiğini ancak temel dezavantajının kişinin bazı özel aktiviteleri yapmamasını gerektirdiğinden zaman içerisinde tedaviye uyumun düşük olması olduğunu bildirmiştir ³⁶.

Yaşam tarzı değişiklikleri hipertansif olmayan kişilerde hipertansiyonu güvenilir ve etkin bir şekilde geciktirebilir veya önleyebilir, Evre 1 hipertansif hastalarda medikal tedaviyi geciktirebilir veya önleyebilir ve medikal tedavi görmekte olan hipertansif kişilerde kan basıncı düşüşüne katkıda bulunarak antihipertansif ajanların sayısının ve dozunun düşürülmesine olanak verir ⁵⁹.

Kan basıncı düşürücü etkisinin yanı sıra yaşam tarzı değişiklikleri diğer risk faktörlerinin ve klinik koşulların kontrolüne de katkıda bulunur. Kan basıncını düşürücü etkisi gösterilmiş olan yaşam tarzı önerileri tuz kısıtlaması, alkolün ölçülü tüketimi, sebze ve meyvelerin çok tüketilmesi ve az yağlı ve diğer diyet türleri, kilo verme ve kiloyu koruma ile düzenli fiziksel egzersiz yapmadır ⁶⁰. Buna ek olarak, kardiyovasküler riskin azaltılması amacıyla ve sigara kullanmanın gündüz ambulatuvar kan basıncını yükseltebilen etkileri olması nedeniyle hastanın sigarayı bırakması konusunda ısrar edilmesi zorunludur ^{61, 62}.

Sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının 90 mmHg'nın üzerinde olduğu değerlerde tedavi önerilmektedir ⁶³. 2007 ESH/ESC kılavuzunda ve 2009 yeniden değerlendirme raporunda; antihipertansif ilaç tedavisinin faydasının kullanılan ilacın cinsinden bağımsız olup, büyük ölçüde düşen kan basıncının kendisine ait olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle tekli veya kombinasyon tedavisi olarak tiazid tipi diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokerleri ve beta-blokerlerin hepsi tedaviye başlarken, uygulama sırası fark etmeden kullanılabilir. Kılavuza göre bu altı grup ilaç da ilk tedavi olarak kullanıldıklarında kan basıncında yeterli düşüş sağlayıp kardiyovasküler riski azaltabilmektedir. Antihipertansif ilaçlar farklı hasta gruplarında, kendi ilaç grubuna ait farklı özellikler gösterebilmektedir ve bu kanıtların da unutulmaması gerekmektedir ⁶⁴.

2.1.6.Hipertansiyon ile Mücadele

Tüm dünyada hipertansiyonla mücadelede primer, sekonder ve tersiyer korunma önlemleri kullanılmaktadır. Hastalarla yoğun ilişkisinden ötürü primer ve sekonder korunmanın yapılacağı en uygun yer birinci basamaktır. Birinci basamakta çalışan hekim hipertansiyona tanı koyabilmeli, hastayı değerlendirip uygun tedaviyle izlemeli, bir üst basamağa sevk gerektiğinde bunu belirleyebilmelidir ⁶⁵.

Antihipertansif tedavinin koruyucu bir etkisi olduğuna dair güçlü kanıtlar varken hipertansif hastalarda tedavinin toplumda nasıl organize edileceği ve uygulanacağı konusunda daha az netlik vardır ⁶⁶. Bununla birlikte etkin hastalık yönetiminin çok disiplinli bir yaklaşım gerektirdiği konusunda şüpheler çok azdır. Bu yaklaşım çeşitli sağlık çalışanlarının sürece katılımı anlamına gelir ^{67, 68}.

Hipertansif hastaların çoğunda tedaviyi uygulayan pratisyen hekimdir. Hipertansiyona ve tedavisinin neden olduğu zorluğun yapısına göre bazı alanlarda uzman hekimler, yaşamı boyunca hastayı yakından takip edecek özel eğitilmiş hemşireler ile hekim reçetelerine göre ilaçları veren, sıklıkla hastaların sorunlarıyla doğrudan ilgilenen ve sorularını yanıtlayan eczacılar gereklidir. İdeal bir koşulda tüm sağlık çalışanları bu duruma karşı yaşam boyu başarılı bir girişim için işbirliğinde bulunmalıdır ³⁶.

Antihipertansif tedavi genellikle yaşam boyu sürecektir. İyi takip edilmeyip ilaçlarını kendi kendilerine kesen hastaların kan basınçlarının tedavi öncesi düzeylere yükselmesi kaçınılmazdır. Hastaların kontrole ne zaman çağrılacağı kardiyovasküler hastalık risk faktörleri ve kan basınçlarının yüksekliğine bağlıdır. Toplumsal açıdan en büyük yarar, hipertansif olduğunu bilmeyen hastaların taramalarla belirlenmesi ve bu bireylerde hastalığın kronikleşmesinin önlenmesiyle alınabilir. Bu hastalarda olası komplikasyonları önlemek asıl başarı olacaktır ⁶⁹.

Birinci basamak, hastalarla uzun süreli ilişkilerin kurulabilmesi, dolayısıyla hipertansiyonda hem korunma hem izlem işlemlerinin yürütülmesine en uygun yerdir. Özellikle hafif ve orta hipertansiyon olgularında tedavinin vazgeçilmez parçasını oluşturan yaşam tarzı değişikliklerinin yerleşmesi de birinci basamak hekimliğinin özgül yaklaşımı ile sağlanabilecektir. Çağımız insanının en büyük sağlık sorunlarından birini oluşturan hipertansiyon ile mücadelede tüm hekimlerin yoğun çabalarına ihtiyaç vardır ⁶⁵.

2.2.Obezite

2.2.1.Obezitenin Tanımı ve Önemi

Ortaçağ ve Rönesans döneminde güç, refah ve sağlık göstergesi olarak görülen obezite, günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir ⁷⁰. Genellikle sağlıksız beslenme alışkanlıklarının sedanter yaşam tarzı ile birleşmesi ile oluşan hastalığın tamamen önlenabilir ve tedavi edilebilir olduğu bilinmektedir ⁷¹.

Obezite, ülke ekonomilerini doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir ⁷². Obezite ile ilgili sağlık harcamaları gelişmiş ülkelerde tüm sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturmaktadır ⁷³. Amerika Birleşik Devletleri'nde obezitenin doğrudan maliyetinin hastalığın tanı ve tedavisi ile ilgili olan harcamaların, sağlık harcamalarının %7'sini, Fransa ve Avustralya'da sağlık harcamalarının %2'sini, Hollanda'da ise %4'ünü oluşturduğu bildirilmektedir. Dolaylı harcamaların ise Amerika Birleşik Devletleri'nde 48 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Bu rakama fazla kilolu olma, hareketsiz yaşam, astım ve genç kadınlar arasındaki infertilite görülme sıklığının artışına bağlı harcamalar dâhil değildir ⁷⁴.

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır. Ortalama ağırlıktaki erkeklerde vücut ağırlığının %15-20'sini, kadınlarda ise %25-30'unu yağ dokusu oluşturur. Erkeklerde bu oranın %25, kadınlarda ise %30'un üzerine çıkması durumu obezite olarak tanımlanır ¹³. Vücut yağ oranının tam olarak tespiti uzun zaman aldığından, obezitenin belirlenmesinde vücut ağırlığı kullanılmaktadır ⁷⁵.

Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi tanımlamaya yönelik bir indeks formüle etmiştir. Vücut kitle indeksi olarak adlandırılan bu indeks hastaların kilogram cinsinden ağırlıklarının metre cinsinden boylarının karesine bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, obeziteyi vücut kitle indeksinin 30 veya üzerindeki değerlerde olmasıyla tanımlamaktadır ⁷⁶.

Erişkinlerde vücut kitle indeksinin 25'in üzerinde olması ve abdominal yağlanma sağlık riskleri ile yakından ilişkilidir. Son yıllarda bel çevresinin tek başına ölçülmesi ile risk belirlenmesi yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bel çevresi ölçümünün erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm ve üzerinde olması sağlık açısından yüksek risk göstergesidir ⁷⁷.

Sıklığı her geçen gün artan, hayat kalitesini olumsuz yönde etkileyen, ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan hastalığın erken dönemde saptanıp tedavi edilmesi gerekmektedir ⁷⁸.

Tablo 2. Yetişkinlerde Vücut Kitle İndeksi Sınıflandırılması

	Vücut Kitle İndeksi (kg / m²)
Zayıf	<18,50
<i>Aşırı düzeyde zayıflık</i>	<16,00
<i>Orta düzeyde zayıflık</i>	16,00 – 16,99
<i>Hafif düzeyde zayıflık</i>	17,00 – 18,49
Normal	18,50 – 24,99
Fazla Kilolu	≥25,00
<i>Pre-obez</i>	25,00 – 29,99
Obez	≥30,00
<i>Sınıf 1</i>	30,00 – 34,99
<i>Sınıf 2</i>	35,00 – 39,99
<i>Sınıf 3</i>	≥40,00

Yetişkinlerde vücut kitle indeksine göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezitenin sınıflandırılması Tablo 2'de gösterilmektedir ⁷⁹.

2.2.2.Dünyada ve Türkiye’de Obezitenin Mevcut Durumu

Obezite küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde obezite her geçen gün artış göstermektedir. DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı bölgesinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA çalışmasında obezite prevalansında 10 yılda %10-30 arasında bir artış saptandığı bildirilmiştir ⁸⁰.

Avrupa'da yetişkinler üzerinde yürütülen çeşitli çalışmalara göre fazla kilolu olma prevalansı erkeklerde %32-79, kadınlarda ise %28-78 arasında; obezite prevalansı ise erkeklerde %5-23, kadınlarda %7-36 arasında değişmektedir. Bu çalışmalara göre fazla kilolu olma durumunun en yüksek olduğu ülkeler Arnavutluk, Bosna-Hersek ve İskoçya'dır. Türkmenistan ve Özbekistan ise prevalansın en düşük olduğu ülkelerdir. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından Avrupa Bölgesinde fazla kiloluluğun yetişkinlerin %30-80'ini etkisi altına aldığı, çocukların ve adölesanların yaklaşık %20'sinin fazla kilolu olduğu ve bunların üçte birinin obez olduğu belirtilmektedir ⁸¹.

Türkiye’de obezite prevalansı gelişmiş batı ülkelerinden aşağı kalmamakta, hatta son yapılan çalışmalarda Ortadoğu rakamlarına yaklaştığı anlaşılmaktadır. Türk erişkin toplumunda obezite prevalansı, özellikle kadınlarda çok kritik seviyelere ulaşmıştır ¹⁰.

1997-98 yıllarında yapılan, 20 yaş ve üzeri 24788 kişinin kapsama alındığı TURDEP-I çalışmasına göre, obezite sıklığı kadınlarda %32,9, erkeklerde %13,2, genelde ise %22,3'tür. Obezite sıklığının 30'lu yaşlarda yükseldiği, 45-65 yaşları arasında en üst düzeye ulaştığı görülmüştür. 2010'da, 26499 erişkin ile gerçekleştirilen TURDEP-II çalışmasında, kadınlarda obezite sıklığı %44,2, erkeklerde %27,3 ve genel toplumda ise %35,9 bulunmuştur. Obezite, 20-24 yaş grubundan 50- 54 yaş grubuna kadar devamlı bir yükseliş içerisindedir ¹².

2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre obezite sıklığı; 19 yaş ve üzerinde bireylerde %30,3 iken bu yüzde erkeklerde %20,5 ve kadınlarda %41,0

olarak bulunmuştur. Ayrıca fazla kilolu olma oranı ise %34,6 olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde yetişkin bireylerin sadece erkeklerde %38,6'sı, kadınların ise %26,6'sı normal vücut kitle indeksi değerlerine sahiptir. Vücut kitle indeksi sınıflamasına göre yetişkin bireylerde fazla kiloluluk ve şişmanlık sorununun önemli boyutlarda olduğu görülmektedir ⁸².

2.2.3.Obezitede Riski Belirleyen Faktörler

Obeziteye neden olduğu bilinen çok sayıda faktör içinde, aşırı ve yanlış beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği en önemli nedenler olarak kabul edilmektedir. Bu faktörlerin yanı sıra genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, sosyo-kültürel ve psikolojik pek çok faktör birbiri ile ilişkili olarak obezite oluşumuna neden olmaktadır ⁸³.

Çok sayıda araştırmada obezitede genetik faktörlerin belirgin bir rolü olduğu bulunmuştur. Basit formdaki insan obezitelerinde genlerin önemi henüz tam belli değildir. Yapılan araştırmalarda 2, 10, 11, 20 numaralı kromozomların vücut ağırlığını dengeleyen genleri taşıdığı bilinmektedir. Bunların dışında polimorfizm saptanan bazı genler de insulin duyarlılığını düzeltir ve adiposit apoptozisini azaltır. Böylece yağ birikimi artmaktadır ⁸⁴.

Tüm dünyada özellikle çocukluk çağı obezitesindeki artışın sadece genetik yapıdaki değişikliklerle açıklanamayacak derecede fazla olması sebebiyle, obezitenin oluşumunda çevresel faktörlerin rolünün ön planda olduğu kabul edilmektedir ⁸³.

Günümüzde çevremiz kolaylıkla elde edilebilen, oldukça ucuz, lezzetli ve enerji içeriği yüksek gıdalarla doludur. Porsiyonların büyük olması Amerika Birleşik Devletleri gibi bazı ülkelerde oldukça yaygındır. Fast food tarzı beslenme şekli de giderek yaygınlaşmaktadır. Bu beslenme şekline bir de düşük fiziksel aktivite eklendiğinde yüksek enerji alımına karşın düşük enerji kullanımı obezitenin oluşumunu kolaylaştırır ⁸⁵.

Obezitenin gelişmesinde dikkat edilmesi gereken faktörlerden biri de yaşamın ilk yıllarındaki beslenme şeklidir. Yapılan çalışmalarda, obezite görülme sıklığının anne sütü ile beslenen çocuklarda, anne sütü ile beslenmeyen çocuklara göre daha düşük oranlarda olduğu, anne sütü verme süresinin, tamamlayıcı besinlerin türü, miktarı ve başlama zamanlarının obezite oluşumunu etkilediği bildirilmektedir ⁸¹.

Obezitenin oluşmasında başlıca riskler ve riski etkileyen faktörler şu şekilde sıralanabilir ⁸³:

- Aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları
- Yetersiz fiziksel aktivite
- Yaş
- Cinsiyet
- Eğitim düzeyi
- Sosyo - kültürel etmenler
- Gelir durumu
- Hormonal ve metabolik etmenler
- Genetik etmenler
- Psikolojik problemler
- Sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler uygulama
- Sigara- alkol kullanma durumu
- Kullanılan bazı ilaçlar
- Doğum sayısı ve doğumlar arası süre

2.2.4.Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları

Obez olan kişilerde obstrüktif uyku apne sendromu sıklıkla görülmektedir. Obezite, üst hava yolu ve solunum sistemi üzerinde mekanik yükü arttırarak uyku sırasında üst hava yolunun daralmasını ve apne gelişimini kolaylaştırmaktadır. Hava yolu çevresinde yağ birikimi ve kasların etkinliğini azaltma yoluyla üst hava yolu kapanma eğilimini artırmaktadır ⁸⁶.

Obeziteye bağlı ortaya çıkan insülin rezistansı, yağ dokusundan artmış serbest yağ asidi salınımı ve salınan bu yağ asitlerinin karaciğer ve çizgili kasta depolanması ile ilişkilidir. İnsülin rezistansı pankreas beta hücrelerinin işlev kapasitesini aşmaya başlayınca tip 2 diyabet ortaya çıkar. Tip 2 diyabet riski kilolu olmanın derecesi ve süresi ile yakından ilişkilidir ¹⁰.

Kalp-damar hastalıkları, şışman bireylerde ölümlerin en önemli nedenlerindendir. Hipertansiyon ile obezite arasında bir ilişki bulunmaktadır. Obezite, yüksek kan basıncı için bağımsız ve güçlü bir risk faktörüdür. şışman bireylerde hipertansiyon görülme sıklığı zayıf olanlardakine göre oldukça yüksektir. Bunun yanı sıra, vücut kütle indeksinin artması ile birlikte inme ve kalp yetmezliği riski de artmaktadır ⁸⁷.

Obezitenin osteoartrit için risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Kilo vermenin ağrıda azalma, fonksiyonel kapasitede ve yaşam kalitesinde artmaya neden olduğu bilinmektedir. Ancak her hareketle birlikte ağrı deneyimleyen ve aynı zamanda obez olan osteoartritli bireylerde, egzersiz programının yrtlmesi zorlu bir süreçtir ⁸⁸.

Obezite; kanser riskini arttırmaktadır. Obez bireylerde, yağ hücreleri tarafından kana salınan çeşitli hormonlar ve bazı büyüme faktörlerinin fazla miktarlarda ve sürekli olması, kanser oluşumunu tetiklemektedir. Obezite ve fiziksel aktivite yetersizliğinin meme, kolon, endometriyum ve özefagus kanserine yakalanma riskini arttırdığı gösterilmiştir. Yine obezitenin, pankreas, uterus, prostat ve yumurtalık kanserleri riskini arttırdığı saptanmıştır. 2020’de dünya çapında obezite kaynaklı kanserlerin %50’lere varacağı düşünülmektedir ⁸⁹.

Obez bireylerde depresyon, anksiyete ve kendinden memnuniyetsizlik gibi psikososyal bozukluklarda artış olmaktadır. Obez kadınlardaki risk obez erkeklere göre daha fazladır. Tüm bunların haricinde, obezitede görülebilen diğer sağlık sorunları, akantozis nigrikans, hirsutizm, hepatomegali, karaciğer yağlanması, siroz, safra taşı, endokrin değişiklikler, metabolik sendrom ve dislipidemi şeklindedir ⁹⁰.

2.2.5.Obezitenin Tedavisi

Obeziteden korunma büyük önem taşımaktadır. Obeziteden korunma, çocukluk çağında başlamalıdır. Bu nedenle aile, okul ve yaşanılan çevre yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite konularında bilgilendirilmelidir. Obezite tedavisi hekim, diyetisyen, psikolog, fizyoterapistten oluşan bir ekip tarafından düzenlenmelidir ⁸³.

Obezite tedavisinde kullanılan yöntemler 5 grup altında toplanmaktadır ⁹¹:

- Tıbbi beslenme tedavisi
- Davranış değişikliği tedavisi
- Egzersiz tedavisi
- Farmakolojik tedavi
- Cerrahi tedavi

Tıbbi beslenme tedavisi ve davranış değişikliği tedavisi, son kırk yılda obezite tedavisinin temelini oluşturmuştur. Ne yazık ki yalnızca kalori kısıtlaması yapılması genelde etkisiz olmaktadır. Pek çok diyet yaklaşımının ilk dönemde kilo kaybına yol açtığı, fakat uzun vadede kilo kaybının korunamadığı bilinmektedir ⁹².

Egzersiz kilo kaybı için en etkili çözüm olabilir. Azalmış enerji alımı ile kombine edildiğinde egzersiz yalnızca diyet ile kaybedilen kilodan daha fazla kilo kaybını sağlar ve kas kütlesini de korur. En önemlisi egzersiz kilo kaybının daha uzun süre korunmasını sağlar. Bu sebeplerle vücut ağırlığını azaltmaya yönelik programlara egzersiz dâhil edilmelidir ⁹³.

Temelde obezitenin tedavisi amacıyla başlangıçta ilaç tedavisi önerilmez. Ancak seçilmiş yüksek risk grubundaki vakalarda geçici bir süre için ilaç tedavisi uygulanabilir. Yaşam süresinin kısalmasına neden olan ileri derecede obezitesi olan vakalarda cerrahi bir seçenek olabilir. Bölgesel yağ alma cerrahi uygulamalarının obezite tedavisinde yeri yoktur ¹³.

2.2.6.Obezite ile Mücadele

Obezite kontrol girişimleri uzun soluklu olarak planlanması gereken; aynı zamanda sağlık, eğitim, ulaşım, pazarlama, iletişim, kentleşme, beslenme ve spor gibi birçok alanı doğrudan ilgilendiren geniş kapsamlı çalışmalardır. Gelişmiş ülkelerin bu konuda ileriye dönük uygulanmakta olan eylem planları mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirmekte olan ülkelerde obeziteyle mücadeleyi destekleme ve yönlendirme programları bulunmaktadır ¹⁰.

Obezite ve neden olduğu hastalıklar sonucunda birinci basamak sağlık kuruluşlarına kilo kontrolü nedeniyle başvuran kişilerin sayısı giderek artmaktadır. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımında “önlemek iyileştirmekten daha kolaydır” ilkesiyle hareket edilmesi gerektirmektedir. Diğer hastalıklarda olduğu gibi obezite tedavisinde de hastalıkla ilgili sonuçların düzenli çıktılarının alınması da önem arz etmektedir ¹³.

Obezitenin nedeninin birden fazla faktörden oluşması, obezite ile mücadelenin multidisipliner yaklaşımla sürdürülmesi gereğini ortaya koymaktadır. Günümüzde obezite ile mücadelede, bireysel mücadelenin yanı sıra kurumsal mücadele de önem kazanmış ve gerekli önlemlerin alınması zorunlu hale gelmiştir ⁸³.

Türkiye’de kamu kurumları, üniversiteler, özel sektör ve sivil toplum kuruluşları obezitenin önlenmesine yönelik çeşitli çalışmalar yürütmektedir. “Türkiye Obezite ile Mücadele Programı ve Ulusal Eylem Planı” taslağı 2008’de yayınlanmış ve beş yıllık bir dönemi kapsamıştır. Eylem planında yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite konularında bilinçlendirilme, obezitenin teşhis ve tedavisine yönelik önlemler alınması yer almaktadır ⁹⁴.

2010 yılında yayınlanan Türkiye Obezite İle Mücadele ve Kontrol Programı’nın amacı, toplumun obezite ile mücadele konusunda bilgi düzeyini artırarak bireylerin sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazanmalarını teşvik etmektir. Böylece ülkemizde obezite ve obezite ile ilişkili hastalıkların görülme sıklığını azaltmak hedeflenmiştir ⁹⁵.

2.3.Sigara Kullanımı

2.3.1.Tütün Kullanımının Tarihçesi

1492’de San Salvador’da ilk defa tütün ve tütün yapraklarının çubuklarla tütürüldüğünü, ağızda çiğnendiğini gören Colombus’un yerlilerin tütün içtikleri saz borusunun “tobacco” olan adını bitkiye verdiği kaydedilmektedir ⁹⁶.

Tütünün ilk kullanım şekli, kurutulmuş yaprakların ufalanarak bir boru ucunda yakılması ve borunun öteki ucundan çıkan dumanın çekilmesi şeklinde olmuştur. Daha sonraları ilkel puro ve pipo tarzında tüketimi gerçekleştirilmiştir. 18. yüzyılda Orta ve Güney Amerika’da, kıyılmış tütünlerin yine bir tütün yaprağına veya kâğıda sarılarak içilmesine başlanmıştır. Papelitos adı verilen sigaralar Brezilya’da çok rağbet görmüş, Avrupa’da sigara şeklinde tütün içme ilk defa İspanya’da, daha sonra da Fransa’da gerçekleşmiştir ⁹⁷.

Önceleri dar bir çevrede kullanılmakta iken, 1881 yılında tütün sarma makinesinin geliştirilmesini izleyen yıllarda tütünün sigara şeklindeki üretimi ve kullanımı hızla artmıştır. Henüz tütün kullanımına bağlı sağlık sorunları da bilinmediği için tütün kullanımının yaygınlaşmasından kaygı duyulmamıştır ⁹⁸.

Tütün üretim, kullanım, iç ve dış ticaret açısından diğer tarım ürünlerinden farklılık arz etmesi etmektedir. Merkezi ve yerel otoriteler bu hususları düzenleyen bazı kurallar koymuşlardır. Bu kuralların, çoğu zaman üretim ve tüketimden alınan yüksek miktardaki vergilerin toplanmasını garanti altına almak olduğu görülmüştür ⁹⁹.

Tüketicinin artmasıyla birlikte hastalıklarda ve ölümlerde meydana gelen artışlar, bilim ve tıp dünyasını tütünün zararlarını daha çok araştırma yapmaya, yöneticileri de tütün tüketiminin kısıtlanması ve yasaklaması konusunda tedbirler almaya sevk etmiştir. Sigaranın hastalıklara ve ölümlere neden olduğu yirminci yüzyılın ortalarında bilimsel olarak kanıtlanmıştır ¹⁰⁰.

2.3.2.Dünyada ve Türkiye’de Sigara Kullanım Yaygınlığı

Tütün kullanımı dünyada oldukça yaygın bir davranıştır. Halen dünya genelinde 1,5 milyara yakın kişi sigara içmektedir. Tütün kullanan kişi sayısının en fazla olduğu ülkelerin başında Çin, Hindistan ve Endonezya gelmektedir. Dünya tütün tüketiminin üçte ikilik bölümü, aralarında Türkiye’nin de bulunduğu 10 ülkede olmaktadır ¹⁰¹.

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün Bir Bakışta Sağlık 2015 raporuna göre göre dünyada sigara kullanımının en yaygın olduğu ülke %39 ile Yunanistan olmuştur. Bu ülkeyi %38'le Endonezya ve %34'le Letonya takip etmiştir ¹⁰².

1990 yılında tüm dünyada hastalıklara bağlı ölüm oranı %2,6 iken, 2020 yılında sadece tütüne bağlı hastalıklardan oluşacak ölüm yükü %9 olarak tahmin edilmektedir ¹⁰³.

Tütün endüstrisinin hedefinde bulunmaları ve düzenli nüfus artışı yüzünden tütün kullanımı gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır. Bu ülkelerde her yıl milyonlarca kişi sigara bağımlısı olmaktadır. Kadınların çoğunluğu henüz sigara kullanmadığı için tütün endüstrisi onları yeni pazar olarak görmektedir. Nüfusu fazla olan ülkelerdeki kadınlar arasında sigara kullanımının yaygınlaşması salgının büyümesi açısından önemli bir tehlikedir. ¹⁰⁴.

Ülkelere göre sigara içen kişi sayılarına bakıldığında farklılıklar görülmekle birlikte; 2010-2020 yılları arasında 1,6 milyar; 2020-2030 yılları arasında 1,8 milyar; 2040-2050 yılları arasında da 2,2 milyar insanın sigara içeceği tahmin edilmektedir ¹⁰⁵.

Türkiye dünyada en büyük sigara tüketicisi ülkelerden birisidir. 1980 sonrası Türkiye’de sigara tüketiminin hemen her yıl yükselmiştir. 1990-2002 yılları arasında ortalama sigara tüketimi %43 artmıştır. Bunun nedenleri arasında 1985’te sigara ithalatının serbest bırakılması ve 1991’de ülkede yabancı sigara fabrikalarının kurulmaya başlanmasıdır. En önemli etken ise Türkiye’deki sigara fiyatlarının dünya fiyatlarına göre düşük seyretmesi olmuştur ¹⁰⁶.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'nın 2008 yılı verilerine göre Türkiye'de 15 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin % 31,2'si sigara içmektedir ¹⁵.

2012'de Türkiye'deki tütün kullanım prevalansı %27,1'dir. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde %41,5'lik sıklıkla %13,1'i tütün kullanan kadınlarda göre daha yüksektir. Tütün ürünü kullananlar içinde %23,8'lik bölüm her gün tütün kullanmaktadır. Tütün ürünü kullananların %94,8'lik bölümü mamul sigara içmektedir. Türkiye'de tütün kontrolü konusunda çok önemli ilerleme kaydedilmiş olmakla birlikte halen bazı güçlük alanları da vardır. Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye'de tütün ürünü kullanımı halen oldukça yüksektir ¹⁰⁷.

2.3.3.Sigara Kullanımının Genel Sağlık Etkileri

Ergenlik çağında sigara içmeye başlayan ve uzun süredir düzenli olarak sigara içen kişilerin yarısı sigaradan ölmekte ve bunların yarısı orta yaşlarda ölmektedir. Bu kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlere göre 20-25 yıl daha kısadır ¹⁰⁸.

Sigara içenler mortalite etkileri dışında aynı zamanda içmeyenlere göre daha fazla hastalanırlar. İçenler bırakanlara veya hiç içmemişlere göre akut ve kronik hastalığa yakalanarak gündelik aktiviteden daha fazla yoksun kalırlar; daha fazla yatalak gün geçirirler; daha fazla okul veya iş devamsızlığı yaparlar. Sigara yirmiye yakın ölümcül hastalığın risk faktörüdür. Ayrıca ölümle sonlanmayan yaklaşık elli kadar kronik hastalıkla ilişkilidir ¹⁰⁹.

Solunumsal yakınmalar sigara içicilerinde belirgin şekilde artmıştır. Kronik öksürük, balgam, hırıltı ve dispne arasında doz-yanıt ilişkisi vardır. Hava yolu epitelinde silier kayıp, müköz bez hipertrofisi, goblet hücre sayısında artış ve permeabilite artışı bu semptomlardan sorumlu olan değişikliklerdir. Sigara içenlerde içmeyenlere göre jronik obstrüktif akciğer hastalığı, pnömoni ve gripten ölümler belirgin şekilde fazladır ¹¹⁰.

1964’de ilk kez resmi olarak sigara içiminin akciğer kanseri ile nedensel ilişkisini bildirilmiştir. Bundan sonra yapılan çalışmalarda da inkâr edilemeyecek şekilde sigaranın akciğer kanserinin tüm histolojik tipleri hem erkekte, hem kadında başlıca neden olduğu kanıtlanmıştır. Akciğer kanseri tüm dünyada yıllık 1,3 milyon ölümlle en sık öldüren kanserdir ve başlıca sağlık sorunlarından birisi olmaya devam etmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar sigara ile ağız boşluğu, larinks, özofagus, mesane, böbrek, pankreas, mide ve serviks gibi birçok kanser türünün ilişkili olduğunu göstermektedir. Belirgin olarak sigara içenlerde sigara ile ilişkili bir kanser ortaya çıktığında ikincil bir kanser çıkma riski daha fazladır ¹¹¹.

Sigara içilmesi ile kalp hastalıkları arasında güçlü bir ilişki vardır. Sigara içen kişilerde zaman içinde HDL kolesterol miktarı azalır, buna karşılık LDL kolesterol miktarında artış olur. Sonuç olarak HDL kolesterol ile LDL kolesterol arasındaki denge bozulur. Bu durum aterosklerozun meydana gelmesi bakımından önemli bir faktördür. Böylelikle koroner kalp hastalığı sigara içenlerde daha fazla görülür. Ayrıca sigara içilmesi ile kalp krizi geçirme riski arasında net bir ilişki vardır. İçilen sigara sayısının artması durumunda kalp krizi geçirme riskinin giderek yükseldiği ortaya konmuştur ¹¹².

2.3.4.Sigaranın Bırakılması

Bütün tütün ürünleri nikotin içermektedir. Nikotin çok kolay emilen bir maddedir ve akciğerler, ağız, burun hatta deriden kolaylıkla ve hızla emilmektedir. Nikotin bağımlılığı sigara içmeye devam etmekteki ana unsurdur. Günümüzde nikotin bağımlılığı veya sigaraya bağımlılık üç veya daha fazla kriterin aynı yıl içindeki varlığı olarak tanımlanmaktadır ¹⁰⁹.

Sigara içenlerin %70’i sigarayı bırakmak istemektedir. Her yıl %5-10’u bırakmayı başarır. Yaşam boyu sigara içenlerin yarısı sigarayı bırakır. Çoğu başarana dek birçok denemelere gerek duyar. Nikotinin biyolojik özellikleri bırakmayı zorlaştırır. Bazı çalışmalarda nikotinin morfinden daha güçlü bağımlılık potansiyeli olabileceği gösterilmiştir ^{113, 114}.

Sigarayı bırakanlarda ilk birkaç gün içinde koku ve tat alma duyuları normal hale gelir. İlk yıllarda akciğerlerin işlevi düzelmeye başlar, kalp krizi geçirme riski hızla azalır. Sigaranın bırakılmasından 5 yıl sonra kalp krizi geçirme riski sigara içmeyenler düzeyine iner. Sonraki yıllarda çeşitli kanserlerin meydana gelme riski azalır. Sigaranın bırakılmasından sonra 10-15 yıl geçince kanser ve felç riskleri de sigara içmeyenlerin düzeyine inmiş olur ¹¹⁵.

Genç yaşlarda sigarayı bırakanlar, sonraki 15 yılda sigaraya bağlı hastalıklardan ölme risklerini %50 azaltmış olurlar. Kişisel ve sağlık sistemi bazında sağlık için yapılacak en önemli girişimlerden birisi sigara bırakmadır. Bu yüzden sağlık kuruluşlarına başvuran kişiler hangi sebeple gelmiş olursa olsunlar sigara içme durumları mutlaka sorgulanmalıdır. Eğer sigara içiyorsa, sigara bırakma polikliniği veya konu ile ilgili hekime yönlendirilmelidir ¹⁰⁹.

Sağlık hizmeti sisteminin sigara bırakma çalışmalarının başarıya ulaşmasındaki rolü açıktır. Bırakma çalışmalarında verimi artıran yöntemler arasında, sağlık personelinin sigara bırakma danışmanlığının belgelenmesi, bırakmada kullanılan tedavilerin sağlık güvence kapsamına alınması ve sağlık hizmetinde raporlama sisteminin geliştirilmesi gibi etmenler yer alır ¹¹⁶.

Sigarayla mücadelede toplumu bilinçlendirmek ve özellikle gençlerin sigaraya başlamalarını önlemek önemlidir. Diğer taraftan sigara içenlere bu alışkanlıklarını bıraktırmak da gereklidir. Sigaranın bırakılması, birçok hastalık için mortalite ve morbiditeyi düşürmesinin yanında, sigaraya başlama potansiyeli yüksek olan gençler için model sayısını da azaltmaktadır ¹¹⁷.

2.3.5.Sigara Kullanımıyla İlgili Yasal Düzenlemeler

Sigara tüketiminin uluslar arası şirketler aracılığıyla yayıldığını ve bu nedenle gerekli tedbirlerin alınması gerektiğini ilk ifade eden ve bunun için harekete geçen uluslararası kuruluş olan Dünya Sağlık Örgütü; 1970, 1971, 1976, 1978, 1980 yıllarında gerçekleştirilen genel kurul kararlarıyla ve hazırlanan raporlarıyla kampanyalar düzenlemiştir ¹¹⁸.

Dünya deneyimleri, tütün pazarına sahip çok uluslu şirketlerin ekonomik ve siyasi güçleri karşısında ulusal hükümetlerin tek başlarına önemli bir başarı sağlayamadığını göstermiştir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü 2003 yılında Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi adını verdiği bir rehber hazırlamıştır. Söz konusu sözleşme konu hakkında etkin kontrol önlemlerini düzenlemektedir. Türkiye, bu sözleşmeyi Nisan 2004'te imzalamış ve sözleşme Kasım 2004'te Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kabul edilmiştir. Bundan sonra ulusal tütün kontrol programı Türkiye'de büyük bir hız kazanmıştır ¹¹⁹.

Taraf olan ülkeler tütün salgınına karşı mücadeleye katılarak ülkelerindeki halkın sağlığını koruma konusunda söz vermişlerdir. Ükelere bu yönde yardım etmek amacı ile Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2008 yılında Küresel Tütün Salgını Raporu, MPOWER Paketi hazırlanmıştır. Bu pakette tütün kontrol politikası olarak etkili altı politika ele alınmaktadır ¹²⁰:

- Salgını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek
- Toplumları pasif sigara dumanından korumak
- Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek
- Herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak
- Reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak
- Vergileri ve fiyatı artırmak

Kanunlaşan sözleşme çerçevesinde yapılacak çalışmaların planlanması ve sigara tüketiminin kontrol altına alınarak özellikle gençlerin korunması amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından 2008-2012 yıllarını kapsayacak şekilde Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı hazırlanmıştır. Programın temel hedefi, 2010 yılına kadar Türkiye'de 15 yaş üzeri sigara içmeyenlerin oranını %80'nin üzerine çıkarmak, 15 yaş altında ise %100'e yakın olmasını sağlamak olmuştur ⁴⁰.

Onuncu Kalkınma Planı'nda yer alan "tütün kullanımı ile mücadele" konusunda belirlenen hedeflere ulaşılabilmesi amacıyla 2015-2018 yılları arasındaki dönemi kapsayacak şekilde hazırlanan Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı genelgesinin yayımlanmıştır. Eylem planının izlenmesi, sonuçlarının değerlendirilmesi, gerektiğinde değiştirilmesi ve güncellenmesi görevlerini yürütmek üzere, Sağlık Bakanlığının başkanlığında Ulusal Tütün Kontrolü Koordinasyon Komitesi kurulması uygun görülmüştür ¹²¹.

2.3.6.Sigara ile Mücadele

Tütün mücadelesinin üç önemli adımı olmalıdır. Bunlar; herhangi bir tütün ürününün kullanılmamasının sağlanması, tütün kullananların bu davranışlarını bırakmaları için destek olunması ve özellikle en sık tüketilen tütün ürünü olan sigara içmeyenlerin sigara dumanından pasif etkilenimlerinin engellenmesidir. Dünyada en sık kullanılan tütün ürünü sigara olması itibarıyla tütün karşıtı politikalar çoğunlukla sigara kullanımı üzerinden yürütülmektedir. Tütün endüstrisi de yaygınlaştırma stratejisini çoğunlukla sigara üzerinden sürdürmektedir. Ekonomik ve stratejik açıdan çok güçlü olan tütün endüstrisi karşısında ulusal politikalar önem taşımaktadır ¹²².

Dünyada 1,5 milyar dolayında kişi tütün ürünü kullanmaktadır ve tütün kullananların yarısının bu nedenle öleceği bilinmektedir Tütün kullanımı bu şekilde devam ederse yaşadığımız yüzyıl içinde 1 milyar kişi tütün kullanımı nedeni ile hayatını kaybedecektir. Bu yüzden, tütün kullanımı ile mücadele, tütün kullanımını azaltmak ve tütün salgınını tersine çevirmek sadece sağlık çalışanlarının değil, politika yapıcılarının önceliği olmalıdır. Etkili tütün kontrolü yöntemlerinin uygulanması ile milyonlarca yaşamı kurtarmak mümkündür ¹⁰⁷.

Değişik sektörlerin ve mesleklerin katılımı olmadan sigara ile mücadelenin etkili olamayacağı bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra Maliye, Dışişleri, Adalet, İçişleri, Milli Eğitim Bakanlıkları da oluşturulacak tütün kontrolü komitesinin içinde bulunmalıdır. Toplum

içerisinde sivil toplum örgütleri, meslek kuruluşları ve diğer kuruluşlar tütün kontrolünde önemli role sahiptir. Mücadelenin içinde tüm toplumun katılımına ihtiyaç vardır. Ancak bazı sektörlerin katılımı özellikle önem taşımaktadır. Bunların arasında sağlık meslek grupları, tütün kontrolü aktivitelerine liderlik etmek için ideal konumdadır ¹⁷.

Hekimlerin sigara içen hastalarına bırakma önerisinde bulunmalarının hastaları arasında bırakma oranlarını önemli oranda artırdığı değişik çalışmalarda gösterilmiştir. Sigara içen hastaların sağlık görevlilerince yapılan bırakma önerilerini kabul etmeye açık oldukları görülmüştür. Fakat bu önerilerin etkinliğini veya sağlık görevlilerinin bu konudaki istekliliğini azaltan birçok engel bulunmaktadır. Bunlar zaman kısıtlılığı, eğitim eksikliği, sağlık görevlilerinin önerilerinin etkin olacakları konusunda güvensizlikleri ve sağlık görevlilerinin sigara içme durumu olarak belirlenmiştir ¹²³.

Okullardaki sigara karşıtı eğitim programları, çocuklar sigarayı kullanmaya başlamadan veya okuldan ayrılmadan önce uygulanırsa etkili olabilir. 1994 yılında ABD’de yayınlanan, okullardaki tütün kullanımını engellemeye yönelik bir kılavuza göre eğitim çalışmalarının 6-8.sınıflarda başlaması gerekliliği vurgulanmıştır. Ayrıca tüm okullarda tütün kullanılmasını engellemeye yönelik eğitim programının, tütünün yol açtığı negatif psikososyal etkilerinin anlatıldığı, tütün kullanmayı engelleyici becerilerin kazandırıldığı ana konuları içermesi gerektiği vurgulanmıştır ¹²⁴.

Sigara ile mücadelede asıl başarı, sigaraya başlamanın engellenmesi ile sağlanacaktır. Ancak göz ardı edilemeyecek bir diğer gerçek, milyonlarca bireyin sigara içmeyi sürdürdüğü ve bu bireylerin yarısının sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle zamanından önce ölecekleridir. Sağlık çalışanları, sigara kaynaklı çoğu kronik hastalığın neden olduğu sağlık, zaman, iş gücü ve yüksek tedavi maliyeti kayıplarını önlemek ya da en aza indirmek için sigara içenlerin bırakmasına yardım etmeyi görev olarak benimsemelidir ¹⁰⁹.

2.4.Alkol Kullanımı

2.4.1.Dünyada ve Türkiye’de Alkol Kullanım Yaygınlığı

Alkol kullanım bozuklukları, tüm dünyada giderek artan, önemli bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütü dünyada 2 milyar kişinin alkol kullandığını, 76,3 milyon kişide alkol kullanım bozukluğu olduğunu bildirmektedir. Alkol tüketimi hastalık yükü açısından gelişmekte olan ülkelerde birinci, gelişmiş ülkelerde ise üçüncü sıradadır ¹²⁵.

Her yıl yaklaşık 3,3 milyon kişi alkole bağlı nedenlerle hayatını kaybetmektedir. En yüksek alkol tüketim seviyeleri gelişmiş ülkelerde tespit edilmiştir. Örneğin Doğu Akdeniz bölgesinde yaşayan 15 yaş üstü nüfusun %5,4’ü son bir yıl içinde alkol kullanmış iken, aynı sıklık Avrupa bölgesinde %14,7’dir. Toplam tüketilen alkol miktarının %25,7’si Avrupa bölgesine aittir. Alkol, küresel hastalık yükünün %5,1’ini oluşturmaktadır. Alkolün zararlı kullanımına bağlı ölümler, tüm ölümlerin %5,9’üne neden olmaktadır ¹⁹.

ABD’de alkol kötüye kullanımı veya bağımlılık açısından yaşam boyu yaygınlığı %13,8’dir. Kötüye kullanım ve bağımlılık riski erkeklerde kadınlara göre iki kat fazladır ¹²⁶. OECD ülkeleri arasında düşük alkol tüketimi, dini ve kültürel geleneklerin bazı nüfus topluluklarında alkol tüketimini kısıtladığı Hindistan ve Endonezya’nın yanı sıra, İsrail ve Türkiye’de kaydedilmektedir. Tüm ülkeler için toplam alkol tüketimi yılda ortalama 8,9 litredir. Fransa’da nüfusun en ağır alkol içen %20’si toplam alkol tüketiminin %50’sinden sorumludur. Bu sıklık Macaristan’da %90’a çıkmaktadır ¹⁰².

2012 yılında Türkiye genelinde erkeklerin % 17,2’sinin, kadınların % 3,8’ünün alkollü içecek tükettiği saptanmıştır. Halen alkol kullananların %81,0’i ilk kez 15-24 yaş aralığında alkolle tanışmıştır. Bireylerin alkol kullanmaya başlamadaki nedenler arasında merak ilk sıradadır ¹²⁷.

Türkiye’de kişi başına düşen alkol kullanımı yılda ortalama 1,4 litre saf alkol olarak hesaplanmıştır. Bu rakam Avrupa ülkelerine ait değerlerin altında olmakla beraber, kişi başına düşen saf alkol miktarı alkol tüketiminin yüksek olduğu bazı ülkelere, örneğin İngiltere’den, daha fazladır ¹²⁸.

2.4.2. Alkol Kullanımının Genel Sağlık Etkileri

Alkol kullanımı, madde bağımlılığı dışında, yaralanmalar, ruhsal ve davranışsal hastalıklar, gastrointestinal rahatsızlıklar, kanserler, kalp damar hastalıkları, immünolojik bozukluklar, akciğer hastalıkları, kas ve iskelet sistemi rahatsızlıkları, düşük doğum ağırlığı ve artmış düşük riskini içeren üreme ile ilgili bozukluklar ve doğum öncesi hasarlar gibi değişik hastalıklar ve rahatsızlıklara neden olmaktadır ¹²⁹.

Alkol tüketiminin bilinen kötü etkileri fetal alkol sendromu, kardiyomiyopati, hipertansiyon, hemorajik inme, kardiyak aritmi ve ani ölümdür. Bu etkilerin çoğu, kronik alkol alımı olarak tanımlanan günde 3 kadehten fazla uzun süreli alkol tüketiminde görülmektedir ¹³⁰.

Diyabetli, hipertansif ve daha önce kalp krizi geçirmiş yüksek riskli hastalarda alkol tüketimi açısından oldukça dikkatli olunmalıdır. Uzun dönem ağır alkol tüketenlerde tüm inme tiplerinde, intraserebral ve subaraknoid kanamalarda artış görülür. Orta derecede alkol tüketiminde ise çalışmalar çelişkilidir ¹³¹. Alkolün anginalı hastalarda egzersiz toleransını düşürdüğü ve doza bağımlı koroner vazokonstriksiyona neden olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır ^{130, 132}.

Akut alkol tüketimi de kardiyovasküler sistem üzerine kardiyomiyopatiye kadar gidebilen negatif inotrop etki ve proaritmik etki yapar, kalp hızı ve sistolik kan basıncını artırır. Deneyisel çalışmalarda alkol tüketimi ile interstisyumda kollajen birikimi olduğu ve bunun da erken dönemde diyastolik disfonksiyona yol açtığı ileri sürülmüştür ¹³³.

Alkol kullanımı, genellikle doza bağılı olarak çok çeşitli toplumsal zararların riskini de artırmaktadır. Başka birinin içmesi suretiyle yapılan zararlar, trafik kazaları, toplum huzurunun bozulması, aile içi şiddet uygulanması, çocukların istismar edilmesi, suç işlenmesi, şiddet ve cinayet gibi daha kötü sonuçlar ortaya çıkmaktadır ¹²⁹.

Araştırmalara göre alkol bağımlılarında eş zamanlı psikiyatrik sorunlar bulunmaktadır. En sık görülen eş tanılar anksiyete bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu ve duygudurum bozukluğudur. Eşlik eden anksiyete bozukluğu en sık olan gruptur. Anksiyete bozuklukları içerisinde fobik, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve posttravmatik stres bozukluğu ön sırayı paylaşır. Posttravmatik stres bozukluğunun alkol bağımlılığıyla ilişkisi ve bu durumun yaşam kalitesine olan ciddi etkisi çalışmalarda gösterilmiştir ¹³⁴.

2.4.3. Alkol Kullanım Bozuklukları

Alkol kullanım bozukluklarının tarihi, insanlık tarihi kadar eskidir. Eski Yunan içki tanrısı Dionysos adına düzenlenen şenliklerde şarap içildiği bilinmektedir. MÖ 2000 yıllarında Hammurabi yasalarında alkol alımı ve satımı için kurallar yazılmıştır. Hristiyanlıkta şarap, Hz.İsa'nın kanını temsil eden kutsal bir içkidir. İslamiyet'te ise zararlı olduğu için yasaklanmıştır ¹³⁵.

DSM-IV-TR, madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar bölümü bakımından DSM-IV'e benzemektedir. Her ikisinde de alkol kullanımı ile ilişkili bozukluklar; alkol kullanım bozuklukları ve alkol kullanımının yol açtığı bozukluklar olmak üzere iki kategori içermektedir. Alkol kullanım bozuklukları, alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı olarak iki alt kategoriden oluşmaktadır. Alkol kullanımının yol açtığı bozukluklar ise, alkol intoksikasyonu, alkol yoksunluğu ve alkol kullanımının yol açtığı ruhsal bozukluklar olmak üzere üç kategoriden meydana gelmektedir ¹³⁶

Dünya Sağlık Örgütü alkol bağımlısını “uzun süre ve alışılmışın dışında alkol alan, alkole bağlı sağlığı bozulan, buna karşın durumunu değerlendiremeyen; değerlendirse bile alkol alma isteğini durduramayan, tedaviye gereksinimi olan hasta” diye tanımlamıştır. Alkol kötüye kullanımı DSM-IV-TR’de alkol kullanımının henüz bağımlılık aşamasına gelmemiş şeklini tarif etmek için kullanılmaktadır. Kişinin klinik olarak belirgin bir alkol kullanımı veya sıkıntıya neden olacak şekilde alkol kullanımı olmakla beraber henüz tolerans ya da alkol kesilmesinde ortaya çıkan yoksunluk sendromu gelişmemiştir ¹²⁶.

DSM-V’te, DSM-IV’ten farklı olarak, alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı, iki ayrı tanı kategorisi olmaktan çıkarılmış ve her iki bozukluğun tanı ölçütleri alkol kullanım bozuklukları tanısı altında sıralanmıştır. Ancak alkol kötüye kullanımı tanı ölçütleri arasında sayılan “alkol ile ilişkili yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar” ölçütü terk edilerek onun yerine daha önce olmayan ve “alkol kullanmaya yönelik güçlü bir istek ya da dürtü” tanı ölçütü olarak ilave edilmiştir. Daha önce tanı koymak için yeterli olan üç tanı ölçütü sayısı ise ikiye düşürülmüştür ¹³⁶.

2.4.4. Alkol Kullanımını Etkileyen Faktörler

Hızlı bir şekilde tüketimi artan ve aynı oranda da bağımlılık yapan alkol tüketimine gençleri yönlendiren sebepleri araştıran yaklaşımlardan davranışsal, insancı-varoluşçu, sosyo-kültürel ve biyolojik yaklaşımları saymak mümkündür ¹³⁷.

Psikodinamik yaklaşıma göre, alkolizm bilincin söz konusu olmadığı duygusal bir problemin göstergesidir. Problemin kaynağı ise iki noktadadır. Bunlardan birincisi alkolizmi tatmin edilmemiş bağımlılık isteklerinin bir yansıması olarak görmekte ve insanların alkolik olmalarının nedenlerini geçmiş yaşantılarında aramaktadır. İkincisine göre ise insanlar kendilerini iyi kontrol edemedikleri yönlerinin olduğunun farkına vararak alkolün kendilerine yeni bir güç getireceğine olan inançla bilinçli olarak daha çok içerek alkolik olurlar ¹³⁸.

Davranışsal yaklaşım, alkolizmi öğrenilmiş bir davranış olarak görür. Bu öğrenmede geçmişteki izlerin ve arka arkaya gelen zorlamaların etkisi söz konusudur. Burada temel zorlayıcılar olarak kendini kanıtlama, rahat sosyal davranışa girmeyi geliştirme ve psikolojik gerginliği azaltma sıralanabilir. Genel olarak herkesin kişisel sorunlarından kaçış noktasında alkolün çare görülerek, alkol almaya dayalı bir rahatlama sağlandığı ifade edilmektedir ¹³⁹.

Alkol kullanımının sebeplerini açıklamaya yönelik yaklaşımlardan insancı-varoluşçu yaklaşım, alkoliklerin toplum tarafından dışlanmış ve kendi kimliklerini bulamamış kişiler olduklarını belirtir. Alkoliklerin kendilerini gerçekten tanımlamak yerine hem kendileri hem de toplum tarafından doğru bulunmasa da var olmanın yarattığı sorunları kendilerinin çözmek istediklerini belirtir. Böyle yaparak kendilerini diğer insanlardan izole ettiğini kabul eder ¹³⁸.

Sosyo-kültürel yaklaşım incelendiğinde ise; toplumsal yapı, gelenek, görenek ve törelerin dinsel inanç ve öğretilerin toplumsal değişimin hızının ve çeşitli sosyal olayların alkol tüketimi üzerindeki etkisi üzerinde durmaktadır. Toplumsal yapıda var olan bazı durumların alkol tüketimini teşvik ettiğini veya alkol almaya sebebiyet verdiğini ifade etmektedir ¹³⁷.

Alkol kullanmalarını açıklamaya yönelik geliştirilen biyolojik yaklaşımın açıklamalarında, alkolizmi belirleyen en önemli faktörler, fizyolojik ve kimyasal anormalliklerin genetik olarak kalıtımıyla ortaya çıkar. Yapılan araştırmalar, Japonların, Korelilerin ve Tayvanlıların alkolden fazla etkilenirken, bunun aksine Kafkasyalıların ne kadar çok alkol alırsa alsın hiçbir şekilde etkilenmediklerini göstermiştir. Bu yaklaşım bireyi alkolizme sevk eden belirleyici kriterlerin çevresel değil genetik olduğunu kabulündedir ¹³⁸.

2.4.5. Alkolün Bırakılması

Alkol tedavisi kişinin bireysel tedavisi ve kişi ve toplum için koruyucu yaklaşımlar olarak iki aşamada düşünülmelidir. Kişinin bireysel tedavisinin başarısı problemin erken tespiti ve

uygun kapsamlı bir tedavi planı uygulanmasına bağlıdır. Alkol bağımlılığının sadece yardım ile tedavi edilebileceğini vurgulamak kişinin tedaviyi kabul etmesini ve işbirliğine yanaşmasını kolaylaştırır ¹²⁶.

Alkolün kesilmesi sonucu olağan yoksunluk belirtilerinin ortadan kalmasına yardımcı olan ilaç kullanımı ve diğer tıbbi müdahaleleri içeren ilk bölüm bir süredir alınan alkolü kesme tedavisidir. Rehabilitasyon döneminde kişi artık alkol yoksunluğundan kurtulmuştur. Yaşamdaki normal işlevlere dönebilme ve alkolsüz yaşama uyum sağlama bakımından hastaya bilgi ve beceriler kazandırılmaya çalışılır. Nüksü önleme tedavi modellerine göre değişmekle birlikte Adsız Alkolikler'in on iki basamak temeli üzerinde kurulu önleme programlarıdır. Bu aşamada aynı zamanda ilaç tedavilerinin yeri vardır ¹³⁵.

Alkol kötüye kullanımı, bağımlı bireyde kan basıncı ve kalp atım hızı değişiklikleri gibi otonomik etkiler gibi özgün emosyonların eşlik ettiği farklı bedensel etkiler oluşturur. Alkol kullanımının beden üzerindeki etkilerine ek olarak alkol alımını kesmek de özgün otonomik etkileri olan yoksunluk sendromlarına yol açabilir ¹⁴⁰.

Alkol kötüye kullanımının ya da yoksunluğunun oluşturduğu duyguların hissedilmesi ve farkındalığı ile ilgili süreçlerdeki değişimlerin, alkol bağımlılığın ortaya çıkması ve devam etmesinde rol sahibi olduğu iddia edilmektedir ¹⁴¹.

Alkolizmin rehabilitasyonu, hastanın alkolsüz bir yaşamı sürdürebilmesine aile, iş ve toplum yaşamındaki sorumluluklarını yürütebilmesine, bedensel ve ruhsal acıdan sağlıklı olarak nitelendirilebilen bir yaşam sürdürmesi hedefine ulaşmaya çalışır. Bu amaçla değişik terapötik yaklaşımlar birlikte uygulanmaktadır. Hastanın benlik gücü, yaşam zorlarıyla baş etme yeteneği, uyum yetileri değerlendirilerek uygun bir psikoterapötik yöntem seçilebilir. İlaç tedavilerinin yanı sıra destekleyici bireysel psikoterapiler, davranış tedavisi, grup ve aile tedavileri, adsız alkolikler gibi destek grupları birbirlerini tamamlayan tedavi yaklaşımları

olarak kullanılmaktadır. Bu dönemin asıl amacı hastanın alkole geri dönüşünü engellemeye çalışmak, alkolsüz yeni yaşamına uyumunu sağlamak, bu süreç içindeki güçlüklerle baş edebilmesine yardımcı olmaktır ¹⁴².

Alkol bağımlılığı yaşam boyu süren, içme ve içmeme dönemleri olan bir hastalık olduğu için doğal gidişi belirleyen iki temel süreç remisyon ve nüks etme olarak kabul edilir ¹⁴³.

Erken remisyon DSM-V-TR'ye göre en az 3 ay süreyle, ancak 12 aydan daha kısa süreli olarak madde kullanım bozukluğu tanı ölçütlerinin hiçbirinin karşılanmamış olmasıdır. Kalıcı remisyon ise 12 aylık bir dönemde ya da daha uzun bir süre içinde, madde kullanım bozukluğu için tanı ölçütlerinin hiçbirinin karşılanmamış olması olarak tanımlanmıştır ¹⁴⁴

Alkol bağımlılığında tedavinin amaçlarından birisi de tekrar alkol içmeyi önleme çalışmasıdır. Nüks önleme sürecinin amacı bilişsel tekniklerle davranışsal becerileri bir araya getirerek istenen davranış değişikliklerinin oluşturulmasını ve sürdürülmesini sağlamaktır. Nüks önlemede alışkanlıklar, yaşam biçimi ve alkol kullanımıyla ilgili yanlış düşünceler değiştirilmeye çalışılmaktadır. Yüksek riskli durumların saptanarak başa çıkma becerilerinin geliştirilmesinin nüks oranlarını azaltabileceği ileri sürülmüştür ^{145, 146}.

2.4.6. Alkol ile Mücadele

Alkolün zararlı kullanımının artmasını önlemek başta toplum ve birey sağlığının korunması olmak üzere, toplumsal yaşam açısından önemlidir. Ülkemizde alkollü içki tüketimi düşüktür, ama riskli kullanımdan etkilenen nüfus dikkate alındığında bu soruna yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sağlık politikaları içinde yer alması gerektiği görülmektedir ²⁰.

Alkol üretimi ve ticaretini kısıtlamak, satış günlerini saatlerini ve yerlerini kısıtlamak, alım satım fiyatlarını, satılacak kişileri denetlemek gibi koruyucu önlemler söz konusudur. Bunların etkinliği ülkeden ülkeye ve toplumdan topluma değişebilmektedir, fakat etkin

oldukları kesindir. Örneğin, İsveç'te cumartesi ve pazar günlerinde satış yasağı konulması o günlerde olan trafik kazalarını belirgin derecede azaltmıştır. Fiyatların arttırılması ve satan için kâr sınırlarının düşük tutulması tüketimi azaltabilmektedir ¹⁴⁷.

Alkol kullanım bozuklukları tarama metotları ile erken tanınabilirler. Dünyada bazı ülkeler bu tür programları uygulamaktadır. Hastanın bir tedavi programına katılımı, ilk değerlendirme sırasında yapılan görüşmeyle hastanın yardım edilebileceğine ikna edilmesiyle sağlanır ¹⁴⁸.

Öte yandan, kayıt dışılıkla etkin şekilde mücadele edilmelidir. Bandrol uygulaması kayıt dışılığa karşı olumlu sonuçlar vermişse de, vergi artışları ile birlikte içkilerdeki kayıt dışılık yeniden gündeme gelmiştir. Pahalı içkilerin sahteleri etil alkol veya toksik ve öldürücü etkisi olan metanol kullanılarak üretilmektedir. Bu durumda uygun ve etkin denetim mekanizmaları oluşturulmalı, bu konu ile ilgili kurum ve kuruluşlar organize hareket etmelidir ¹⁴⁶.

Az miktardaki alkol dahi araç sürme kabiliyetini zayıflatabilir. Alkollü araç kullanmanın kurbanlarının kendileri alkollü araç kullanan kişiler değildir. Alkollü araç kullanmadan kaynaklı yaralanma ve ölümlerin gereksiz trajedisini azaltmada etkili olmak, emniyet makamları, ceza sistemi, sağlık sektörü, kamuoyu ve diğer paydaşlar arasındaki sürdürülebilir birleşik eylem olmasını gerekli kılmaktadır ¹⁴⁹.

Sağlık hizmetleri alkolün neden olduğu diğer sağlık sorunlarına sahip kişiler arasında bireysel düzeyde zararı azaltmak bakımından temel öneme sahiptir. Sağlık hizmetleri, alkol kullanımıyla ilgili sağlık sorunları açısından risk taşıyan veya bunlardan etkilenen bireylere koruyucu ve tedavi edici müdahaleleri sunmalıdır. Sağlık çalışanlarının önemli rolü, alkolün zararlı kullanımının sosyal sonuçları hakkında toplumu bilgilendirmek, toplulukların alkolün zararlı kullanımını azaltma çabalarına destek vermek ve etkin toplumsal yanıtları savunmaktır. Sağlık hizmetleri, sağlık sektörünün dışında pek çok aktöre ulaşmalı, bunları harekete geçirmeli ve sürece dâhil etmelidir ¹⁵⁰.

2.5.Beslenme

2.5.1.Beslenme Kavramı

Yaşamın her evresinde sağlığın temelini oluşturan beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli enerji ve besin öğelerinin her birini yeterli miktarda sağlayacak olan besinleri, besleyici değerlerini yitirmeden, sağlık bozucu duruma getirmeden en ekonomik şekilde almak ve vücutta kullanmaktır ¹⁵¹.

Beslenme alışkanlıkları; kişinin günlük öğün sayısı, tükettiği besinlerin tür ve miktarları, yiyecek satın alma, yemek hazırlama, pişirme ve servis gibi davranışlarını içerir ¹⁵².

Yiyecek seçimi ve beslenme alışkanlıklarının meydana gelmesinde çeşitli etmenler rol oynar. Bireylerin ve toplumların yeme alışkanlıkları bu değişik etmenlerin etkisiyle oluşur ve gelişir. Kentte veya kırsal alanda yaşama, yaşanan yerin coğrafik, iklim ve tarımsal durumu, inanç, gelenekler-görenekler, sosyoekonomik koşullar, beslenme bilgi düzeyi beslenme alışkanlıklarının ortaya çıkması ve gelişmesine neden olmaktadır ^{152, 153}.

Her toplumun kendine özgü beslenme alışkanlıkları, örf ve adetleri, olanakları, uygulamaları ve beslenme kültürü bulunmaktadır. Çeşitli sosyoekonomik, kültürel ve eğitimsel etkinliklerin yönlendirdiği beslenme alışkanlıkları yaşamın ilk dönemlerinde kazanılır ^{154, 155}.

Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu yeterli ve dengeli beslenme deyimi ile açıklanır. Besin öğeleri vücudun gereksinmesi düzeyinde alınamadığında, yeterli enerji oluşmadığı ve vücut dokuları yapılamadığından yetersiz beslenme durumu oluşur. İnsan gerektiğinden fazla yerse, besin öğelerini gerektiğinden çok alır. Çok alınan bazı öğeler vücutta yağ olarak biriktiğinden sağlık için zararlıdır. Bu durum dengesiz beslenme olarak tanımlanır ¹⁵⁶.

Beslenme, uluslararası insan hakları belgelerinde bir hak olarak ifade edilmekte ve bir ülkenin beslenme durumu o ülkenin en önemli refah göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Toplumun ve bireylerin sağlıklı ve güçlü olarak yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeyinin artmasında yeterli ve dengeli beslenme temel şartlardandır ¹⁵⁷.

Küreselleşme sürecinde beklenen yaşam kalitesine ulaşmak için tüm bireylerin ve toplumun beslenme bilincini artırarak, sağlıklı beslenmenin yaşam biçimine dönüştürülmesi gerekmektedir. Toplumun sağlıklı yaşaması ve ekonomik yönden gelişmesi onu oluşturan bireylerin sağlıklı olmasına bağlıdır. Sağlığın temeli yeterli ve dengeli beslenmedir ¹⁵⁸.

2.5.2.Dünyada ve Türkiye’de Beslenme ve Sağlık Sorunları

Yetersiz beslenme ile ilgili yaşam döngüsünün doğumdan önce başlayıp, ölüme kadar devam ettiği kabul edilmektedir. Sağlıksız beslenme sorunları, hayatın tüm dönemlerinde bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Döngüyü oluşturan zincir kırılmadığı sürece önemli sağlık sorunları ortaya çıkabilir ¹⁵⁹.

Yetersiz beslenmenin etkilediği grupların başında bebek ve çocuklar, gençler, doğurganlık çağındaki kadınlar, gebe ve emzikli anneler, yaşlılar ve işçiler gelmektedir. Yetişkinlerde ise şişmanlık ve bunun zemin hazırladığı hastalıklar önemli halk sağlığı sorunlarındandır. Dengesiz beslenmenin nedenleri araştırıldığı zaman, beslenme bilgilerinden yoksunluğun büyük önem taşıdığı görülmektedir ¹⁶⁰.

Herhangi bir besin ögesinin yetersiz alınması durumunda, vücutta o besin ögesinin görevi yerine getirilemez. Yetersiz ve dengesiz beslenme beriberi, pellegra, skorbüt, marasmus, raşitizm gibi birçok hastalıkların doğrudan sebebidir. Ayrıca kızamık, boğmaca, verem, ishal gibi diğer birçok hastalığın ağır seyretmesinde önemli rol oynar. ¹⁵⁶.

Hanelerinin geliri gıda yoksulluk sınırının altında olanların beslenme riski altında oldukları saptanmıştır. Açlık sınırının altında gelire sahip bu aşırı yoksul hanelere yapılan gıda yardım programlarının etkileri kısa dönem için geçerlidir. Ayrıca, bu yardım programlarının bütün yoksullara ulaşması güçtür. Uzun dönemde yoksulluğu ortadan kaldırmak bütün kesimlere ulaşacak bir ekonomik gelişmeyle mümkündür ¹⁶¹.

Türkiye'de toplam protein tüketimi kişi başına yeterli düzeydedir. Ancak, proteinin çoğu bitkisel kaynaklı olup hayvansal protein tüketimi ise yetersizdir. Ülkemizde temel besin ekmek ve diğer tahıl ürünleridir. Ülkemizde yıllar içerisinde besin tüketim eğilimindeki değişiklikler incelendiğinde ekmek, süt, yoğurt, et ürünleri ve meyve tüketiminin giderek azaldığı; kurubaklagil, yumurta ve şeker tüketiminin ise arttığı söylenebilir. Genelde toplam yağ tüketim miktarında önemli farklılık olmamasına karşın, bitkisel sıvı yağ tüketiminin katı yağa oranla arttığı gözlenmektedir ¹⁶².

2.5.3.Besin Öğeleri ve Vücut Çalışmasındaki Etkinlikleri

Besinlerin bileşiminde yer alan elliye yakın besin ögesi kimyasal yapılarına ve vücut çalışmasındaki etkinliklerine göre beş grupta toplanabilir. Bunlar; proteinler, yağlar, karbonhidratlar, mineraller ve vitaminler şeklinde sıralanır. Ayrıca suyun da bu gruplara eklenmesi doğru olacaktır ²³.

2.5.3.1.Proteinler

Proteinler, bütün canlı hücrelerinin temel maddesidir. Dolayısıyla dokuların yapımı, yaşaması ve yıpranan hücrelerin onarılmasında görevlidir. Bazı hormonların ve vücuttaki kimyasal olayların gerçekleşmesinde rol alan enzimlerin yapısında bulunur. Hastalıklara karşı vücudun savunması olan antikorların yapımında kullanılır. Vücutta asit-baz dengesini sağlamak için proteinler gereklidir ¹⁶³.

2.5.3.2.Yağlar

Yağ insanın başlıca enerji deposudur. Enerji yeterli alınmadığında vücut bu depoyu kullanmaktadır. Yağ en çok enerji veren besin ögesi durumundadır. Vitaminlerin bir bölümü vücutta yağla alınmaktadır. Yağ mideyi yavaş terk ettiğinden doyumluk hissi vermektedir. Deri altı yağı vücut ısısının hızlı kaybını önlemektedir. Yağın yapı taşlarının bazıları, vücudun düzenli çalışmasında etkinliği olan bazı hormonların yapımı için gereklidir ¹⁵⁶.

2.5.3.3.Karbonhidratlar

Karbonhidratların en önemli görevi enerji vermektir. Özellikle bitkisel besinlerde çok yaygındır. Vücutta suyun ve elektrolitlerin dengede tutulmasına yol açar. Beynin tek enerji kaynağı glikoz olduğundan bilişsel fonksiyonlar için gereklidir. Proteinlerin enerji için kullanılmasını sağlar. Bitkisel besinlerde bulunan ve sindirilemeyen karbonhidratlar posayı oluşturur. Posa ise bağırsakların hareketini ve kolay boşaltılmasını sağlar ¹⁶⁴.

2.5.3.4.Mineraler

Mineraler vücudumuzda yapıyı oluşturan ve birçok işlevi düzenleyen elzem besin öğeleri grubudur. Kemik, diş, kas, kan ve diğer dokularda da mineraler bulunur. Günlük gereksinmemiz 250 mg'ın üzerinde olan mineraler makro mineralerdir. Sodyum, potasyum, klor, kalsiyum, magnezyum ve fosfor bu gruptadır. Günlük gereksinimi 20 mg'ın altında olanlara eser elementler denir. Demir, çinko, iyot ve selenyum eser elementlere örnektir ¹⁶⁵.

2.5.3.5.Vitaminler

Vitaminler vücutta metabolik olayların normal bir şekilde meydana gelmesi ve sağlıklı durumun sürdürülmesi için gerekli olan, vücutta sentez edilemeyen veya yetersiz derecede sentez edilen ve besinler içinde çevreden ufak miktarda alınması zorunlu maddelerdir. Dengeli beslenme vücudun günlük gereksinimine yetecek kadar vitamin sağlar ¹⁶⁶.

2.5.3.6.Su

Su, yaşamımız için çok önemlidir. Yediğimiz yiyeceklerde bulunan besin öğelerinin sindirimi, emilimi, taşınması ve metabolizması için gereklidir. Metabolizma sonucu oluşan zararlı atık maddelerin böbrekler yolu ile dışarı atılmasını sağlar. Su, iştahı kesici etkisi nedeniyle açlıktan dolayı oluşan mide kasılmaları azaltır. Su dengesini sağlanabilmesi için vücudun her gün en az 2 litre suya ihtiyacı vardır ¹⁶⁷.

2.5.4.Besin Grupları ve Öğünler

Besinlerimiz, içerdikleri besin öğelerinin türleri ve miktarları yönünden farklıdır. Bazı besinler protein, bazıları herhangi bir vitamin bakımından zengindir. Bir gruptaki yiyeceklerden çok fazla alıp, diğer gruplardakilerden hiç almayan kimseler, dengesiz beslenmektedir. Günlük diyetle her gruptan besin bulunur ve bunların miktarları gereksinime uygun olursa, yeterli ve dengeli beslenme söz konusu olur. Besinleri, besleyici değerleri yönünden dört grup altında toplayabiliriz. Besin grupları şu şekildedir ¹⁵⁶:

- Süt ve süttten yapılan yiyecekler
- Et, yumurta ve kuru baklagiller
- Tahıllar ve ürünleri
- Sebze ve meyveler

Her besin, içinde bulunan besin öğeleri açısından farklılık gösterir. Hiçbir besin yeterli ve dengeli beslenme için gerekli besin öğelerinin hepsini içermez Ancak bazı besinler, içerik açısından birbirine benzediğinden birbirlerinin yerine geçebilirler. Beslenme bilimi ile ilgili çalışmalar başladıktan sonra bilim adamları, besinleri gruplamaya ve her gruptan günlük tüketilmesi gereken miktarları belirlemeye başlamışlardır ¹⁶⁰.

Merkezi Amerika’da olan Besin ve Beslenme Konseyi, 1958 yılında besinlerin dört grup altında toplanmasının uygun olacağını belirtmiştir. Besinlerin dört grup altında toplanması, bu gruplardan tüketilecek miktarların belirlenmesi ve günlük beslenme planlarının yapılmasında büyük kolaylık sağlanmaktadır ¹⁶⁸.

Konsey 1985 yılında besinlerin piramit içinde gösterilmesinin ve piramidin alt tabanında çok tüketilecek, üst kısmında da az tüketilecek besinlerin gösterilmesinin toplumların beslenme konusunda bilinçlendirilmesinde kolaylık sağlayacağı görüşü ile besin piramidi kullanımına geçmiştir. Ülkeler, piramitte yemek alışkanlıklarına göre değişiklik yapmaktadırlar ¹⁶⁹.

Ülkemizin besin üretimi ve beslenme durumunu dikkate alarak günlük alınması gereken temel besinlerin planlanmasında dört besin grubu kullanılmasının daha uygun olduğuna karar verilmiş ve grupların şekil ile ifadesinde dört yapraklı yonca kullanılmıştır ²³.

Yoncanın üst, alt, sağ ve sol yaprakları içinde besin gruplarına ait resimler vardır. Üst yaprakta süt ve süt ürünleri gösterilmiştir. Türk halkı bu grubu çok az tükettiğinden grubun öneminin vurgulanması için, üst yaprak olarak gösterilmiştir. Yoncanın sağ yaprağını oluşturan ikinci grupta, et-yumurta-kurubaklagiller grubu yer almaktadır. Yoncanın alt yaprağında bulunan üçüncü grup, sebze ve meyveleri temsil etmektedir. Dördüncü grup yoncanın sol yaprağıdır ve ekmek ile tahılları göstermektedir ¹⁶⁰.

Vücuda alınan besinlerin sindirilmesi ve vücut tarafından kullanılması besinlerin bileşimlerine ve öğünler arasında geçen süreye bağlı olarak farklılık göstermektedir. Besinlerin karışımı, miktarı ve veriliş aralıklarına göre, vücutta hormonal ve enzimatik bir takım değişimler olmakta ve vücut, yaşamını bu koşullara uydurarak sürdürmeye çalışmaktadır. Ancak tek yönlü beslenme, aç kalma veya aşırı beslenme gibi durumlarda organizmanın bu sistemlerde oluşturduğu değişimler, sonuçta sağlığın olumsuz yönde etkilenmesine sebep olmaktadır ¹⁷⁰.

Günlük enerji alımının 5-6 öğüne bölünmesi besinlerin termojenik etkisi nedeniyle enerji harcamasını arttırmaktadır. Ayrıca azar azar sık sık beslenme, acıkmayı ve bir sonraki öğünde besin alımını azaltması nedeniyle önerilmektedir. Metabolizmanın düzenli çalışması için, günlük yaşam koşulları da dikkate alınarak, yiyeceklerin günde en az üç öğünde tüketilmesi ve öğünler arasında geçen sürenin 4-5 saat olması önerilmektedir ¹⁷¹.

Organizma belirli bir süre aç kaldığında bu değişimler daha açıkça görülmektedir. Yemek kısa aralıklarla yendiğinde ise vücutta pozitif bir azot dengesi oluşmakta ve vücut proteinleri artmaktadır. Uzun aralıklarla beslenmede ise bunun aksine, vücutta yağ birikimi artmakta, bu durum kan yağlarının düzeyini artırmaktadır ¹⁶⁹.

Öğün atlama alışkanlık haline dönüştürüldüğünde, kişinin yeterince beslenmesi engellenmekte ve yetersiz beslenmeye bağlı sorunlar oluşmaktadır. Yeterli ve dengeli beslenebilmek için günlük diyetin en az üç ana, iki ara öğün halinde tüketilmesi gerekir. Günlük diyetin iki öğün ve daha az olmasının metabolizmayı aksatacağı bilinmektedir ^{161, 172}.

Öğün atlama ve düzensiz beslenme alışkanlığı, öğünlerde tüketilen besinlerin türünü ve miktarını etkilemektedir. Açlığı bastırmak için seçilen besinlerin, yağ ve karbonhidrat içeriği yüksek besinlerden tercih edilmesine neden olmaktadır. Üçten az öğün, insülin yanıtını, trigliserit sentezini ve yağ depolanmasını artırmaktadır. Şişman bireylerde öğün atlama alışkanlığının yaygın olduğu ve sıklıkla atlanan öğünün kahvaltı olduğu bilinmektedir ¹⁷³

Yeterli ve dengeli beslenmede öğün sayısı kadar içeriği de önemlidir. Öğünlerdeki besin öğelerinin dengeli dağılımı gereklidir. Öğünlerde besin öğelerinin dağılımı ne kadar dengeli olursa metabolizmanın da o kadar düzenli çalıştığı bilinmektedir. Öğünlerin içeriğinde karbonhidrat, protein ve yağdan gelen enerji sırasıyla %55-60, %10-15 ve %20-30 olmalıdır. Öğünlerde besin öğelerinin dengeli dağılımı metabolik düzen açısından önemlidir ²³.

2.5.5.Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin Sakıncaları

Çalışmalar, yetersiz beslenen toplumlarda bebek ölüm hızının, yeterli beslenen toplumlardan on kat daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yetersiz beslenme özellikle gelişmemiş ülkelerde bebek ölümlerinin önemli bir nedenidir. Yetersiz beslenen çocukların büyüme hızı ve zekâ gelişimleri de normalden düşüktür. Kalp-damar hastalıkları ve kanser gibi ileri yaş grubunda daha sık görülen sağlık sorunları, özellikle gelişmekte olan ülkelerde dengesiz ve yanlış beslenmenin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır Yetersiz beslenen toplumlarda enfeksiyon hastalıkları daha sık görülmekte, daha ağır seyretmekte ve daha öldürücü olmakta, kronik hastalıklar aşikar hale gelmektedir ^{174, 175}.

Yetersiz ve dengesiz beslenme bireyin yaşam süresini kısaltan etmenlerden birisidir. Kötü beslenme alışkanlığı bireylerin bağışıklık sistemini zayıflatır. Dolayısıyla kişinin kolay hastalanmasına, hastalık seyrinin ağır ve uzun geçmesine yol açar. Aynı zamanda bireyin üretken olmasını engelleyecek düzeyde fiziksel ve psikolojik sorunlara yol açar. Sürekli hastalıklarla mücadele eden kişilerde hayata karşı bir umutsuzluk söz konusu olmaktadır. Hastalıkların tedavisi için yapılan harcamalar kişiyi olumsuz yönde etkiler ¹⁷⁶.

Yetersiz ve dengesiz beslenme, insanın çalışma, planlama ve yaratma yeteneğini düşürür. Ekonomik bakımdan gelişmiş olmanın ilk şartı, insan gücünü üretimi arttırmak için kullanabilmektir. Yetersiz ve dengesiz beslenme yüzünden zihnen ve bedenen iyi gelişmemiş, yorgun, isteksiz ve hasta bireyler toplum için bir yüküdür. Ayrıca yetersiz beslenmenin hüküm sürdüğü toplumlarda sosyal düzensizlikler olağandır ¹⁵⁶.

Bilhassa gelir dağılımı dengesizliği ve adaletsizliği, yetersiz ve dengesiz beslenme sorununu kronik bir hale getirmektedir. Sağlıksız beslenmeyle ilgili etmenler ortadan kaldırılmazsa, yetersiz ve dengesiz beslenmenin ahlakî, hukukî, sosyal ve kültürel sorunlara yol açar ¹⁷⁷.

2.6.Fiziksel Aktivite

2.6.1.Fiziksel Aktivite Kavramı

Günlük yaşam içerisinde, iskelet kasları kullanılarak yapılan ve enerji harcamasını gerektiren her hareket fiziksel aktivite olarak tanımlanır. Yürüme, koşma, sıçrama, yüzme, bisiklete binme, kol-bacak hareketleri ve baş-boyun hareketleri gibi temel vücut hareketlerinin tümünü ya da bir kısmını içeren çeşitli spor dalları ile dans, egzersiz, oyun ve gün içindeki aktiviteler fiziksel aktivite olarak kabul edilmektedir ^{178, 179}.

Fiziksel aktivitenin bileşenleri frekans, içerik, süre, tip ve şiddet şeklindedir. Fiziksel aktivitenin sağlığa yararlı olması için yaşam boyu devam etmelidir. Fiziksel aktivitenin tipinin önemi, hastalıklar için risk faktörlerine dayanır. Aerobik ve kuvvetlendirme aktivitelerinin denge halinde yapılması en doğrusudur. Bazı insanlar hafif şiddetli fiziksel aktivite ile fayda sağlasalar da en fazla yarar orta şiddetli fiziksel aktiviteden elde edilir ¹⁸⁰.

Fiziksel aktivite yetersizliği, ülkelerin gelişmişliğinden bağımsızdır. Gelişmiş ülkelerde yetişkin nüfusun yarısından fazlası yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmamaktadır. Hızlı kentleşme, nüfusun aşırı kalabalıklığı, artan yoksulluk, artan suç oranları, trafik yoğunluğu, hava kalitesinin düşmesi, park, yürüyüş, spor ve dinlenme alanlarının yetersizliği gibi faktörlerin artması insanların fiziksel aktivitede bulunmalarını olumsuz etkilemektedir ¹⁸¹.

Psikolojik, fizyolojik ve davranışsal faktörleri içeren birçok değişken fiziksel aktiviteyi etkilemektedir. Fiziksel aktivitenin engelleri arasında en çok rapor edilen zaman eksikliğidir. Araştırmalarda sigara içenlerin egzersiz programlarını bırakmaya daha yatkın olduğunu görülmüştür. Beden ağırlığı fiziksel aktivite alışkanlığının güçlü bir belirleyicisi olmamasına rağmen, obez bireyler genellikle fiziksel açıdan aktif değildir ¹⁸².

Aktif yaşam, fiziksel aktivitenin günlük rutinler içine yerleştirildiği bir yaşam tarzıdır. Amaç, günde en az yarım saat fiziksel aktivite yapılmasıdır. Kişiler bunu ulaşım için yürüme veya bisiklete binme, zevk ve zindeliğin korunması için egzersiz yapma, organize ve gündelik spor aktivitelerine katılma, parkta oynama, bahçede çalışma, asansör yerine merdivenleri kullanmayı tercih etme ve eğlence tesislerinden yararlanma gibi yollarla yapabilirler ¹⁸³.

Sağlığı artırıcı fiziksel aktivitenin teşviki, bu alandaki mücadelede önemli bir rol oynayabilir. Gerçekleştirilecek faaliyetler ile fiziksel aktivite, yoğun bir günün ardından yapılacak bir iş olmak yerine günlük hayatın bir parçası olarak taşıdığı önem ile ortaya çıkarılabilir ¹⁸⁴.

2.6.2.Fiziksel Aktivite Türleri

Fiziksel aktiviteler, fiziksel uygunluğu geliştirme özelliğine göre dört başlıkta toplanabilir.

2.6.2.1.Dayanıklılık Egzersizleri

Dayanıklılık egzersizleri vücudumuzun oksijeni kullanma kapasitesini arttıran, büyük kas gruplarının dinamik ve ritmik olarak çalıştığı egzersizlerdir. Dayanıklılık geliştikçe, tüm fiziksel aktiviteler daha uzun süre sürdürebilir, yorulmadan gerçekleştirilebilir. Dayanıklılığı geliştirecek aktivitelere örnek olarak; sık adımlarla yürüme, bisiklete binme, uzun süreli yüzme, bahçe veya tarlada çalışma, tenis gibi aşırı olmayan aktiviteler verilebilir ²⁸.

2.6.2.2.Kuvvet Egzersizleri

Kuvvet aktiviteleri, kasın güçlü bir şekilde kasılmasını gerektiren aktivitelerdir. Bu aktiviteler; kaslarımızı ve kemiklerimizi güçlendirir, vücut yağ oranını azaltır, kas ve kemik kitlelerini artırır. Kuvvet artırıcı aktivitelere örnek olarak; bir ağırlık taşımak, merdiven çıkmak, sırtında çanta taşımak, kol kasları için şınav çekmek, karın kasları için mekik çekmek, ağırlıklarla kuvvet antrenmanı yapmak gibi aktiviteler verilebilir ¹⁸⁵.

2.6.2.3.Esneklik Egzersizleri

Esneklik, eklemlerin geniş açıda hareket edebilmesidir. Yetişkin bir bireyin esnek bir vücuda sahip olması, günlük yaşam etkinlikleri sırasında rahat hareket etmesini sağlar. Bireylerin esneklik özellikleri düzenli germe egzersizleri ile geliştirilebilir. Esnek bir bedene sahip olmak, günlük hareketlerin daha kolay yapılmasını sağlayarak yaşam kalitesini artırır¹⁸⁶.

2.6.2.4.Denge Egzersizleri

Denge, bedenimizin düşmeden durabilme ve düzgün hareket edebilme yeteneğidir. Bunun için görme duyusu, iç kulaktaki denge ve derin duyunun sağlam olmasının yanında, kasların da yeteri kadar kuvvetli olması gerekir. Dengenin gelişmesi için düzenli denge egzersizleri yapılabilir. Kuvvet, esneklik ve dayanıklılığı geliştiren egzersizler dengeyi olumlu etkiler¹⁷⁸.

2.6.3.Dünyada ve Türkiye’de Yetersiz Fiziksel Aktivite Sıklığı

Yapılan çalışmalar sağlıklı yaşam davranışları içerisinde en fazla fiziksel aktivitenin ihmal edildiğini göstermektedir. Yetersiz fiziksel aktivite, sağlık üzerindeki olumsuz etkileri yüzünden üzerinde önemle durulması gereken bir halk sağlığı sorunudur¹⁸⁷.

Dünya Sağlık Örgütü raporlarına göre fiziksel hareketsizlik birçok ülkede hızlı bir şekilde yaygınlaşmaktadır. Kanseri, kalp-damar hastalıkları, şişmanlık, tip 2 diyabet, osteoporoz gibi birçok hastalığın artmasına neden olmaktadır. Fiziksel hareketsizlik, ölümlere yol açan risk faktörleri içinde dördüncü sırada yer almakta olup dünya genelinde 3,2 milyon insanın ölümünden sorumludur. Bu ölümlerin %80’inin düşük ve orta düzey gelir grubuna ait bireylerden oluştuğu bildirilmiştir¹⁸⁸.

Yetersiz fiziksel aktivite dünya çapında mortalite risk faktörleri içinde ilk beşte yer almaktadır. Hesaplamalara göre dünyada gerçekleşen ölümlerin %5,5’i, hastalık yükünün

%2,1'i yetersiz fiziksel aktivite nedeniyle olmaktadır. Meme ve kolon kanserlerinin yaklaşık %21-25'inin, diyabetin %27'sinin ve iskemik kalp hastalığının %30'unun ana nedeninin fiziksel hareketsizlik olduğu tahmin edilmektedir ¹⁸⁹.

2010 yılında gerçekleştirilen Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre ülke genelinde erkeklerin %67,6'sının, kadınların %76,5'nin, toplamda ise %71,9'unun egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Haftada 1-2 kez yapanların oranı erkeklerde %11,5, kadınlarda %7,7, toplamda ise %9,7 olarak gözlenirken; erkeklerin %12,4'ünün, kadınların ise %9,0'ının her gün egzersiz yaptıkları göze çarpmaktadır. Yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde, kentteki erkeklerin %66,4'ü, kadınların ise %73,3'ü hiç egzersiz yapmazken bu sıklıklar kırdı sırasıyla %71,0 ve %86,0 olarak saptanmıştır ⁸².

Sağlık Bakanlığı tarafından 2011'de yapılan "Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması"na göre ise Türkiye genelinde kadınların %87'si, erkeklerin ise %77'sinin yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmadığı belirlenmiştir. Türkiye'de düzenli fiziksel aktivite yapma durumu incelendiğinde, erkeklerin %23'ünün yeterli, %22'sinin orta ve %55'inin düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahip olduğu görülmektedir. Kadınların %13'ü yeterli, %18'i orta ve %69'u düşük fiziksel aktiviteye sahiptir. Erkek ve kadınlarda yeterli ve orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kişilerin oranı yaş arttıkça azalmaktadır ³³.

2.6.4.Fiziksel Aktivitenin Sağlık Üzerine Etkileri

Günlük yaşamı mümkün olduğunca aktif geçirmek sağlıklı bir yaşamın ilk adımıdır. Daha fazla yarar elde edebilmek ve sağlığı koruyup geliştirebilmek için fiziksel aktiviteler düzenli olarak yapılmalı ve yaşamın bir parçası hâline getirilmelidir. Sağlığı koruyucu ve geliştirici etkisinin görülebilmesi, fiziksel aktivitenin planlı, tekrarlı ve düzenli yapılmasıyla mümkündür. Bu tür fiziksel aktivite, egzersiz olarak da isimlendirilmektedir ¹⁹⁰.

Sağlık üzerindeki çok sayıda faydalı etkileri yüzünden, düzenli yapılan fiziksel aktivite, yaşamın gidişatını değiştirebilen güçlü bir ilaç şeklinde tanımlanmakta ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu kabul edilmektedir ¹⁹¹.

Yapılan araştırmalar fiziksel aktivitenin kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, meme ve kolon kanseri, obezite, Tip 2 diyabet gibi birçok hastalıktan koruyucu ve bunlardan bazılarında da tedavi edici etki gösterdiğini göstermektedir ¹⁹².

Hareketli yaşam ile önlenebilecek hastalık sıklıklarının genel toplamının %15,0 olduğu görülmektedir. Düzenli yapılan fiziksel aktivitenin fiziksel uygunluk düzeyi, dayanıklılık, esneklikte artış, kemik ve kaslarda kuvvetlenme, sosyal ilişkilerde iyileşme ve özgüven artışı gibi birçok yararlı etkiye sahip olduğu da belirtilmektedir ^{193, 194}.

Sağlığa ilişkin parametrelerin korunmasında ve kontrol altına alınmasında yer alan sayısız önem ve etkilerinin yanı sıra, özel olarak planlanmış ve tasarlanmış fiziksel aktivite programları pek çok hastalığın ve semptomlarının tedavisinde, hastalığa bağlı komplikasyonların önlenmesinde ve hastalık sürecinin bedene ilişkin kalıcı hasar bırakmasının engellenmesinde son derece yararlı ve etkilidir ¹⁹⁵.

Günlük düzenli fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ile birlikte kronik hastalıkların önlenmesindeki en önemli ögedir. Fiziksel aktivite, kronik hastalıkların önlenmesinde ve halk sağlığının iyileştirilmesinde etkilidir. Bireye fiziksel, sosyal, zihinsel ve ruhsal yararlar sağlamaktadır. Fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi, sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımının azaltılması, iş kapasitesinin artırılması ve sosyal ilişkilerin güçlendirilmesi gibi durumları olumlu olarak etkilemektedir ¹⁹⁶.

Fiziksel hareketsizlik, bireysel ve toplumsal sağlık giderlerini arttırmaktadır. Toplum sağlığının fiziksel aktivite alışkanlığı gibi düşük maliyetli ve yüksek verimli bir etkinlikle korunması, sağlık harcamalarının azaltılmasında etkili bir araç olarak kullanılabilir ¹⁷⁸.

2.6.5.Fiziksel Aktivite Düzeyinin Belirlenmesi

Fiziksel aktivite ölçümünde tek bir standart olmamakla birlikte değerlendirmede kullanılan farklı yöntemler, fiziksel aktivitenin bazı boyutlarını ve niteliğini ölçmekte ve çoğu değerlendirme yöntemi, enerji tüketim miktarı üzerinde odaklanmaktadır Fiziksel aktivite ve enerji tüketim miktarının değerlendirilmesi, çeşitli yöntemler ile belirlenir ¹⁹⁷.

2.6.5.1.Kriter Yöntemler

Bu yöntem fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinde kullanılan en eski yöntemlerden biridir. Tüm vücut hareketlerini gösteren objektif bir yöntemdir. Araştırmacı bireyi devamlı olarak gözlem altında tutar ve bir kodlama sistemi vasıtasıyla yaptığı aktiviteleri kayıt altına alır. Gözlem sonucunda fiziksel aktivite için harcanan zamana bağlı olarak fiziksel aktivitenin sıklığı, şiddeti, süresi ve harcanan enerji miktarı belirlenir ^{198, 199}.

2.6.5.2.Objektif Yöntemler

Kalp Hızı Monitorizasyonu: Geniş kas gruplarında yapılan dinamik egzersiz sırasında kalp hızı ve enerji harcaması arasında güçlü bir pozitif ilişki olduğu bilinmektedir. Kalp hızı tipik olarak, fiziksel aktivitenin günlük enerji harcamasını belirlemede kullanılmaktadır ²⁰⁰.

Pedometre: Pedometre hareketlerin toplam miktarını ve dikey salınımını ölçüp, adım sayısını hesaplamaktadır. Bu adımlar, ortalama bir insanın ayak uzunluğu pedometreye kaydedildiği zaman mesafeye çevrilir ^{201, 202}.

Akselerometre: Akseleretreler uzun süreli olarak verileri sürekli şekilde saklayabilir. Hareketleri dikey, yan ve yatay olarak ölçebilen ve hareketlerin miktar ve şiddetini belirlemeyi sağlayan, teknolojik olarak daha fazla gelişmiş cihazlardır ²⁰³.

2.6.5.3.Subjektif Yöntemler

Günlük: Bu yöntemlerde birey kendini rapor etmektedir. Gün boyu yapılan aktiviteler tip ve süreyle birlikte belirli aralıklarla kaydedilir. Her bir aktivitenin şiddeti ve süresi kullanılarak bireyin enerji tüketimi hesaplanabilmektedir ²⁰⁴.

Kayıtlar: Günlüklere benzerdir. Fakat bütün aktivitelerden çok spesifik aktivite tiplerinin yapılıp yapılmadığını gösterir. Aktivitenin başladığı ve bittiği zaman kaydedilir ²⁰⁵.

Hatırlama Anketleri: Yapılan aktivitelerin tipi, frekansı ve süresi sorgulanmaktadır. 10-20 maddeden oluşmaktadır. Basit puanlama, egzersizleri birimlere ayırarak özetleme ve verilerden toplam puana ulaşma bu anketin puanlama sistemini oluşturur ²⁰⁶.

Evrensel Anketler: Hatırlama anketlerinin başka türüdür. Aktivite düzeyini 1-4 soruyla ölçen kısa anketlerdir. Kişilere diğer insanlara göre fiziksel aktivitelerini oranlamaları istenir ²⁰⁷.

Retrospektif Geçmiş Veriler: Fiziksel aktivite hatırlama anketinin en genel formudur. Bir yıla kadar olan zaman aralığının spesifik ayrıntılarını içerir. Eğer zaman aralığı yeterince uzunsa, geçmiş veriler yıllık fiziksel aktiviteyi yeterince göstermektedir ²⁰⁸.

2.6.6.Düzenli Fiziksel Aktiviteye Ulaşma Yolları

Hareketsiz yaşam tarzını benimseyen birçok insan fiziksel aktiviteyi günlük uğraşları arasında yaptığını düşünmektedir. Bu yanlış düşünce bireylerin egzersiz yapmadan hayat sürmesine, kendisinde var olan bazı fonksiyonel yeteneklerin azalmasına ve azalan fonksiyonel yeteneklere bağlı hastalıkların oluşmasına zemin hazırlamaktadır ^{187, 208}.

Fiziksel aktivite ve aktif yaşam imkanları herkes için önemlidir. Ancak bazı önemli risk gruplarına özellikle dikkat edilmelidir. Bu gruplara çocuklar, engelliler ve yaşlılar dışında etnik azınlıklar ve düşük gelir grubuna mensup bireyler dâhildir²⁰⁹.

Fiziksel aktivite yapmayı daha kolay tercih edilebilir hâle getirecek yerel yönetim politikaları, fiziksel aktivitenin arttırılmasında, özellikle etkili olabilir. Örneğin; yerel yönetimlerin taşıt trafiği hızının azaltılması ve güvenli bisiklet ve yürüyüş yollarının oluşturulması yönünde politikalar uygulaması, fiziksel aktiviteyi arttıracak için geniş anlamda kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrol altına alınmasını sağlayabilir¹⁷⁸.

Toplumu oluşturan bireyler de fiziksel aktivitenin arttırılmasına yönelik olarak belediyelerin yaptığı; yürüyüş ve bisiklet yolları, engelli ve yaşlı hizmetleri, uzman eşliğinde egzersiz hizmetleri, spor ve dinlenme tesisleri, spor okulları, kamplar gibi hizmetlerden yararlanabilir. Bireyler belediyeler dışında, Gençlik ve Spor Bakanlığı'nın tesis ve hizmetlerini kullanarak çeşitli fiziksel aktiviteler yapabilir¹⁸⁶.

Yerel yönetimlerce; planlama, ulaşım, sağlık, iskân, eğlence alanında aktif yaşamı etkileyen kararlar alınmaktadır. Bu bağlamda yerel liderlerin; mahalle tasarımı, okulların ve işletmelerin konumu, yayalara, araba ve bisiklet kullananlara nasıl baktığı, hangisine öncelik verdiği gibi faktörlerin tamamı insanların fiziksel aktivite ve aktif yaşama katılımını etkilemektedir. Şehirlerin planlanma, tasarlanma ve yenilenme şekli hem bireyler hem de toplumlar için ortaya çıkan fiziksel aktivite ve sağlık düzeyleri ile yakından ilişkilidir¹⁸⁸.

Fiziksel aktivite her ortam ve koşulda yaşam tarzı hâline getirilmelidir. Bununla birlikte destekleyici çevrelerin oluşturulmasında yerel yönetimler, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı gibi kurum ve kuruluşların sorumlulukları çerçevesinde hareket etmeleri önemlidir. Toplumun fiziksel aktivite düzeyinin arttırılmasında, merkez ve yerel yönetimlere önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir²¹⁰.

2.7.Sağlığın Davranışsal Belirleyicileri

2.7.1.Sağlık Algıları

Sağlık davranışlarının gelişmesinde inançlar, tutumlar ve algılar rol alır. Aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren, erken tanı koyduran, hastalıktan ziyade sağlık odaklı tıbbi yaklaşım, sağlık algısı anlayışı olarak adlandırılmaktadır. Bu anlayış, bireylere öz sorumluluğu da yükleyerek sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamaktadır. Toplumda değişik koşullarda yaşayan insanların sağlık algıları da farklılıklar göstermektedir ^{211, 212}.

Sağlık durum algısı, sağlık davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu etkilemektedir. Dolayısıyla sağlık algısı, kişiye sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması ve devam ettirilmesini hedefleyen sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir ²¹³.

Sağlığı anlama ve sağlık yönetimi bireyin, sağlık durumuna veya sağlıklı olmak için gerçekleştirilen sağlık uygulamalarına bir bakış sağlar. Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi, yeni bir davranış kazandırmada önemlidir ²¹⁴.

Birey sağlık problemi olduğunu algılamıyorsa, sağlığını geliştirmek için gerekli çabayı harcamayacak, profesyonel kişilerin yardımını istemeyecektir. Sağlık durumunu kötü olarak algılayanların sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri düşük bulunmaktadır. Bundan dolayı sağlığı algılama biçiminin önemli olduğu belirtilmektedir ²¹⁵.

Sağlık algısı son yıllarda sağlık durumunu belirlemede kullanılan bir yöntemdir. Sağlık algısı beşli ya da dördümlü Likert ölçeği ile değerlendirilmektedir. Genellikle orta, kötü ve çok kötü grupları kötü sağlık algısı olarak tanımlanmaktadır Yapılan çalışmalarda kötü sağlık algısının mortalitenin belirleyicisi olduğu saptanmıştır ^{216, 217, 218}.

Bireylerin sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarının altında yatan algıların saptanması ve yanlış ya da eksik olan yanlarının tamamlanması, onları eyleme geçirecektir. Bunun sonucu olarak erken tanı ve tarama programlarına daha fazla katılım olacaktır ²¹⁹.

2.7.2.Sağlık Davranışları

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve uyguladığı eylemlerdir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesiyle ilgilidir. Genel olarak sağlıklı olmaya yönelik aktiviteleri artırmak için gerçekleştirilen bilgi, uygulama ve yaklaşımların tümü olarak tanımlanan sağlık davranışı, davranış olumlu olduğunda sağlığın gelişmesine, sigara içme davranışında olduğu gibi olumsuz olduğunda ise hastalığa neden olan etkenlerden biri olmaktadır ^{220, 221}.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, yaşam şekli haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi seviyeye getirebilir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışının geliştirilmesi ve sürdürülmesi, sağlığın ve hastalıklardan korunmanın temelidir. Bu durum, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan yaşam şekillerinin geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini ortaya çıkarmaktadır ^{222, 223}.

Sağlıkla ilgili davranışlar genellikle ergenlik döneminde ve üniversite yıllarında şekillenmektedir. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve cinsel gelişimlerin olduğu ve yeni sorumlulukların gerçekleştiği bu dönemdeki kişiler, yaşam biçimleri üzerinde, daha fazla otonomi ve kontrol sahibidirler. Bu geçiş dönemi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının pekiştirildiği bir dönemdir. Bu yüzden, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde ergenlik ve gençlik dönemindeki gruplar daha önceliklidir ²²⁴.

Sağlık kavramı, yaşamdan memnuniyeti ile yaşam kalitesini içermekte ve kendini gerçekleştirmenin giderek artmasını ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü bildirimleri 2000'li yıllarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi üzerinedir. Bu bağlamda 2000

yılında “Herkes İçin Sağlık” sloganı ile sağlıklı yaşam biçiminin önemi vurgulanmıştır. 2010'lu yılların hedefi sağlıklı insan sayısının artırılmasıdır. Bu hedefe ulaşmada, kalitenin artırılması ve olumsuz sağlık şartlarının elenerek sağlıklı yaşam biçiminin sağlanması gereklidir ²²⁵.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişilerarası destek ve stres yönetimine yönelik yapılan değerlendirmelerin bir bileşkesi olarak ortaya konulmaktadır ²²⁶.

Kişilerin sağlık davranışlarını en üst düzeye çıkarabilmeleri için sağlığı geliştirme çabaları önem arz etmektedir. Toplumların sağlık düzeyi sağlıklı bireylerin çoğunlukta olması ile ölçülür. Her insanın temel haklarından biri olan sağlıklı olma, sağlığın korunması ve sürdürülmesi, sağlığın geliştirilmesinin esasını teşkil eder. Bireyler, sağlıklı davranışlar geliştirmede kendi sorumluluklarını almalı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşam alışkanlıkları haline dönüştürmelidirler ²²⁷.

2.7.3.Sağlık Davranışlarının Gelişmesi

Topluma yönelik sağlık araştırmalarında, risk yaratan davranışların yaygınlığı ve nedenlerinin belirlenmesi ve bu davranışların değiştirilmesine yönelik projeler geliştirilmesi önemlidir. Sigara ve alkol kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme davranışları, korunmasız cinsel ilişki ve kazalara neden olan davranışların sağlık riski yarattığı görülmektedir. Ayrıca ülkemizde yapılan çalışmalarda, sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının yetersiz olduğu ve davranış değişikliğine yönelik girişimlerin başarısızlıkla sonuçlanma olasılığının yüksekliğine dikkat çekilmektedir ^{228, 229, 230}.

Sağlıkla ilgili davranışların gelişmesi, genellikle kötü alışkanlıkların değiştirilmesi ya da sağlıklı davranışların özümzenerek benimsenmesini ve sürdürülmesini içerir. Kötü

alışkanlıkları terk etmek ve iyi alışkanlıkları iyice yerleştirmek için kullanılabilecek birçok teknik vardır. Belirli bir davranışı kazandırmada, çok modellen bir yaklaşım gerekebilir ²³¹.

Halk sağlığı programları, kompleks davranışlardaki değişimleri, davranışları hazırlayan, olanak sağlayan ve güçlendiren birleşik çabalar aracılığıyla hayata geçirir. Hazırlayıcı müdahaleler özellikle bireyler üzerine yoğunlaşmıştır. Ama olanak sağlayıcı ve güçlendirici müdahaleler, destekleyici politikalara ve bireylerin hazırlayıcı davranışı sergiledikleri çevrelere ihtiyaç duyar ^{232, 233}.

Davranış değişimi sürecinde bireyi destekleyen aile ortamı, arkadaş çevresi ve iş ortamı, değişimin başlatılması ve sürdürülmesinde önemli olan sosyal destek sistemleridir. Çünkü sosyal destek, bireyin öz etkililiğinin oluşmasında ve devam ettirilmesinde önemli bir faktördür. Olumlu sağlık davranışlarının gelişmesinde bireyin sosyal çevresinde olumlu rol modellerinden yararlanılması önerilebilir. Bireyin sosyal çevresi, sağlık davranışının karşısındaki engeller ve yüksek riskli durumların bilinmesi ve buna karşı alınacak önlemlerin belirlenmesi bakımından da önemlidir ²³⁴.

HIV enfeksiyonlarını kontrol altına almakta gösterilen erken başarının çoğu, özellikle kondom kullanımı gibi seksüel alışkanlıklardaki değişimler, uygulanan sağlık eğitimi programları sayesinde gerçekleşmiştir. Çalışmalar, steril iğne uçlarını daha ulaşılabilir ve kabul edilir kılan politikalar ve eğitim programlarının, en az 15 yıldır intravenöz ilaç kullananlar arasında, steril iğne ucu kullanımında artışa sebep olduğunu göstermektedir ²³⁵.

Tütün kontrol programlarının başarısından çıkarılan dersler, tütün kullanımındaki toplumsal değişimleri etkileyen politik, yapısal, organizasyonel, çevresel ve eğitimsel müdahalelerin birlikte olmasının gerektiğini göstermektedir. Obezite kontrolü için, buna benzer birçok müdahale dikkate alınmakta ve değerlendirilmektedir ²³⁶.

2.7.4.Sağlık Davranış Modelleri

Davranış değişikliği ile ilgili pek çok model geliştirilmiştir. Özel davranışsal ve sosyal modeller, sağlık ve hastalık durumu göstergeleri arasındaki ilişkileri incelemek, davranışsal etmenleri toplum sağlığının belirleyicileri olarak değerlendirmeyi sağlamaktadır. Bu ilişkilerin toplumun diğer özellikleriyle ve çevresel şartlarıyla ilişki durumunun incelenmesi, davranışı ekolojik, sosyal ve kültürel bağlamına oturtmaya yardımcı olur²³².

Davranış değişikliği için tek bir modelin etkili olduğunu söylemek güçtür. Örneğin, beslenme davranışı değişikliğinde çoklu model yaklaşımının benimsenmesi, bireysel, çevresel, sosyal ve kültürel değerlere uygun değişikliklerin planlanması önerilir²³⁷.

Davranış değişikliğini başlatan faktör ne olursa olsun, kişinin süreçte istenmeyen gerilemeler yaşamaması için değişim kararını içsel olarak korumaya çalışması ve zararlı davranıştan sakınması önemlidir. Değişiklik için gerçekçi beklentiler belirleme ve yeni durumdan memnun olma, uzun vadede davranış değişikliğinin sonucunu belirleyen etkenlerdir²³⁸.

2.7.4.1.Sağlık İnanç Modeli

Sağlık inanç modelinde, bireyin sağlığı tehdit eden riskli davranışlara yönelik inanç ve davranışları arasındaki ilişkiye odaklanılmakta, kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya yönlendiren motivasyon kaynakları araştırılmaktadır. Riskli davranışları değiştirme kararında, kişinin sağlıkla ilgili tehdit algısı kadar, sonuçla ilgili beklentilerinin de etkili olduğu iddia edilmektedir^{239, 240}.

Sağlık inanç modeline göre kişinin hastalığı önlemek üzere harekete geçmesi olasılığı; kendisinin de hastalığa yakalanabileceğini, hastalığın sonuçlarının ciddi olabileceğini, tedbirli davranışın hastalığı etkili bir biçimde önleyeceğini ve tehlikeleri azaltmanın faydasının eyleme geçmenin zararlarından çok daha fazla olduğunu idrak etmesine bağlıdır²⁴¹.

2.7.4.2.Planlanmış Davranış Teorisi Modeli

Planlanmış davranış teorisi, bireylerin davranışlarının birtakım faktörlerin kontrolünde olduğunu, belirli nedenlerden kaynaklandığını ve planlanmış bir şekilde gerçekleştiğini öne sürmektedir. Bir kişinin herhangi bir şeyi yapma niyetinde olup olmadığını anlamak için yaklaşımı, üstündeki çevre baskısı ve tam kontrole sahip olduğunu düşünmesi gibi bazı bilgilere ihtiyaç olduğunu öngörür ^{242, 243}.

Planlanmış davranış teorisi modelinde, bireylerin sağlık davranışları ile ilgili kararlarını, mevcut kanıtları değerlendirerek verdikleri ve bireyin niyetine göre davranışın planlandığı vurgulanır. Davranışın oluşması için öncelikle davranışa yönelik amacın oluşması gerekir. Eylemin sonucuna dair olumlu düşünce, davranışa olumlu tutum geliştirilmesine yol açar ²⁴⁴.

2.7.4.3.Değişim Aşamaları Modeli

Değişim aşamaları modeli değişim evreleri, değişim süreçleri, karar dengesi veya değişimin olumlu veya olumsuz yönleri, duruma bağlı güven veya davranış değişiminde öz-yeterlik ve duruma bağlı nüksetme eğilimi arasındaki ilişkileri açıklar ^{245, 246}.

Değişim aşamaları modeline göre, ilk aşama olan tasarlama öncesi dönemde, birey davranışını bir problem olarak görmez ve yakın bir zamanda davranış değişikliği planlamaz. Tasarlama aşamasında, herhangi bir riskli davranış bir problem olarak görülür ve değişmesi halinde elde edilecek yararlar bilinir. Birey değişim için henüz hazır olmasa da uzun vadede değişiklik planlayabilir. Hazırlanma aşamasında, birey değişim için hazırdır ve genellikle bir ay içinde değişiklik planı yapmaktadır. Daha sonra uygulama ve davranış değişikliğini sürdürme aşamaları gelir. Başarı düzeyine göre bireyin güven duygusu oluşturması ile sonlanır. Kişi hatalarını gördükçe takıldığı basamaktan ileri doğru denemeler yapar, bu aşamalar sonuca ulaşıncaya kadar defalarca tekrarlanır ^{246, 247}.

2.7.5.Sağlık Davranışlarını Etkileyen Faktörler

Kişilerin farklı şartlar altındaki sağlık davranışları, sağlık ve hastalık kavramları ile ilgili algılardan etkilenebilir. Yapılan çalışmalar, algıların ve davranışların çok sayıda faktör tarafından etkilendiğini göstermektedir. Kişinin demografik özelliklerinin, bilişsel-algısal etmenler vasıtasıyla sağlığı geliştiren davranışlar üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. Özellikle yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum ve gelir seviyesinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu görülmektedir^{248, 249, 250}.

Bireyin boy uzunluğu, vücut ağırlığı, beden kitle indeksi gibi özelliklerinin sağlık davranışlarını etkilediği anlaşılmıştır. Aile ve akrabalarla iyi ilişkiler ile arkadaş çevresi ve sağlık çalışanlarının ise kişinin olumlu sağlık davranışı kazanma seviyesini etkilediği bildirilmektedir. Kişinin içinde bulunduğu çevrenin davranışın meydana gelmesinde, bilgi ve beceri düzeyinin ise davranış kazanmada önemli etmenler olduğu belirtilmektedir^{213, 251, 252}.

Sağlığın kişiler tarafından algılanması sosyal temsil kuramı kapsamında ele alınabilir. Sosyal temsilin, dünyaya anlam yükleme olanağı tanıyan bilişsel bir olgu olduğu söylenebilir. Sosyal temsiller, toplumların tecrübelerine dayanarak meydana gelen ortak değerleri, görüşleri ve bilgileri içerir. Bireyin dünyayı anlama ihtiyacını karşılamak için ortaya çıkan ve çoğunluk tarafından kabul görmüş düşüncelerdir. Kişilerin birbirini anlamasına yardım eder ve olaylara anlam vermek için inançları, düşünceleri ve tutumları biçimlendirir. Bunun sonucu olarak, kişiler gerçeği tekrar şekillendirerek davranışlarını düzenler^{253, 254}.

Genel olarak halkın sağlık hakkındaki düşünceleri veya tanımlamaları konusunda yapılmış olan kapsamlı bir araştırma bulunmamaktadır. Fakat sağlık konusundaki sosyal temsillerin küçük bir grup içerisinde incelendiği bir çalışmada, sağlığın tanımlanması ve hastalıklardan korunma konusundaki temsillerin hem bilimsel verilere hem de sağduyuya dayanarak meydana getirildiği görülmüştür²⁵⁵.

Sağlık ve hastalık kavramlarının yalnızca davranışsal nedenlerle açıklanması “kurban olarak suçlanan” ve diğer taraftan “günah keçisi ilan edilen” sağlık sorunlarına sahip kişileri, artan sağlık harcamalarının nedeni olarak göstermeye yol açar^{256, 257}.

Düşük sosyo-ekonomik konumlarda yer alanların daha çok sağlıkla ilişkili olumsuz davranışlar sergilemeleri sebebiyle sağlıksız olduklarını ifade eden açıklama doğrultusunda, sağlığı teşvik etkinlikleri özellikle sigarayı bırakma gibi bireysel tercihleri değiştirmeye yönelmiştir. Ancak bu sağlıksız davranışların bireylerin kişisel tercihleri olmadığı, bu davranışların toplumsal olarak belirlendiği araştırmalarla ortaya konmuştur²⁵⁸.

Yoksulluk, sağlığı etkileyen birçok davranışla yakın ilişki gösterir. Yoksul insanlar sağlıksız davranışları daha fazla benimseme eğilimindedir. Bu ilişki tek bir nedeni yansıtmaktan çok, yoksulluğun kendisine ya da bilgiye ulaşamama gibi etmenlere bağlanabilir. Bu bağlantılar her toplumda izlenmeseler de, tutarlılıkları etkileyicidir²⁵⁹.

Kadınların ve erkeklerin sağlık deneyimleri önemli şekilde farklılık göstermektedir. Bu farklılık, sadece cinsiyet farklılığından kaynaklanmamakta, aynı zamanda toplumun kültürel yapısı ve kadın ile erkek için toplumda belirlenen rolden kaynaklanmaktadır. Sosyoekonomik durum ve sağlık arasındaki ilişki erkeklerde kadınlardan daha güçlüdür^{260, 261}.

Davranışsal, sosyal, çevresel ve biyolojik belirleyicilerin karşılıklı ilişkisini, davranışın bu etkileşimdeki önemini kabul eden halk sağlığı yaklaşımı birleştirilmelidir. Bireyler sağlığı geliştirici davranışları yerine getirmekle yükümlüdürler, ama sadece bunu yapmak için yeterli kaynakları varsa sorumlu tutulabilirler. Bu perspektif, bireylerin davranışlar üzerindeki kontrolü ve yükümlülüğü ile toplumun sağlığı geliştirici çevreler sağlama sorumluluğunu bir araya getirmektedir²⁶².

3.GEREC VE YÖNTEM

3.1.Araştırma Bölgesinin Tanıtılması

Araştırma, Aksaray İli Ağaçören İlçesinde yapılmıştır.

İlçe, İç Anadolu Bölgesinin Orta Kızılırmak Bölümünün güneyinde yer almaktadır. Kuzeyi Sarıyahşi İlçesi, doğusu Ortaköy İlçesi, güneyi Aksaray Merkez İlçesi ve batısı ise Şereflikoçhisar İlçesi sınırları ile çevrilidir. İlçenin toplam yüzölçümü 395 km² olup, rakımı ortalama 1100 metredir.

TÜİK 2015 verilerine göre ilçenin toplam nüfusu 8467'dir. İlçe merkezinde 2746 kişi yaşamaktadır.

3.2.Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, Aksaray İli Ağaçören İlçe merkezinde yaşayan 15 yaş ve üzeri 2168 kişiden oluşmaktadır.

3.4.Araştırmanın Örneklemi

Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2014 yılında yapılan, Türkiye Sağlık Araştırmasında bildirilen hipertansiyon sıklığı %16,1'dir. Türkiye prevalansı göz önünde bulundurularak çalışma için örneklem büyüklüğü; %95 güvenilirlik ve %5 hata ile 190 olarak tespit edilmiştir. Ağaçören ilçesinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kişilerde evrenden seçilecek örnek büyüklüğü şu şekilde hesaplanmıştır:

N (Evrendeki kişi sayısı) = 2168

$$n = Nt^2pq / d^2 (N-1) + t^2 pq$$

$$= 2168 \times (1,96)^2 \times 0,161 \times 0,839 / 0,05^2 \times (2168-1) + (1,96)^2 \times 0,161 \times 0,839 = 190 \text{ kişi}$$

t (%95 güven düzeyinde t tablosunda en büyük serbestlik derecesi için bulunan değeri) = 1,96

p (Hipertansiyon prevalansı) = 0,161

q (incelenen olayın meydana gelmeme olasılığı) (1-p) = 0,839

d (hata) = 0,05

Cinsiyet kırılımı dikkate alınıp %10 yedek katılımcı eklenerek araştırmanın 418 kişi üzerinde yürütölmesi planlanmıştır.

Evreni oluşturan 15 yaş ve üzerindeki 2168 kişilik liste İlçe Nüfus Müdürlüğü'nden alınmıştır. Evrendeki kişilerin yaş verileri 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65 ve üzeri olarak gruplandırılmıştır. Ardından yaş grubuna göre tabakalanan evrenden ağırlıklandırma yapılarak her bir yaş tabakasından alınması gereken örnek büyüklüğü belirlenmiştir. Basit rastgele örnekleme yöntemiyle ulaşılacak kişiler tespit edilmiştir.

Tablo 3. On Beş Yaş ve Üzeri Toplam Nüfus ve Örnekleme Alınan Kişi Sayıları, Ağaçören, 2016.

<u>Yaş</u> <u>Grubu</u>	<u>Nüfus</u> <u>Toplam</u>	<u>Nüfus</u> <u>Erkek</u>	<u>Nüfus</u> <u>Kadın</u>	<u>Örnekleme</u> <u>Toplam</u>	<u>Örnekleme</u> <u>Erkek</u>	<u>Örnekleme</u> <u>Kadın</u>
15-24	421	221	200	80	43	37
25-34	395	212	183	76	41	35
35-44	372	206	166	72	40	32
45-54	335	165	170	65	32	33
55-64	324	154	170	63	30	33
65 ve üstü	321	144	177	62	28	34

Tablo 3'te Ağaçören ile merkezindeki nüfus ve ulaşılması hedeflenen kişi sayıları sunulmuştur.

3.5.Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1.Bağımlı Değişkenler

- Bir yıl öncesiyle karşılaştırmalı sağlık algısı
- şişmanlığın sağlık sorunu olduğunu düşünme durumu
- Beden algısı
- Genel sağlık algısı
- Son bir yıl içinde daha sağlıklı olmak için bir şey yapma durumu
- Sağlıklı beslendiğini düşünme durumu
- Yemeklerin tadına bakmadan tuz ekleme durumu
- Ana ğn atlama durumu
- Fiziksel aktivite durumu

3.5.2.Bağımsız Değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- ğrenim durumu
- Çalışma durumu
- Hanedeki toplam kişi sayısı
- Aylık toplam gelir
- Vücut Kitle İndeksi
- Fiziksel aktivite durumu
- Son bir yıl içinde daha sağlıklı olmak için bir şey yapma durumu
- Sigara içme durumu
- Alkol alma durumu
- Yetersiz beslendiğini düşünme durumu
- Meyve ve sebze tüketim sıklığı

- Ana öğün atlama durumu
- Uyku düzeni
- Kan basıncı değerleri
- Hekim tarafından tanısı konmuş hipertansiyon hastalığı olma durumu
- Kan basıncı yüksekliği için ilaç kullanma durumu
- Hekim tarafından tanısı konmuş diyabet hastalığı olma durumu
- Kan şekeri yüksekliği için ilaç kullanma durumu
- Hekim tarafından tanısı konmuş bir kronik hastalığı olma durumu
- Ortalama televizyon izleme süresi
- Ortalama uyku süresi

3.6.Araştırmada Kullanılan Araç- Gereç

Araştırmada veri kaynağı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen “Aksaray İli Ağaören İlçesindeki 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Sağlık Davranışları ve İlişkili Risk Etmenleri” anket formu kullanılmıştır. Anket 2 bölüm 33 sorudan oluşmaktadır.

Birinci bölüm 15 sorudan oluşmaktadır. Bu bölümde kişilerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, çalışma durumu, hanesinde yaşayan toplam kişi sayısı, hanesinin aylık toplam geliri, hekim tarafından tanısı konmuş hipertansiyon veya diyabet hastalığı olma durumu, hipertansiyon veya diyabet hastalığı için ilaç kullanma durumu, hekim tarafından tanısı konmuş başka bir kronik hastalığı olma durumu sorgulanmıştır. Ayrıca kişilerin boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve kan basıncı değerleri de ölçülmüştür.

Kan basıncı ölçümü için Microlife BP 3AS1-2 marka yarı otomatik tansiyon aleti kullanılmıştır. Kişiler ölçümden önce 15 dakika dinlendirilmiştir. Ölçüm yapılan ekstremitte kalp hizasında tutulmuş ve alttan desteklenmiştir. Kan basıncı her iki koldan ölçülüp ortalaması alınmıştır.

Hipertansiyon, ortalama sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg veya ortalama diyastolik kan basıncı ≥ 90 mmHg olarak tanımlanmıştır. Daha önce hipertansiyon tanısı alan veya antihipertansif kullananlar, kan basıncı ölçümleri ne olursa olsun hipertansif olarak kabul edilmişlerdir.

Vücut ağırlığı ölçümü, Goldmaster marka elektronik tartı ile yapılmıştır. Vücut ağırlığı ölçülürken kalın giysilerin, ayakkabıların ve ceplerdeki eşyaların çıkartılması istenmiştir. Tartıya ayakların yerleştirilmesi ve vücut ağırlığının iki ayağa sabit dağılımı sağlanmıştır. Bireyin dik ve hareket etmeden durması istenmiştir.

Boy uzunluğu ölçümü, GW-569X marka esnemeyen ve bükülebilen mezura ile yapılmıştır. Ayakkabı, saç tokası, şapka, bere gibi kıyafetler çıkartılmıştır. Kişinin duvara sırtını dayayıp dik durduğundan emin olunmuştur. Daha sonra başın en tepe noktasının hizası işaretlenmiştir.

İkinci bölüm 18 sorudan oluşmuştur. Bu bölümde genel sağlık algısı, bir yıl öncesine göre sağlık algısı, son bir yıl içinde daha sağlıklı olmak için bir şey yapma durumu, sigara içme durumu, alkol alma durumu, yetersiz tüketilen besin grubu, sağlıklı beslendiğini düşünme durumu, meyve ve sebze tüketim sıklığı, yemeklerin tadına bakmadan tuz ekleme durumu, ana öğün atlama durumu, beden algısı, şişmanlığın sağlık sorunu olduğunu düşünme durumu, fiziksel aktivite durumu, ortalama televizyon izleme süresi, ortalama uyku süresi ve uyku düzeni sorgulanmıştır.

Fiziksel aktivite durumunun değerlendirilmesiyle ilgili sorular için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi temel alınmıştır. Söz konusu anket, katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla Craig ve arkadaşları tarafından uluslararası arenada fiziksel aktivite düzeyi hakkında geçerli ve karşılaştırılabilir bilgi elde etmek amacıyla 2003 yılında geliştirilmiştir.

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Öztürk tarafından yapılmıştır. Kısa formu oturma, yürüme, orta düzeyde şiddetli aktiviteler ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır. Kısa formun toplam skorunun hesaplanması, yürüme, orta düzeyde şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre ve frekans toplamını içermektedir.

Bütün aktivitelerin değerlendirilmesinde her bir aktivitenin tek seferde en az 10 dk yapılıyor olması ölçüt alınmaktadır. Şiddetli, orta dereceli aktivite ve yürüme süreleri aşağıdaki hesaplamalarla bazal metabolik hıza karşılık gelen MET'e çevrilerek toplam fiziksel aktivite skoru (MET-dk/hafta) hesaplanmıştır.

Yürüme skoru (MET-dk/hf) = 3,3 x Yürüme süresi x Yürüme günü

Orta şiddetli aktivite skoru (MET-dk/hf) = 4,0 x Aktivite süresi x Aktivite günü

Şiddetli aktivite skoru (MET-dk/hf) = 8,0 x Aktivite süresi x Aktivite günü

Toplam fiziksel aktivite skoru, elde edilen tüm skorların toplanmasıyla elde edilmiştir.

Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri düşük, orta ve yüksek biçiminde sınıflandırılmıştır:

Düşük düzey: 600 MET-dk/hafta altı.

Orta düzey: 600-3000 MET-dk/hafta arası.

Yüksek düzey: 3000 MET-dk/hafta üstü

3.7.Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada kullanılan anket formu Mart 2016'te oluşturulduktan sonra Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olan araştırmacı tarafından Nisan 2016'da araştırma bölgesinde 20 kişiye ön uygulama yapılmıştır. Aksayan yönler dikkate alınarak anket formu yeniden gözden geçirilmiş ve son düzenlemeler yapılmıştır.

Anket formu 02– 27 Mayıs 2016 tarihleri arasında Ağaçören İlçesinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kişilere araştırmacı tarafından kişilerin evleri ziyaret edilerek yüz yüze uygulanmıştır. Bir anketin uygulama süresi 10-15 dakika arasında olmuştur.

Anketin uygulanması neticesinde 418 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşım yüzdesi %100'dür.

Araştırmanın Etik Kurul İzni alınmış olup EK-2'de sunulmuştur.

3.8.Araştırma Takvimi

Tablo 4. Araştırma Takvimi

Tablo 4'te araştırmaya dair zaman çizelgesi sunulmuştur.

Tarih	Aşama
Eylül-Aralık 2015	Literatür taraması
Ocak-Şubat 2016	Araştırmanın planlanması
Mart 2016	Veri toplama formunun oluşturulması
Nisan 2016	Ön uygulama
Mayıs 2016	Uygulama
Haziran 2016	Verilerin bilgisayara aktarılması
Temmuz 2016	Verilerin analizi
Ağustos-Eylül 2016	Rapor yazımının tamamlanması

3.9.Araştırmanın Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verisi, Temmuz 2016'da SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) istatistik paket programına araştırmacı tarafından girilmiş, veri girişi tamamlandıktan sonra veri kontrolü yapılmıştır. İstatistiksel analiz olarak, tanımlayıcı bulgular kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde ve sürekli değişkenler ise ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (en küçük, en büyük değer) ile sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi ve Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

3.10.Araştırmanın Kısıtlılıkları

Yaşlı nüfusun bir kısmının ikamet bilgisi olan yerde yaşamayıp başka yerlerde yaşayan yakınlarının yanına gitmiş olmaları ulaşım açısından araştırmanın önemli kısıtlılıklarından biridir. İlçenin demografik ve sosyokültürel yapısı nedeniyle özellikle aylık toplam gelir ve alkol kullanma durumu ile ilgili sorulara verilen cevaplarda kısıtlılık olduğu düşünülmüştür.



4.BULGULAR

Araştırmada Aksaray Ağaçören’de yaşayan 418 kişi incelenmiştir. İncelenenlerin yaş ortalaması $40,80 \pm 16,65$, ortancası 37’dir (min:15; max:80). Katılımcıların hane halkı büyüklüklerinin ortalaması $3,58 \pm 1,90$, ortancası 3’tür (min:1; max:15).

Katılımcıların boy uzunluğu ortalaması $165,26 \pm 10,30$ cm, ortancası 165 cm’dir (min:138; max:195). Bu değer erkeklerde $171,65 \pm 8,17$ cm, kadınlarda $158,38 \pm 7,56$ cm olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılanların vücut ağırlığı ortalaması $76,34 \pm 14,72$ kg, ortancası 75 kg’dır (min:43; max:166). Bu değer erkeklerde $80,80 \pm 14,40$ kg, kadınlarda $71,52 \pm 13,53$ kg olarak hesaplanmıştır. İncelenenlerin vücut kitle indeksi ortalaması $28,05 \pm 5,38$ kg/m², ortancası 27,86 kg/m²’dir (min:16,77; max:52,98). Bu değer erkeklerde $27,45 \pm 4,66$ kg/m², kadınlarda $28,70 \pm 6,03$ kg/m² olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların sistolik kan basıncı ortalaması $129,35 \pm 21,21$ mmHg, ortancası 123,5 mmHg’dır (min:85; max:208). Bu değer erkeklerde $131,68 \pm 19,50$ mmHg, kadınlarda $126,84 \pm 22,70$ mmHg olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılanların diyastolik kan basıncı ortalaması $74,04 \pm 11,92$ mmHg, ortancası 73,5 mmHg’dır (min:48; max:110). Bu değer erkeklerde $75,47 \pm 11,18$ mmHg, kadınlarda $72,50 \pm 12,51$ mmHg olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılanların günlük televizyon izleme sürelerinin ortalaması $2,39 \pm 1,62$ saat, ortancası 2 saattir (min:0; max:10). Görüşülen erkeklerin %21,2’si, kadınların ise %20,4’ü günde 4 saat ve üzerinde televizyon izleme süresine sahiptir.

İncelenenlerin gece uykusu sürelerinin ortalaması $7,15 \pm 1,30$ saat, ortancası 7 saattir (min:3; max:12). Bu değer erkeklerde $7,21 \pm 1,24$ saat, kadınlarda $7,09 \pm 1,37$ saat, Görüşülenlerin %40,0’ı geceleri 8 saat ve üzerinde uyku süresine sahiptir.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ağaçören, 2016.

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet (n=418)		
Erkek	217	51,9
Kadın	201	48,1
Yaş (n=418)		
15-24	80	19,1
25-34	111	26,6
35-44	61	14,6
45-54	62	14,8
55-64	59	14,1
65 ve üzeri	45	10,8
Medeni Durum (n=418)		
Evli	295	70,6
Bekâr	97	23,2
Eşi ölmüş	16	3,8
Boşanmış	10	2,4
Öğrenim Durumu (n=418)		
Okuma yazma bilmiyor	37	8,9
Okuma yazma biliyor, ama bir okul bitirmemiş	28	6,7
İlkokul mezunu	121	28,9
Ortaokul / İlköğretim mezunu	78	18,7
Lise mezunu	68	16,3
Yüksekokul / Üniversite mezunu	78	18,7
Yüksek lisans / Doktora mezunu	8	1,9
Çalışma Durumu (n=418)		
Çalışan (işçi, memur, serbest meslek vs.)	202	48,4
Ev hanımı	126	30,1
Emekli	36	8,6
Öğrenci	29	6,9
İşsiz	25	6,0

Hane Halkı (n=418)		
1	30	7,2
2	110	26,3
3	88	21,1
4	89	21,2
5 ve üzeri	101	24,2
Hane Halkı Aylık Gelir (n=418)		
1250 TL ve daha az	152	36,4
1251-2500 TL	124	29,7
2501-3750 TL	59	14,1
3751-5000 TL	46	11,0
5001 TL ve üzeri	37	8,9

*Sütun Yüzdesi

Tablo 5’te araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

İncelenenlerin %26,6’sı 25-34 yaş, %19,1’i 15-24 yaş, %14,8’si 45-54 yaş, %14,6’sı 35-44, %14,1’i 55-64 yaş aralığındadır; %10,8’si ise 65 yaş ve üzeridir. Araştırmaya katılanların %51,9’u erkek, %48,1’i kadındır. Katılımcıların %70,6’sı evli, %23,2’si bekâr, %3,8’inin eşi ölmüş, %2,4’ü ise boşanmıştır.

Araştırmaya katılanların %15,6’sı eğitimsizdir; %28,9’u ilkokul, %18,7’si ortaokul, %16,3’ü lise, %20,6’sı yüksekokul ve daha üzeri bir eğitim kurumundan mezun olmuştur. %48,4’ü çalışan, %30,1’i ev hanımı, %8,6’sı emekli, %6,9’u öğrenci ve %6,0’ı işsizdir.

Katılımcıların hane halkı büyüklüklerinin %7,2’si bir, %26,3’ü iki, %21,1’i üç, %21,2’si dört, %24,2’si beş ve üzeri olarak belirlenmiştir.

İncelenenlerin %36,4’ünün hane halkı aylık geliri 1250 TL ve daha azdır; %29,7’sinin 1251-2500 TL arası, %14,1’inin 2501-3750 TL arası, %11,0’ının 3751-5000 TL arası, %8,9’unun 5001 TL ve üzeri hane halkı aylık geliri vardır.

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kronik Hastalıklarla İlgili Özelliklerinin Dağılımı, Ağaçören, 2016.

	Sayı	Yüzde
Kronik Hastalık Tanısı Alma (n=418)		
Hayır	256	61,2
Evet	162	38,8
Hipertansiyon Tanısı Alma (n=418)		
Hayır	338	80,9
Evet	80	19,1
Hipertansiyon İlacı Kullanımı (n=80)		
Hayır	8	10,0
Evet	72	90,0
Diyabet Tanısı Alma (n=418)		
Hayır	369	88,3
Evet	49	11,7
Diyabet İlacı Kullanımı (n=49)		
Hayır	8	16,3
Evet	41	83,7
Başka Bir Kronik Hastalık Tanısı Alma (n=418)		
Hayır	302	72,2
Evet	116	27,8

*SütunYüzdesi

Tablo 6’da araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalıklarla ilgili özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Araştırmaya katılanların %61,2’sinde kronik hastalık yoktur; %38,8’i en az bir kronik hastalık tanısı almışlardır.

Katılımcıların %80,9’u hekim tarafından tanısı konmuş hipertansiyon hastalığı bulunmadığını ifade etmekteyken, %19,1’i böyle bir tanısı olduğunu söylemiştir. Hipertansiyon tanısı almış olan katılımcıların %90,0’ı hipertansiyon ilacı kullanmakta, %10,0’ı kullanmamaktadır.

Katılımcıların %88,3'ü hekim tarafından tanısı konmuş diyabet hastalığı bulunmadığını belirtmekteyken, %11,7'si böyle bir tanısı olduğunu ifade etmiştir. Diyabet tanısı almış olan katılımcıların %83,7'si diyabet ilacı kullanmakta, %16,3'ü diyabet ilacı kullanmamaktadır.

İncelenenlerin %72,2'si hipertansiyon ve diyabetin dışında kalan, başka bir kronik hastalık tanısı almamışlardır; %27,8'sinin böyle bir tanısı vardır.

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Vücut Ağırlıklarıyla İlgili Özelliklerinin Dağılımı, Ağaçören, 2016.

	Sayı	Yüzde
Vücut Kitle İndeksi (n=418)		
Zayıf	8	1,9
Normal	123	29,4
Fazla Kilolu	146	34,9
Şişman	141	33,8
Beden Algısı (n=413)		
Zayıf	30	7,3
Normal	224	54,2
Fazla Kilolu	140	33,9
Şişman	19	4,6
Şişmanlığın Sağlık Sorunu Olduğunu Düşünme (n=418)		
Evet	369	88,3
Hayır	32	7,7
Fikri Yok	17	4,0

*Sütun Yüzdesi

Tablo 7'de araştırmaya katılan bireylerin vücut ağırlıklarıyla ilgili özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Vücut-Kitle İndeksleri incelendiğinde; araştırmaya katılanların %34,9'unun fazla kilolu, %33,8'inin şişman %29,4'ünün normal ve %1,9'unun zayıf kategorisine girdiği görülmüştür.

Katılımcıların %54,2'si kendisini normal, %33,9'u fazla kilolu, %7,3'ü zayıf, %4,6'sı şişman olarak tanımlamıştır.

Katılımcıların %88,3'ü şişmanlığın sağlık sorunu olduğunu düşünmekte, %7,7'si şişmanlığın sağlık sorunu olduğunu düşünmemektedir; %4,0'ı ise bu konuda fikir beyan etmemiştir.

Tablo 8. Katılımcıların Vücut Kitle İndekslerine Göre Beden Algıları, Ağaçören, 2016.

	Beden Ağırlığı Algısı			
	Doğru		Yanlış	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Vücut Kitle İndeksi				
Zayıf	7	87,5	1	12,5
Normal	104	84,6	19	15,4
Fazla kilolu	45	30,8	101	69,2
Şişman	12	8,5	129	91,5
$\chi^2=170,634$ $p=0,000$				

*Sütun Yüzdesi

Tablo 8'de katılımcıların vücut kitle indekslerine göre beden ağırlığı algıları sunulmuştur.

Görüşülenlerin %40,2'si doğru beden ağırlığı algısına sahipken %59,8'lik bölümün beden ağırlığı algısı yanlıştır.

Katılımcılardan zayıf kategorisine girenlerin %87,5'inin, normal kategorisine girenlerin %84,6'sının, fazla kilolu kategorisine girenlerin %30,8'inin, şişman kategorisine girenlerin %8,5'inin beden ağırlığı algısı doğru olarak tespit edilmiştir. Vücut kitle indeksine göre beden ağırlığı algısı açısından anlamlı fark vardır ($p<0,001$). Fark fazla kilolu ve şişmanlardan kaynaklanmaktadır.

Tablo 9. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Obezite Durumları, Ağaçören. 2016.

	Obezite			
	Yok		Var	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cinsiyet				
Erkek	156	71,9	61	28,1
Kadın	121	60,2	80	39,8
$\chi^2=6,380$ $p=0,012$				
Yaş				
15-24	75	93,8	5	6,2
25-34	89	80,2	22	19,8
35-44	40	65,6	21	34,4
45-54	33	53,2	29	46,8
55-64	23	39,0	36	61,0
65 ve üzeri	17	37,8	28	62,2
$\chi^2=77,361$ $p=0,000$				
Medeni Durum				
Evli	172	58,3	123	41,7
Evli değil	105	85,4	18	14,6
$\chi^2=28,436$ $p=0,000$				
Öğrenim Durumu				
Okul bitirmemiş	22	33,8	43	66,2
İlkokul	61	50,4	60	49,6
Ortaokul/İlköğretim	61	78,2	17	21,8
Lise	58	85,3	10	14,7
Yüksekokul ve üzeri	75	87,2	11	12,8
$\chi^2=77,029$ $p=0,000$				

Çalışma Durumu				
Öğrenci	27	93,1	2	6,9
İşsiz	23	92,0	2	8,0
Çalışan (işçi, memur, serbest meslek vs.)	157	77,7	45	22,3
Emekli	17	47,2	19	52,8
Ev hanımı	53	42,1	73	57,9
$\chi^2=67,470$ p=0,000				
Hane Halkı Aylık Gelir				
2500 TL ve daha az	164	59,4	112	40,6
2501 TL ve üzeri	113	79,6	29	20,4
$\chi^2=17,043$ p=0,000				

*Satır Yüzdesi

Tablo 9’da katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre obezite durumları sunulmuştur.

15-24 yaş arasındaki katılımcıların %6,2’si, 25-34 yaş arasındakilerin %19,8’i, 35-44 yaş arasındakilerin %34,4’ü, 45-54 yaş arasındakilerin %46,8’i, 55-64 yaş arasındakilerin %61,0’ı, 65 yaş ve üzerindeki %62,2’si obezdirler. Yaş gruplarına göre obezite durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Erkeklerin %28,1’i, kadınların %39,8’i obezdirler. Cinsiyete göre obezite durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,012$).

Evlilerin %41,7’si, evli olmayanların %14,6’sı obezdirler. Medeni duruma göre obezite durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Okul bitirmemişlerin %66,2’si, ilkokul mezunu olanların %49,6’sı, ortaokul/ilköğretim mezunu olanların %21,8’si, lise mezunu olanların %14,7’si, yüksekokul/üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunlarının %12,8’i obezdirler. Öğrenim durumuna göre obezite durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Fark okul bitirmemişlerden ve ilkokul mezunlarından kaynaklanmaktadır.

Ev hanımlarının %57,9'u, emeklilerin %52,8'i, çalışanların %22,3'ü, işsizlerin %8,0'ı, ve öğrencilerin %6,9'u obezdirler. Çalışma durumuna göre obezite durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Fark emeklilerden ve ev hanımlarından kaynaklanmaktadır.

Hane halkı aylık geliri 2500 TL ve daha az olan katılımcıların %40,6'sı, 2501 TL ve üzerinde olanların %20,4'ü obezdirler. Hane halkı aylık gelirine göre obezite durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 10. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Beden Ağırlığı Algıları, Ağaçören. 2016.

	Beden Ağırlığı Algısı			
	Doğru		Yanlış	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cinsiyet				
Erkek	88	40,6	129	59,4
Kadın	80	39,8	121	60,2
$\chi^2=0,025$ $p=0,875$				
Yaş				
15-24	47	58,8	33	41,2
25-34	63	56,8	48	43,2
35-44	25	41,0	36	59,0
45-54	18	29,0	44	71,0
55-64	10	16,9	49	83,1
65 ve üzeri	5	11,1	40	88,9
$\chi^2=56,452$ $p=0,000$				
Medeni Durum				
Evli	104	35,3	191	64,7
Evli değil	64	52,0	59	48,0
$\chi^2=10,166$ $p=0,001$				

Öğrenim Durumu				
Okul bitirmemiş	8	12,3	57	87,7
İlkokul	34	28,1	87	71,9
Ortaokul/İlköğretim	33	42,3	45	57,7
Lise	37	54,4	31	45,6
Yüksekokul ve üzeri	56	65,1	30	34,9
$\chi^2=56,477$ p=0,000				
Çalışma Durumu				
Öğrenci	18	62,1	11	37,9
İşsiz	15	60,0	10	40,0
Çalışan (işçi, memur, serbest meslek vs.)	104	51,5	98	48,5
Ev hanımı	27	21,4	99	78,6
Emekli	4	11,1	32	88,9
$\chi^2=51,692$ p=0,000				
Hane Halkı Aylık Gelir				
2500 TL ve daha az	95	34,4	181	65,6
2501 TL ve üzeri	73	51,4	69	48,6
$\chi^2=11,257$ p=0,001				

*Satır Yüzdesi

Tablo 10’da katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre beden ağırlığı algıları sunulmuştur.

15-24 yaş arasındaki katılımcıların %58,8’i, 25-34 yaş arasındakilerin %56,8’i, 35-44 yaş arasındakilerin %41,0’ı, 45-54 yaş arasındakilerin %29,0’ı, 55-64 yaş arasındakilerin %16,4’ü, 65 yaş ve üzerindeki %11,1’i doğru beden ağırlığı algısına sahiptirler. Yaş gruplarına göre beden ağırlığı algıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Erkeklerin %40,6’sı, kadınların %39,8’i doğru beden ağırlığı algısına sahiptirler. Cinsiyete göre beden ağırlığı algıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,875$).

Evlilerin %35,3'ü, evli olmayanların %52,0'ı doğru beden ağırlığı algısına sahiptirler. Medeni duruma göre beden ağırlığı algıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$).

Okul bitirmemişlerin %12,3'ü, ilkokul mezunu olanların %28,1'i, ortaokul/ilköğretim mezunu olanların %42,3'ü, lise mezunu olanların %54,4'ü, yüksekokul/üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunlarının %65,1'i doğru beden ağırlığı algısına sahiptirler. Öğrenim durumuna göre beden ağırlığı algıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Emeklilerin %11,1'i, ev hanımlarının %21,4'ü, çalışanların %51,5'ü, işsizlerin %60,0'ı, ve öğrencilerin %62,1'i doğru beden ağırlığı algısına sahiptirler. Çalışma durumuna göre beden ağırlığı algıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Hane halkı aylık geliri 2500 TL ve daha az olan katılımcıların %34,4'ü, 2501 TL ve üzerinde olanların %51,4'ü doğru beden ağırlığı algısına sahiptirler. Hane halkı aylık gelirin'e göre beden ağırlığı algıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$).

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kan Basınçlarıyla İlgili Özelliklerinin Dağılımı, Ağaçören, 2016.

	Sayı	Yüzde
Hipertansiyon Varlığı (n=418)		
Hayır	278	66,5
Evet	140	33,5
Hipertansiyon Farkındalığı (n=140)		
Farkında	80	57,1
Farkında değil	60	42,9
Hipertansiyon Kontrolü (n= 72)		
Kontrol altında	33	45,8
Kontrol altında değil	39	54,2

Sistolik Tansiyon (n=418)		
Normal	149	35,6
Prehipertansiyon	169	40,4
Evre 1 Hipertansiyon	51	12,2
Evre 2 Hipertansiyon	37	8,9
Evre 3 Hipertansiyon	12	2,9
Diyastolik Tansiyon (n=418)		
Normal	305	73,0
Prehipertansiyon	72	17,2
Evre 1 Hipertansiyon	28	6,7
Evre 2 Hipertansiyon	12	2,9
Evre 3 Hipertansiyon	1	0,2

*Sütun Yüzdesi

Tablo 11’de araştırmaya katılan bireylerin kan basınçlarıyla ilgili özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Araştırmaya katılanların %66,5’inde kan basıncı normal sınırlar içerisinde; %33,5’inde kan basıncı yüksekliği tespit edilmiştir. Katılımcılardan kan basıncı yüksekliği tespit edilenlerin %57,1’i bu durumun farkındayken, %42,9’u farkında değildir. Hipertansiyon ilacı kullananların %45,8’inin kan basıncı değerleri kontrol altındayken, %54,2’sinin kan basıncı değerleri kontrol altında değildir.

Sistolik kan basıncı değerlerine göre; katılımcıların %40,4’ü prehipertansiyon, %35,6’sı normal, %12,2’si evre 1 hipertansiyon, %8,9’u evre 2 hipertansiyon, %2,9’u evre 3 hipertansiyon kategorisine girmektedir.

Diyastolik kan basıncı değerlerine göre; katılımcıların %73,0’ı normal, %17,2’si prehipertansiyon, %6,7’si evre 1 hipertansiyon, %2,9’u evre 2 hipertansiyon, %0,2’si evre 3 hipertansiyon kategorisine girmektedir.

Tablo 12. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hipertansiyon Durumları, Ağaçören. 2016.

	Hipertansiyon			
	Yok		Var	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cinsiyet				
Erkek	149	68,7	68	31,3
Kadın	129	64,2	72	35,8
$\chi^2=0,942$ $p=0,332$				
Yaş				
15-24	74	92,5	6	7,5
25-34	101	91,0	10	9,0
35-44	47	77,0	14	23,0
45-54	28	45,2	34	54,8
55-64	22	37,3	37	62,7
65 ve üzeri	6	13,3	39	86,7
$\chi^2=149,595$ $p=0,000$				
Medeni Durum				
Evli	184	62,4	111	37,6
Evli değil	94	76,4	29	23,6
$\chi^2=7,693$ $p=0,006$				
Öğrenim Durumu				
Okul bitirmemiş	14	21,5	51	78,5
İlkokul	66	54,5	55	45,5
Ortaokul/İlköğretim	65	83,3	13	16,7
Lise	61	89,7	7	10,3
Yüksekokul ve üzeri	72	83,7	14	16,3
$\chi^2=104,563$ $p=0,000$				

Çalışma Durumu				
Öğrenci	28	96,6	1	3,4
İşsiz	21	84,0	4	16,0
Çalışan (işçi, memur, serbest meslek vs.)	159	78,7	43	21,3
Ev hanımı	60	47,6	66	52,4
Emekli	10	27,8	26	72,2
$\chi^2=73,118$ $p=0,000$				
Hane Halkı Aylık Gelir				
2500 TL ve daha az	162	58,7	114	41,3
2501 TL ve üzeri	116	81,7	26	18,3
$\chi^2=27,841$ $p=0,000$				

*Satır Yüzdesi

Tablo 12’de katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre hipertansiyon durumları sunulmuştur.

15-24 yaş arasındaki katılımcıların %7,5’i, 25-34 yaş arasındakilerin %9,0’ı, 35-44 yaş arasındakilerin %23,0’ı, 45-54 yaş arasındakilerin %54,8’i, 55-64 yaş arasındakilerin %62,7’si, 65 yaş ve üzerindeki %86,7’si hipertansiftirler. Yaş gruplarına göre hipertansiyon durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Erkeklerin %31,3’i, kadınların %35,8’i hipertansiftirler. Cinsiyete göre hipertansiyon durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,332$).

Evlilerin %37,6’sı, evli olmayanların %23,6’sı hipertansiftirler. Medeni duruma göre hipertansiyon durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,006$).

Okul bitirmemişlerin %78,5’i, ilköğretim mezunlarının %45,5’i, ortaokul/ilköğretim mezunlarının %16,7’si, lise mezunlarının %10,3’ü, yükseköğretim/üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunlarının %16,3’ü hipertansiftirler. Öğrenim durumuna göre hipertansiyon durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Emeklilerin %72,2'si, ev hanımlarının %52,4'ü, çalışanların %21,3'ü, işsizlerin %16,0'ı, ve öğrencilerin %3,4'ü hipertansiftirler. Çalışma durumuna göre hipertansiyon durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Hane halkı aylık geliri 2500 TL ve daha az olan katılımcıların %41,3'ü, 2501 TL ve üzerinde olanların %18,3'ü hipertansiftirler. Hane halkı aylık gelirin'e göre hipertansiyon durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 13. Katılımcıların Hipertansiyon Varlığına Göre Yemeklerin Tadına Bakmadan Tuz Ekleme Durumları, Ağaçören. 2016.

	Yemeklerin Tadına Bakmadan Tuz Ekleme Durumu			
	Hayır		Evet	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hipertansiyon Varlığı				
Yok	188	67,6	90	32,4
Var	107	76,4	33	23,6
$\chi^2=3,474$ $p=0,062$				

*Satır Yüzdesi

Tablo 13'te katılımcıların hipertansiyon varlığına göre yemeklere tadına bakmadan tuz ekleme durumları sunulmuştur.

Hipertansiyonu olan katılımcıların %23,6'sı, hipertansiyonu olmayan katılımcıların %32,4'ü yemeklere tadına bakmadan tuz eklediklerini belirtmişlerdir. Hipertansiyon varlığına göre yemeklere tadına bakmadan tuz ekleme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,062$).

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarıyla İlgili Özelliklerinin Dağılımı, Ağaçören, 2016.

	Sayı	Yüzde
Sigara İçme Durumu (n=418)		
Hiç sigara içmemiş	216	52,7
Geçmişte sigara içmiş, ama şimdi içmiyor	73	17,4
Halen ara sıra sigara içiyor	28	6,7
Halen her gün sigara içiyor	101	24,2
Erkeklerin Sigara İçme Durumu (n=217)		
Hiç sigara içmemiş	62	28,6
Geçmişte sigara içmiş, ama şimdi içmiyor	52	24,0
Halen ara sıra sigara içiyor	14	6,9
Halen her gün sigara içiyor	88	40,5
Kadınların Sigara İçme Durumu (n=201)		
Hiç sigara içmemiş	154	76,6
Geçmişte sigara içmiş, ama şimdi içmiyor	21	10,4
Halen ara sıra sigara içiyor	13	6,5
Halen her gün sigara içiyor	13	6,5
Alkol Alma Durumu (n=418)		
Hiç alkol almamış	307	73,5
Geçmişte alkol almış, ama şimdi almıyor	67	16,0
Halen ara sıra alkol alıyor	41	9,8
Halen her gün alkol alıyor	3	0,7
Erkeklerin Alkol Alma Durumu (n=217)		
Hiç alkol almamış	115	53,0
Geçmişte alkol almış, ama şimdi almıyor	65	30,0
Halen ara sıra alkol alıyor	34	15,6
Halen her gün alkol alıyor	3	1,4
Kadınların Alkol Alma Durumu (n=201)		
Hiç alkol almamış	192	95,5
Geçmişte alkol almış, ama şimdi almıyor	2	1,0
Halen ara sıra alkol alıyor	7	3,5

*Sütun Yüzdesi

Tablo 14'te araştırmaya katılan bireylerin sigara ve alkol kullanma durumlarıyla ilgili özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Katılımcıların %24,2'si halen her gün, %6,7'si halen ara sıra sigara içtiğini; %17,4'ü geçmişte sigara içmesine rağmen şimdi içmediğini, %52,7'si ise hiç sigara içmediğini söylemiştir. Erkeklerin %40,6'sı halen her gün, %6,9'u ise halen ara sıra sigara içtiğini; %24,0'ü geçmişte sigara içmesine rağmen şimdi içmediğini, %28,6'sı ise hiç sigara içmediğini söylemiştir. Kadınların %6,5'i halen her gün, %6,5'i ise halen ara sıra sigara içtiğini; %10,4'ü geçmişte sigara içmesine rağmen şimdi içmediğini, %76,6'sı ise hiç sigara içmediğini belirtmiştir.

Katılımcıların %73,5'i hiç alkol almadığını, %16,0'ı geçmişte alkol almasına rağmen şimdi almadığını; %9,8'i halen ara sıra, %0,7'si ise halen her gün alkol aldığını söylemiştir. Erkeklerin %54,0'ı hiç alkol almadığını, %30,0'ı geçmişte alkol almasına rağmen şimdi almadığını; %15,6'sı halen ara sıra, %1,4'ü ise halen her gün alkol aldığını belirtmiştir. Kadınların %95,5'i hiç alkol almadığını, %1,0'ı geçmişte alkol almasına rağmen şimdi almadığını, %3,5'i halen ara sıra alkol aldığını belirtmiştir.

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Bireyler Tarafından Son Bir Yıl İçinde Daha Sağlıklı Olmak İçin Yapılanların Dağılımı, Ağaçören, 2016.

	Sayı	Yüzde
Son Bir Yıl İçinde Daha Sağlıklı Olmak İçin Yapılanlar (n=418)		
Fiziksel aktivite yapma	114	27,3
Zayıflamak için diyet yapma	50	12,0
Beslenme alışkanlıklarını değiştirme	37	8,9
Alkol kullanmayı bırakma	12	2,9
Sigara içmeyi bırakma	8	1,9
Diğer	5	1,2
Herhangi bir şey yapmamış	226	54,1

*Sütun Yüzdesi

Tablo 15’te araştırmaya katılan bireyler tarafından son bir yıl içinde daha sağlıklı olmak için yapılanların dağılımı sunulmuştur.

Katılımcıları %54,1’i son bir yıl içinde daha sağlıklı olmak için herhangi bir şey yapmadığını ifade etmiştir; %27,3’ü fiziksel aktivite yaptığını, %12,0’ı zayıflamak için diyet yaptığını, %8,9’u beslenme alışkanlıklarını değiştirdiğini, %2,9’u alkol kullanmayı bıraktığını, %1,9’u sigara içmeyi bıraktığını söylemiştir.

Tablo 16. Katılımcıların Son Bir Yılda Daha Sağlıklı Olmak İçin Bir Şey Yapma Durumlarına Göre Bir Yıl Öncesiyle Karşılaştırmalı Sağlık Algıları, Ağaçören, 2016.

	Bir Yıl Öncesiyle Karşılaştırmalı Sağlık Algısı			
	Daha İyi		Daha Kötü	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Son Bir Yılda Daha Sağlıklı Olmak İçin Bir Şey Yapma				
Herhangi bir şey yapmamış	29	27,9	75	72,1
Herhangi bir şey yapmış	50	52,1	46	47,9
$\chi^2=12,232$ $p=0,000$				

*Satır Yüzdesi

Tablo 16’da katılımcıların son bir yılda daha sağlıklı olmak için bir şey yapma durumlarına göre bir yıl öncesiyle karşılaştırmalı sağlık algıları sunulmuştur.

Son bir yılda daha sağlıklı olmak için herhangi bir şey yapmayan katılımcıların %27,9’u sağlıklarının bir yıl öncesinden daha iyi olduğunu söylerken, herhangi bir şey yapan katılımcılarda aynı sıklık %52,1 olmuştur.

Son bir yılda daha sağlıklı olmak için herhangi bir şey yapmayan katılımcıların %72,1’i sağlıklarının bir yıl öncesinden daha kötü olduğunu belirtirken, herhangi bir şey yapan katılımcılarda aynı sıklık %47,9 olmuştur.

Son bir yılda daha sağlıklı olmak için bir şey yapma durumuna göre bir yıl öncesiyle karşılaştırmalı sağlık algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,000$).

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Algılarıyla İlgili Özelliklerinin Dağılımı, Ağaçören, 2016.

	Sayı	Yüzde
Genel Sağlık Algısı (n=418)		
Çok kötü	6	1,4
Kötü	33	7,9
Orta	129	30,9
İyi	201	48,1
Çok iyi	49	11,7
Bir Yıl Öncesine Göre Sağlık Algısı (n=418)		
Bir yıl öncesinden daha kötü	121	28,9
Bir yıl öncesiyle aynı	218	52,2
Bir yıl öncesinden daha iyi	79	18,9

*Sütun Yüzdesi

Tablo 17’de araştırmaya katılan bireylerin sağlık algılarıyla ilgili özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

İncelenenlerin %48,1’i genel olarak sağlığı için iyi derken; %30,9’u orta, %11,7’si çok iyi, %7,9’u kötü ve %1,4’ü çok kötü ifadesini uygun bulmuştur.

Bir yıl öncesiyle karşılaştırıldığında; katılımcıların %52,2’si sağlığının bir yıl öncesiyle aynı olduğunu düşünmekteyken, %28,9’u sağlığının bir yıl öncesinden daha kötü, %18,9’u ise daha iyi olduğunu söylemiştir.

Tablo 18. Katılımcıların Kronik Hastalık Özelliklerine Göre Genel Sağlık Algıları, Ağaçören, 2016.

	Genel Sağlık Algısı			
	Orta/Kötü		İyi	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kronik Hastalık Varlığı				
Yok	68	26,6	88	73,2
Var	100	61,7	62	38,3
$\chi^2=51,042$ $p=0,000$				
Hipertansiyon Varlığı				
Yok	99	35,6	178	64,4
Var	69	49,3	71	50,7
$\chi^2=7,243$ $p=0,007$				
Obezite Varlığı				
Yok	92	33,2	185	66,8
Var	76	53,9	65	46,1
$\chi^2=16,636$ $p=0,000$				

*Satır Yüzdesi

Tablo 18’de katılımcıların kronik hastalık özelliklerine göre genel sağlık algıları sunulmuştur.

Kronik hastalığı olan katılımcıların %38,3’ü, kronik hastalığı olmayan katılımcıların %73,2’si genel olarak sağlıklarının iyi olduğunu belirtmişlerdir. Kronik hastalık varlığına göre genel sağlık algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Hipertansiyonu olan katılımcıların %50,7’si, kronik hastalığı olmayan katılımcıların %64,4’ü genel olarak sağlıklarının iyi olduğunu belirtmişlerdir. Hipertansiyon varlığına göre genel sağlık algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,007$).

Obezlerin %46,1’i, obez olmayanların %66,8’i genel olarak sağlıkları için iyi demişlerdir.

Obezite varlığına göre genel sağlık algısı açısından anlamlı fark vardır ($p<0,001$).

Tablo 19. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Genel Sağlık Algıları, Ağaçören, 2016.

	Genel Sağlık Algısı			
	Orta/Kötü		İyi	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cinsiyet				
Erkek	73	33,6	144	66,4
Kadın	95	47,3	106	52,7
$\chi^2=8,056$ $p=0,005$				
Yaş				
15-24	17	21,3	83	78,7
25-34	29	26,1	82	73,9
35-44	31	50,8	30	49,2
45-54	30	48,4	32	51,6
55-64	34	57,6	25	42,4
65 ve üzeri	27	60,0	18	40,0
$\chi^2=40,482$ $p=0,000$				
Medeni Durum				
Evli	136	46,1	159	53,9
Evli değil	32	26,0	91	74,0
$\chi^2=14,569$ $p=0,000$				
Öğrenim Durumu				
Okul bitirmemiş	34	52,3	31	47,7
İlkokul	70	57,9	51	42,1
Ortaokul/İlköğretim	35	44,9	43	55,1
Lise	17	25,0	51	75,0
Yüksekokul ve üzeri	12	14,0	74	86,0
$\chi^2=51,537$ $p=0,000$				

Çalışma Durumu				
Çalışan (işçi, memur, serbest meslek vs.)	54	26,7	148	73,3
Öğrenci	8	27,6	21	72,4
Emekli	18	50,0	18	50,0
İşsiz	14	56,0	11	44,0
Ev hanımı	74	58,7	52	41,3
$\chi^2=39,194$ p=0,000				
Hane Halkı Aylık Gelir				
2500 TL ve daha az	140	50,7	136	49,3
2501 TL ve üzeri	28	19,7	114	80,3
$\chi^2=37,499$ p=0,000				

*Satır Yüzdesi

Tablo 19’da katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre genel sağlık algıları sunulmuştur.

15-24 yaş arasındaki katılımcıların %78,7’i, 25-34 yaş arasındakilerin %73,9’u, 35-44 yaş arasındakilerin %49,2’i, 45-54 yaş arasındakilerin %51,6’sı, 55-64 yaş arasındakilerin %42,4’ü, 65 yaş ve üzerindeki ise %40,0’ı genel olarak sağlıklarının iyi olduğunu belirtmişlerdir. Yaş gruplarına göre genel sağlık algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Fark 15-24 ve 25-34 yaş gruplarından kaynaklanmaktadır.

Erkeklerin %66,4’ü, kadınların %52,7’si genel olarak sağlıklarının iyi olduğunu söylemişlerdir. Cinsiyete göre genel sağlık algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,005$).

Evlilerin %53,9’u, evli olmayanların %74,0’ı genel olarak sağlıklarının iyi olduğunu düşünmektedir. Medeni duruma göre genel sağlık algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Okul bitirmemişlerin %47,7’si, ilkokul mezunu olanların %42,1’i, ortaokul/ilköğretim mezunu olanların %55,1’i, lise mezunu olanların %75,0’ı, yüksekokul/üniversite ve yüksek

lisans/doktora mezunlarının %86,0'ı genel olarak sağlıklarının iyi olduğunu belirtmişlerdir. Öğrenim durumuna göre genel sağlık algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Fark lise ve üzeri eğitim seviyesindekilerden kaynaklanmaktadır.

Çalışanların %73,3'ü, öğrencilerin %72,4'ü, emeklilerin %50,0'si, ev hanımlarının %41,3'ü ve işsizlerin %44,0'ı genel olarak sağlıklarının iyi olduğunu söylemişlerdir. Çalışma durumuna göre genel sağlık algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Fark çalışanlardan ve öğrencilerden kaynaklanmaktadır.

Hane halkı aylık geliri 2500 TL ve daha az olan katılımcıların %49,3'ü, 2501 TL ve üzerinde olanların %80,3'ü genel olarak sağlıklarının iyi olduğunu söylemişlerdir. Hane halkı aylık gelirine göre genel sağlık algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,001$).

Tablo 20. Araştırmaya Katılan Bireylerin Beslenmeyle İlgili Özelliklerinin Dağılımı, Ağaçören, 2016.

	Sayı	Yüzde
Yetersiz Tükettiği Düşünülen Besin Grubu (n=418)		
Kırmızı et, tavuk, balık, yumurta	93	22,1
Meyve ve sebze	87	20,8
Süt, yoğurt, peynir, tereyağı	70	16,7
Nohut, fasulye, bezelye, mercimek	41	9,8
Ekmek, bulgur, makarna, pirinç, mısır	16	3,8
Yetersiz tükettiği düşünülen besin grubu yok	174	41,6
Sağlıklı Beslendiğini Düşünme (n=418)		
Kısmen sağlıklı beslendiğini düşünme	203	48,6
Tamamen sağlıklı beslendiğini düşünme	126	30,1
Hiç sağlıklı beslenmediğini düşünme	69	16,5
Fikri yok	20	4,8

Meyve ve Sebze Tüketim Sıklığı (n=418)		
Haftanın her günü	121	29,0
Haftanın 5-6 günü	70	16,7
Haftanın 3-4 günü	100	23,9
Haftanın 1-2 günü	110	26,3
Haftanın hiçbir günü	17	4,1
Yemeklerin Tadına Bakmadan Tuz Ekleme (n=418)		
Hayır	295	70,6
Evet	70	29,4
En Sık Atlanılan Ana Öğün (n=418)		
Sabah kahvaltısı	81	19,4
Öğle yemeği	153	36,6
Akşam yemeği	33	7,9
Ana öğün atlamıyor	151	36,1

*Sütun Yüzdesi

Tablo 20’de araştırmaya katılan bireylerin beslenmeyle ilgili özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Katılımcıların %41,6’sı yetersiz tükettiğini düşündüğü besin grubu olmadığını ifade etmiştir. %22,1’i kırmızı et, tavuk, balık, yumurta; %20,8’i meyve ve sebze; %16,7’si süt, yoğurt, peynir, tereyağı; %9,8’i nohut, fasulye, bezelye, mercimek; %3,8’i ekmek, bulgur, makarna, pirinç ve mısırı yetersiz tükettiğini düşündüğünü söylemiştir. Araştırmaya katılanların %48,6’sı kısmen sağlıklı beslendiğini, %30,1’i tamamen sağlıklı beslendiğini, %16,5’i hiç sağlıklı beslenmediğini düşünmektedir; %4,8’i fikir beyan etmemiştir.

Katılımcıların %29,0’ı haftanın her günü, %26,3’ü haftanın 1-2 günü, %23,9’u haftanın 3-4 günü, %16,7’si haftanın 5-6 günü meyve ve sebze tükettiğini belirtmiştir; %4,1’i haftanın hiçbir günü meyve ve sebze tüketmediğini söylemiştir. İncelenenlerin %70,6’ı yemeklerin tadına bakmadan tuz eklediğini, %29,4’ü eklediğini ifade etmiştir.

Katılımcıların %36,6'sı öğle yemeğinin, %19,4'ü kahvaltının, %7,9'u akşam yemeğinin en sık atladıkları ana öğün olduğunu belirtmiştir; %36,1'i ise ana öğün atlamadığını söylemiştir.

Tablo 21. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Yetersiz Beslendiğini Düşünme Durumları, Ağaçören, 2016.

	Yetersiz Beslendiğini Düşünme Durumu			
	Düşünüyor		Düşünmüyor	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cinsiyet				
Erkek	118	54,4	99	45,6
Kadın	126	62,7	75	37,3
$\chi^2=2,965$ p=0,085				
Yaş				
15-24	54	67,5	26	32,5
25-34	89	80,2	22	19,8
35-44	38	62,3	23	37,7
45-54	27	43,5	35	56,5
55-64	24	40,7	35	59,3
65 ve üzeri	12	26,7	33	73,3
$\chi^2=56,680$ p=0,000				
Medeni Durum				
Evli	163	55,3	132	44,7
Evli değil	81	65,9	42	34,1
$\chi^2=4,014$ p=0,045				
Öğrenim Durumu				
Okul bitirmemiş	27	41,5	38	58,5
İlkokul	47	38,8	74	61,2
Ortaokul/İlköğretim	54	69,2	24	30,8
Lise	47	69,1	21	30,9
Yüksekokul ve üzeri	69	80,2	17	19,8
$\chi^2=50,502$ p=0,000				

Çalışma Durumu				
İşsiz	18	72,0	7	28,0
Çalışan (işçi, memur, serbest meslek vs.)	134	66,3	68	33,7
Öğrenci	17	58,6	12	41,4
Ev hanımı	64	50,8	62	49,2
Emekli	11	30,6	25	69,4
$\chi^2=21,627$ p=0,000				
Hane Halkı Aylık Gelir				
2500 TL ve daha az	145	52,5	131	47,5
2501 TL ve üzeri	99	69,7	43	30,3
$\chi^2=11,392$ p=0,001				

*Satır Yüzdesi

Tablo 21’de katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre yetersiz beslendiğini düşünme durumu sunulmuştur.

15-24 yaş arasındaki katılımcıların %67,5’i, 25-34 yaş arasındakilerin %80,2’si, 35-44 yaş arasındakilerin %62,3’ü, 45-54 yaş arasındakilerin %43,5’i, 55-64 yaş arasındakilerin %40,7’si, 65 yaş ve üzerindeki %26,7’i yetersiz beslendiklerini belirtmişlerdir. Yaşa göre yetersiz beslendiklerini düşünme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Erkeklerin %54,4’ü, kadınların %62,7’si yetersiz beslendiklerini söylemişlerdir. Cinsiyete göre yetersiz beslendiğini düşünme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,085$).

Evlilerin %55,3’ü, evli olmayanların %65,9’u yetersiz beslendiklerini düşünmektedir. Medeni duruma göre yetersiz beslendiğini düşünme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,045$).

Okul bitirmemişlerin %41,5’i, ilkokul mezunu olanların %38,8’i, ortaokul mezunu olanların %69,2’si, lise mezunu olanların %69,1’i, yüksekokul/üniversite ve yüksek lisans/doktora

mezunlarının %80,2'si yetersiz beslendiklerini belirtmişlerdir. Öğrenim durumuna göre yetersiz beslendiğini düşünme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,001$). Fark okul bitirmemiş ve ilkokul mezunu olan katılımcılardan kaynaklanmaktadır.

İşsizlerin %72,0'ı, çalışanların %66,3'ü, öğrencilerin %58,6'sı, ev hanımlarının %50,8'i, emeklilerin %30,6'sı ve yetersiz beslendiklerini söylemişlerdir. Çalışma durumuna göre yetersiz beslendiğini düşünme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Fark emeklilerden ve ev hanımlarından kaynaklanmaktadır.

Hane halkı aylık geliri 2500 TL ve daha az olanların %52,5'i, 2501 TL ve üzerinde olanların %69,7'si yetersiz beslendiklerini söylemişlerdir. Hane halkı aylık gelirine göre yetersiz beslendiğini düşünme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,001$).

Tablo 22. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Yemeklerin Tadına Bakmadan Tuz Ekleme Durumları, Ağaçören. 2016.

	Yemeklere Tadına Bakmadan Tuz Ekleme Durumu			
	Hayır		Evet	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cinsiyet				
Erkek	149	68,7	68	31,3
Kadın	146	72,6	55	27,4
$\chi^2=0,793$ $p=0,373$				
Yaş				
15-24	54	67,5	26	32,5
25-34	77	69,4	34	30,6
35-44	39	63,9	22	36,1
45-54	49	79,0	13	21,0
55-64	45	76,3	14	23,7
65 ve üzeri	31	68,9	14	31,1
$\chi^2=4,856$ $p=0,434$				

Medeni Durum				
Evli	213	72,2	82	27,8
Evli değil	82	66,7	41	33,3
$\chi^2=1,281$ p=0,258				
Öğrenim Durumu				
Okul bitirmemiş	46	70,8	19	29,2
İlkokul	95	78,5	26	21,5
Ortaokul/İlköğretim	43	55,1	35	44,9
Lise	52	76,5	16	23,5
Yüksekokul ve üzeri	59	68,6	27	31,4
$\chi^2=13,933$ p=0,008				
Çalışma Durumu				
Öğrenci	23	79,3	6	20,7
Ev hanımı	94	74,6	32	25,6
Çalışan (işçi, memur, serbest meslek vs.)	143	70,8	59	29,2
Emekli	22	61,1	14	38,9
İşsiz	13	52,0	12	48,0
$\chi^2=7,761$ p=0,101				
Hane Halkı Aylık Gelir				
2500 TL ve daha az	196	71,0	80	29,0
2501 TL ve üzeri	99	69,7	43	30,3
$\chi^2=0,076$ p=0,783				

*Satır Yüzdesi

Tablo 22’de katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre yemeklere tadına bakmadan tuz ekleme durumları sunulmuştur.

15-24 yaş arasındaki katılımcıların %32,5’i, 25-34 yaş arasındakilerin %30,6’sı, 35-44 yaş arasındakilerin %36,1’i, 45-54 yaş arasındakilerin %21,0’ı, 55-64 yaş arasındakilerin %23,7’si, 65 yaş ve üzerindekiilerin %31,1’i yemeklere tadına bakmadan tuz eklediklerini belirtmişlerdir. Yaş gruplarına göre yemeklere tadına bakmadan tuz ekleme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,434).

Erkeklerin %31,3'ü, kadınların %27,4'ü yemeklere tadına bakmadan tuz eklediklerini söylemişlerdir. Cinsiyete göre yemeklere tadına bakmadan tuz ekleme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,373$).

Evlilerin %27,8'i, evli olmayanların %33,3'ü yemeklere tadına bakmadan tuz eklediklerini belirtmişlerdir. Medeni duruma göre yemeklere tadına bakmadan tuz ekleme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,258$).

Okul bitirmemişlerin %29,2'si, ilkokul mezunu olanların %21,5'i, ortaokul mezunu olanların %44,9'u, lise mezunu olanların %23,5'i, yüksekokul/üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunlarının %31,4'ü yemeklere tadına bakmadan tuz eklediklerini belirtmişlerdir. Öğrenim durumuna göre yemeklere tadına bakmadan tuz ekleme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,008$). Fark ortaokul mezunu olanlardan kaynaklanmaktadır.

Öğrencilerin %20,7'si, ev hanımlarının %25,6'sı, çalışanların %29,2'si, emeklilerin %38,9'u, ve işsizlerin %48,0'ı yemeklere tadına bakmadan tuz eklediklerini söylemişlerdir. Çalışma durumuna göre yemeklere tadına bakmadan tuz ekleme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,101$).

Hane halkı aylık geliri 2500 TL ve daha az olan katılımcıların %29,0'ı, 2501 TL ve üzerinde olanların %30,3'ü yemeklere tadına bakmadan tuz eklediklerini söylemişlerdir. Hane halkı aylık gelirine göre yemeklere tadına bakmadan tuz ekleme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,783$).

Tablo 23. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ana Öğün Atlama Durumları, Ağaçören. 2016.

		Ana Öğün Atlama Durumu			
		Atlıyor		Atlamıyor	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cinsiyet					
Erkek		140	64,5	77	35,5
Kadın		127	63,2	74	36,8
$\chi^2=0,080$ p=0,777					
Yaş					
15-24		57	71,3	23	28,7
25-34		79	71,2	32	28,8
35-44		37	60,7	24	39,3
45-54		32	51,6	30	48,4
55-64		34	57,6	25	42,4
65 ve üzeri		28	62,2	17	37,8
$\chi^2=9,812$ p=0,081					
Medeni Durum					
Evli		182	61,7	113	38,3
Evli değil		85	69,1	38	30,9
$\chi^2=2,066$ p=0,151					
Öğrenim Durumu					
Okul bitirmemiş		36	55,4	29	44,6
İlkokul		69	57,0	52	43,0
Ortaokul/İlköğretim		49	62,8	29	37,2
Lise		52	76,5	16	23,5
Yüksekokul ve üzeri		61	70,9	25	29,1
$\chi^2=11,059$ p=0,026					

Çalışma Durumu				
Öğrenci	20	69,0	9	31,0
Çalışan (işçi, memur, serbest meslek vs.)	135	66,8	67	33,2
İşsiz	16	64,0	9	36,0
Emekli	22	61,1	14	38,9
Ev hanımı	74	58,7	52	41,3
$\chi^2=2,656$ $p=0,617$				
Hane Halkı Aylık Gelir				
2500 TL ve daha az	172	62,3	104	37,7
2501 TL ve üzeri	95	66,9	47	33,1
$\chi^2=0,356$ $p=0,853$				

*Satır Yüzdesi

Tablo 23’de katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre ana öğün atlama durumları sunulmuştur.

15-24 yaş arasındaki katılımcıların %71,3’ü, 25-34 yaş arasındakilerin %71,2’si, 35-44 yaş arasındakilerin %60,7’si, 45-54 yaş arasındakilerin %51,6’sı, 55-64 yaş arasındakilerin %57,6’sı, 65 yaş ve üzerindeki %62,2’si ana öğün atladıklarını belirtmişlerdir. Yaşa göre ana öğün atlama durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,081$).

Erkeklerin %64,5’i, kadınların %63,2’si ana öğün atladıklarını söylemişlerdir. Cinsiyete göre ana öğün atlama durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,777$).

Evlilerin %61,7’si, evli olmayanların %69,1’i ana öğün atladıklarını belirtmişlerdir. Medeni duruma göre ana öğün atlama açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,151$).

Okul bitirmemişlerin %55,4’ü, ilkokul mezunlarının %57,0’ı, ortaokul mezunlarının %62,8’si, lise mezunlarının %76,5’i, yüksekokul ve üzeri eğitim kurumu mezunlarının %70,9’u ana öğün atladıklarını belirtmişlerdir. Öğrenim durumuna göre ana öğün atlama durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,026$). Fark lise ve üzeri eğitime sahip olanlardan kaynaklanmaktadır.

Öğrencilerin %69,0'ı, çalışanların %66,8'i, emeklilerin %61,1'i, işsizlerin %64,0'ı ve ev hanımlarının %58,7'si ana öğün atladıklarını söylemişlerdir. Çalışma durumuna göre ana öğün atlama durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,617).

Hane halkı aylık geliri 2500 TL ve daha az olan katılımcıların %62,3'ü, 2501 TL ve üzerinde olanların %66,9'u ana öğün atladıklarını söylemişlerdir. Hane halkı aylık gelirine göre ana öğün atlama durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,853).

Tablo 24. Araştırmaya Katılan Bireylerin Fiziksel Aktiviteyle İlgili Özelliklerinin Dağılımı, Ağaçören, 2016.

	Sayı	Yüzde
Fiziksel Aktivite (n=418)		
İnaktif	224	53,6
Minimal aktif	184	44,0
Çok aktif	10	2,4

*Sütun Yüzdesi

Tablo 24'te araştırmaya katılan bireylerin fiziksel aktiviteyle ilgili özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Fiziksel aktivite düzeylerine göre; araştırmaya katılanların %53,6'sının inaktif, %44,0'ının minimal aktif, %2,4'ünün çok aktif olduğu görülmektedir.

Tablo 25. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Durumlarına Göre Bir Yıl Öncesiyle Karşılaştırmalı Sağlık Algıları, Ağaçören, 2016.

	Bir Yıl Öncesiyle Karşılaştırmalı Sağlık Algısı			
	Daha İyi		Daha Kötü	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel Aktivite Durumu				
Aktif	48	48,5	51	51,5
İnaktif	31	30,7	70	69,3
$\chi^2=6,622$ p=0,010				

*Satır Yüzdesi

Tablo 25’te katılımcıların fiziksel aktivite durumlarına göre bir yıl öncesiyle karşılaştırmalı sağlık algıları sunulmuştur.

Fiziksel aktivite açısından aktif olan katılımcıların %48,5’i sağlıklarının bir yıl öncesinden daha iyi olduğunu söylerken, inaktif olan katılımcılarda aynı sıklık %30,7 olmuştur.

Fiziksel aktivite açısından aktif olan katılımcıların %51,5’i sağlıklarının bir yıl öncesinden daha kötü olduğunu belirtirken, inaktif olan katılımcılarda aynı sıklık %69,3 olmuştur.

Fiziksel aktivite durumuna göre bir yıl öncesiyle karşılaştırmalı sağlık algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,010$).

Tablo 26. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Fiziksel Aktivite Durumları, Ağaçören. 2016.

	Fiziksel Aktivite Durumu			
	İnaktif		Aktif	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cinsiyet				
Erkek	108	49,8	109	50,2
Kadın	116	57,7	85	42,3
$\chi^2=2,646$ $p=0,104$				
Yaş				
15-24	44	55,0	36	45,0
25-34	80	72,1	31	27,9
35-44	26	42,6	35	57,4
45-54	20	32,3	42	67,7
55-64	26	44,1	33	55,9
65 ve üzeri	28	62,2	17	37,8
$\chi^2=33,102$ $p=0,000$				

Medeni Durum				
Evli	153	51,9	142	48,1
Evli değil	71	57,7	52	42,3
$\chi^2=1,198$ $p=0,274$				
Öğrenim Durumu				
Okul bitirmemiş	36	55,4	29	44,6
İlkokul	52	43,0	69	57,0
Ortaokul/İlköğretim	36	46,2	42	53,8
Lise	35	51,5	33	48,5
Yüksekokul ve üzeri	65	75,6	21	24,4
$\chi^2=24,146$ $p=0,000$				
Çalışma Durumu				
İşsiz	17	68,0	8	32,0
Çalışan (işçi, memur, serbest meslek vs.)	109	54,0	93	46,0
Ev hanımı	67	53,2	59	46,8
Öğrenci	14	48,3	15	51,7
Emekli	17	47,2	19	52,8
$\chi^2=3,023$ $p=0,554$				
Hane Halkı Aylık Gelir				
2500 TL ve daha az	135	48,9	141	51,1
2501 TL ve üzeri	89	62,7	53	37,3
$\chi^2=7,141$ $p=0,008$				

*Satır Yüzdesi

Tablo 26’da katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre fiziksel aktivite durumları sunulmuştur.

15-24 yaş arasındaki katılımcıların %45,0’ı, 25-34 yaş arasındakilerin %27,9’u, 35-44 yaş arasındakilerin %57,4’ü, 45-54 yaş arasındakilerin %67,7’si, 55-64 yaş arasındakilerin %55,9’u, 65 yaş ve üzerindeki %37,8’i fiziksel olarak aktiftirler. Yaş gruplarına göre fiziksel aktivite durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Erkeklerin %50,2'si, kadınların %42,3'ü fiziksel olarak aktiftirler. Cinsiyete göre fiziksel aktivite durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,104$).

Evlilerin %48,1'i, evli olmayanların %42,3'ü fiziksel olarak aktiftirler. Medeni duruma göre fiziksel aktivite durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,274$).

Okul bitirmemişlerin %44,6'sı, ilkokul mezunu olanların %57,0'si, ortaokul/ilköğretim mezunu olanların %53,8'si, lise mezunu olanların %48,5'i, yüksekokul/üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunlarının %24,4'ü fiziksel olarak aktiftirler. Öğrenim durumuna göre fiziksel aktivite durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Fark yüksekokul ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanlardan kaynaklanmaktadır.

İşsizlerin %32,0'ı, çalışanların %46,0'ı, ev hanımlarının %46,8'i, öğrencilerin %51,7'si ve emeklilerin %52,8'i fiziksel olarak aktiftirler. Çalışma durumuna göre fiziksel aktivite durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,554$).

Hane halkı aylık geliri 2500 TL ve daha az olan katılımcıların %51,1'i, 2501 TL ve üzerinde olanların %37,3'ü fiziksel olarak aktiftirler. Hane halkı aylık gelirine göre fiziksel aktivite durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,008$).

Tablo 27. Araştırmaya Katılan Bireylerin Uyku Düzenleriyle İlgili Özelliklerinin Dağılımı, Ağaçören, 2016.

	Sayı	Yüzde
Uyku Düzeni (n=415)		
Çok düzensiz	36	8,7
Düzensiz	70	16,9
Bazen düzenli, bazen düzensiz	124	29,9
Düzenli	158	38,0
Çok düzenli	27	6,5

*Sütun Yüzdesi

Tablo 27’de araştırmaya katılan bireylerin uyku düzenleriyle ilgili özelliklerinin dağılımlı sunulmuştur.

Katılımcılara uyku düzenlerinin nasıl olduğu sorulduğuunda; %38,0’ı düzenli, %29,9’u bazen düzenli, bazen düzensiz; %16,9’u düzensiz; %8,7’si çok düzensiz; %6,5’i çok düzenli şeklinde cevap vermiştir.



5.TARTIŞMA

Araştırmamızda incelenenlerin yaş ortalaması $40,80 \pm 16,65$ şeklindedir. İncelenenlerin %26,6'sı 25-34 yaş arası, %10,8'si ise 65 yaş ve üzeridir. 2011 yılında yapılan Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması'nda, görüşülenlerin yaş ortalaması $43,90 \pm 16,90$ olarak bulunmuştur. İncelenenlerin çoğunluğunu %20,8 ile 25-34 yaş grubundaki kişiler meydana getirmiş, 65 yaş ve üzeridekiler %12,4'lik sıklığa sahip olmuştur ²⁶³. 2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda, görüşülen kişilerin yaş ortalaması erkeklerde $40,9 \pm 17,0$, kadınlarda $41,3 \pm 17,2$ 'dir. Araştırma grubunun %17,3'ünü 25-34 yaş grubundakiler, %7,0'ını 65 yaş ve üzeridekiler oluşturmaktadır ³³. Çalışmamız ile yapılan diğer araştırmaların sonuçları arasında uyum olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların %70,6'sı evli, %23,2'si bekârdır. 2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda araştırmaya katılanların %69,4'ü evli, %22,0'ı hiç evlenmemiştir ³³. 2011 yılında yapılan Nüfus ve Konut Araştırması çalışmasının sonuçlarına göre Türkiye'de 15 ve daha yukarı yaştaki nüfusun %65,1'inin evli olduğu, hiç evlenmeyenlerin nüfusun %26,9'unu oluşturduğu görülmektedir ²⁶⁴. Bu bulguların çalışmamızdaki bulgularla benzer olduğu görülmüştür

Araştırmaya katılanların %15,6'sı okul bitirmemiştir; %28,9'u ilkokul, %18,7'si ortaokul, %36,9'u ise lise ve daha üzeri bir eğitim kurumundan mezun olmuştur. 2015 yılı Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre katılımcıların %10,3'ü okul bitirmemiştir; %25,4'ü ilkokul, %26,6'sı ortaokul, %37,7'si lise ve daha üzeri bir eğitim kurumundan mezun olmuştur ²⁶⁵. 2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda araştırmaya katılanların %16,6'sı okul bitirmemiştir; %39,1'i ilkokul, %16,4'ü ortaokul, %27,9'si lise ve daha üzeri bir eğitim kurumundan mezun olmuştur ³³. Sonuçlar arasında uyum olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamıza göre hane halkı büyüklüklerinin ortalaması 3,6 şeklindedir. 2014 yılında Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları'na göre ortalama hane halkı büyüklüğü 3,6 kişidir ²⁶⁶. 2013 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda, kentsel alanlarda ortalama hane halkı büyüklüğü 3,6 kişi olarak bulunmuştur ²⁶⁷. 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre ise hane başına ortalama 3,8 kişi düşmektedir ⁸². Yapılan araştırmalardaki bulguların çalışmamızdakilerle benzer olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda erkeklerin boy uzunluğu ortalaması 171,7 cm olarak tespit edilmiştir, bu değer kadınlarda 158,4 cm'dir. 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, erkeklerde ortalama boy uzunluğu 170,9, kadınlarda ise 156,8'dir ⁸². 2012 yılında yapılan Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan Sağlık Araştırması'nda, boy uzunluğu ortalaması erkeklerde 173,1 cm, kadınlarda 161,8 cm olarak bulunmuştur ²⁶⁸. Çalışmamızdaki boy uzunluğu ortalaması değerlerinin Türkiye rakamlarını yansıttığı düşünülmüştür.

Vücut ağırlığı ortalaması, araştırmamıza katılan erkeklerde 80,8 kg, kadınlarda ise 71,5 kg olarak hesaplanmıştır. 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, Türkiye genelinde erkeklerde ortalama vücut ağırlığı 77,2 kg, kadınlarda ise 70,9 kg'dır ⁸². 2012 yılında Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan Sağlık Araştırması'nda vücut ağırlığı ortalaması erkeklerde 76,7 kg, kadınlarda aynı değer 67,8 kg'dır ²⁶⁸. Çalışmamızdaki vücut ağırlığı ortalaması değerlerinin Türkiye rakamlarının hafif üzerinde olduğu görülmüştür. Aradaki farkın, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'ndaki sonuçların 12 yaş ve üzerindeki bireylere ait olması ile Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan Sağlık Araştırması'ndaki sonuçların beyana dayalı olarak elde edilmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda vücut kitle indeksi ortalaması erkeklerde 27,5 kg/m², kadınlarda 28,7 kg/m² olarak hesaplanmıştır. 2003 ve 2012 yılında gerçekleştirilen Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmaları'nda erkeklerin vücut kitle indeksi ortalaması sırasıyla 25,5 kg/m² ve 26,7 kg/m², kadınların vücut kitle indeksi ortalaması ise sırasıyla 27,7 kg/m² ve 28,1 kg/m²'dir ⁷. 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'nda bireylerin vücut kitle indeksi ortalaması erkeklerde 26,4 kg/m², kadınlarda ise 28,9 kg/m² bulunmuştur ⁸². 2001 yılında Hollanda'da yapılan bir çalışmada ölçülen boy ve ağırlıklarına göre hesaplanan vücut kitle indeksi ortalaması erkeklerde 25,4 kg/m², kadınlarda 24,5 kg/m² olarak bulunmuştur ²⁶⁹. 2014 yılı verilerine göre Dünya çapında vücut kitle indeksi ortalaması erkeklerde 24,2 kg/m², kadınlarda 24,4 kg/m² olarak bulunmuştur ²⁷⁰. Elde ettiğimiz sonuçların Türkiye verileriyle uyumlu, yurt dışındaki araştırmaların sonuçlarından farklı olduğu görülmüştür. Toplumumuzda her iki cinsiyette vücut kitle indeksi ortalamaları yüksek seyretmekle beraber, kadınlardaki değerlerin erkeklerdekilere göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırmamıza katılanların %31,3'ünün zayıf veya normal, %34,9'unun fazla kilolu ve %33,8'inin obez kategorisine girdiği görülmüştür. 2011 yılında yapılan Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması'nda yapılan değerlendirmede; görüşülenlerin %43,3'ünün zayıf veya normal, %33,3'ünün fazla kilolu ve %23,4'ünün obez olduğu görülmüştür ²⁶³. 2009 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada katılımcıların vücut kitle indeksi sınıflamasına göre %33,1'i zayıf veya normal, %32,1'i fazla kilolu ve %34,8'i obez bulunmuştur ²⁷¹. 2002 yılında İspanya'da yapılan bir çalışmada fazla kilolu veya obez olanların sıklığı %48,6'dır ²⁷². Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması'nın verilerinin bireylerin ifadelerine bağlı olarak elde edilmesi, çalışmamız ile arasındaki farkın nedeni olarak düşünülmüştür. Çalışmamızın sonuçları yurt dışındakilerle karşılaştırıldığında, vücut kitle indeksi sınıflamasına göre yetişkin bireylerde fazla kiloluluk ve şişmanlık sorununun önemli boyutlarda olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda bireylerin vücut kitle indeksinin cinsiyetlere göre dağılımlarına bakıldığında; erkeklerin %67,3'ünün, kadınların ise %70,1'inin fazla kilolu veya obez kategorisine girdiği anlaşılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 yılı verilerine göre Türkiye'de erkeklerin %59,7'si, kadınların ise %64,1'i fazla kilolu veya obezdir ²⁷³. Çalışmamızdaki erkek katılımcıların obezite sıklığı Türkiye değerlerinin üzerinde bulunmuştur. 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'nda, erkeklerin %59,6'sının, kadınların ise %70,7'sinin fazla kilolu ve obez kategorisine girdiği saptanmıştır ⁸². 2006 yılında Afyonkarahisar'da yapılan bir çalışmada fazla kilolu ve obez olanların sıklığı erkeklerde %59,5, kadınlarda %73,6 olarak bulunmuştur ²⁷⁴. Araştırmamızın sonuçlarına göre erkeklerdeki fazla kiloluluk ve obezite sıklığı literatürdeki değerlerden yüksek bulunmuştur. Ağaçören ilçesinde yaşayan erkek nüfusun fiziksel açıdan inaktif durumda bulunması ve sedanter yaşam davranışlarının fazla olması bu durumun nedeni olarak düşünülmüştür.

Çalışmamızın sonuçlarına göre okul bitirmemişlerin %66,2'si, yüksekokul/üniversite ve üzeri eğitimi olanların ise %12,8'i obezdir. 2011 yılında yapılan Türkiye Beden Algısı Araştırması'nda obezite sıklığının okuryazar olmayan katılımcılarda %32,3 ile en yüksek, yüksekokul/üniversite mezunlarında %10,3 ile en düşük olduğu saptanmıştır. İki araştırmada da eğitim düzeyi yükseldikçe obezite görülme sıklığının düştüğü görülmüştür. Eğitim düzeyi yüksek bireylerin sağlık konusunda daha bilinçli davrandıkları düşünülmüştür ²⁶³.

Araştırmamızdaki 15-24 yaş arasındaki katılımcıların %6,2'si, 65 yaş ve üzerindekiilerin %62,2'si obezdirler. Yaş yükseldikçe obezite görülme sıklığının arttığı görülmüştür. Yaş ilerledikçe bazal metabolizma hızının yavaşlaması sonucu kilo vermenin zorlaşması ve fiziksel aktivitelerin kısıtlanması söz konusu durumun nedenleri olabilir.

Katılımcılardan hane halkı aylık geliri 2500 TL ve daha az olanların %40,6'sı, 2501 TL ve üzerinde olanların %20,4'ü obezdirler. Gelir düzeyi arttıkça obezite prevalansının düştüğü görülmüştür. Bu durumun beslenme alışkanlıklarıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların sistolik kan basıncı erkeklerde $131,7 \pm 19,5$ mmHg, kadınlarda $126,8 \pm 22,7$ mmHg olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılanların diyastolik kan basıncı ortalaması erkeklerde $75,5 \pm 11,2$ mmHg, kadınlarda $72,5 \pm 12,5$ mmHg şeklinde bulunmuştur. 2008 yılında yapılan Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması'nda. ortalama sistolik kan basıncı erkeklerde $134,1 \pm 17,0$ mmHg, kadınlarda $133,6 \pm 19,5$ mmHg; ortalama diyastolik kan basıncı erkeklerde $82,7 \pm 11,9$ mmHg, kadınlarda $81,6 \pm 13,3$ mmHg olmuştur ²⁷⁵. 2003 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'nda ortalama sistolik kan basıncı erkeklerde $126,2 \pm 17,4$ mmHg, kadınlarda $129,8 \pm 24,2$ mmHg; ortalama diyastolik kan basıncı erkeklerde $80,8 \pm 11,0$ mmHg, kadınlarda $82,0 \pm 14,3$ mmHg olmuştur ²⁷⁶. 2007-2009 yılları arasında İzmir'de yapılan bir araştırmada ortalama sistolik kan basıncı erkeklerde $123,9 \pm 19,6$ mmHg, kadınlarda $121,1 \pm 21,5$ mmHg; ortalama diyastolik kan basıncı erkeklerde $79,1 \pm 10,4$ mmHg, kadınlarda $77,9 \pm 10,8$ mmHg olmuştur ²⁷⁷. Yapılmış olan çalışmalarda sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalamaları farklılıklar arz etmektedir. Bu durumun değişik ölçüm tekniklerinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda hipertansiyon sıklığı %33,0 olarak hesaplanmıştır. 2003 ve 2012 yıllarında yapılmış olan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmaları'nda, toplam nüfusta hipertansiyon prevalansı sırasıyla %31,8 ve %30,3 olarak bulunmuştur ⁷. 2010 yılında yapılan Türkiye Diyabet Prevalans Çalışması'na göre, hipertansiyon sıklığı %31,3'tür ¹². 2006 yılında yapılan Türkiye Metabolik Sendrom Taraması'nın kan basıncı sonuçlarında hipertansiyon sıklığı %35,9 olarak tespit edilmiştir ²⁷⁸. 2007 yılında Kocaeli'de yapılan bir çalışmada hipertansiyon prevalansı %33,6 olarak hesaplanmıştır. Dünya Sağlık İstatistikleri'nde hipertansiyon sıklığı Tacikistan'da %27,2, Irak'ta %27,9, Liberya'da %31,5 olarak belirtilmiştir ²⁸⁰. Amerika

Birleşik Devletleri için 2007-2010 yılları arasını yansıtan verilere göre nüfusun %33,0'ı hipertansiftir ²⁸¹. Bu verilerin ışığında çalışmamızın sonuçlarının Türkiye'de yapılmış diğer çalışmalarla benzerlik taşıdığı anlaşılmıştır.

Çalışmamızda kan basıncı yüksekliği tespit edilenlerin %57,1'i bu durumun farkındadır. 2003 ve 2012 yıllarında yapılmış olan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmaları'nda kan basıncı yüksekliğinin farkında olma sıklığı sırasıyla %40,7 ve %54,7 olmuştur ⁷. Toplumunu oluşturan bireyler, hipertansiyonun farkına varılmaması nedeniyle önlenabilir birçok hastalık açısından artmış riske sahip olabilmektedir. Araştırmamızdaki hipertansiyon farkındalığı diğer çalışmalardakilerden yüksek olmakla beraber henüz istenilen düzeyde farkındalık olduğunu söylemek mümkün değildir.

Araştırmamızda hipertansiyon ilacı kullananların %45,8'inin kan basıncı kontrol altındadır. 2012 yılında yapılmış olan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'nda kan basıncı yüksekliğinin farkında olan ve ilaç tedavisi kullananlarda kontrol sıklığı %53,9 olarak tespit edilmiştir ⁷. 2007-2009 yılları arasında İzmir'de yapılan bir araştırmada hipertansiyon varlığının farkında olan bireylerin %49,6'sının kan basıncı kontrol altında bulunmaktadır ²⁷⁷. 2013 yılında Amerika'da yayınlanan bir rapora göre, tedavi edilenlerin %48,0'ının kan basıncı değerleri kontrol altına alınmaktadır. Günümüzde hipertansiyona yönelik uygun yaşam biçimi ve tedavi olanaklarının bilinmesine karşın, kontrolü istenen düzeyde değildir ²⁸². Araştırmamızdaki kan basıncı kontrol sıklığının Türkiye'de yapılan diğer araştırmalarinkilerden düşük olmasının, çalışma grubumuzdaki bireylerin tedaviye uyum konusundaki eksikliklerinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bizim çalışmamızda 15-24 yaş arasındaki katılımcıların %7,5'i, 55-64 yaş arasındakilerin %62,7'si, 65 yaş ve üzerindekiilerin %86,7'si hipertansiftirler. Yaş yükseldikçe hipertansiyon görülme sıklığının arttığı görülmüştür. 2003 ve 2012 yıllarında yapılmış olan Türk

Hipertansiyon Prevalans Çalışmaları'nda hipertansiyon sıklığı 18-29 yaş grubundakilerde sırasıyla %11,8 ve %5,0 iken 60-69 yaş grubundakilerde sırasıyla %70,0 ve %67,9 olarak saptanmıştır ⁷. Hipertansiyonun genellikle 35 yaş üzerinde ortaya çıkan bir hastalık olduğu bilinmektedir. Çalışmamızın sonuçları literatüre uygundur.

Erkeklerin %31,3'i, kadınların %35,8'i hipertansiftirler. 2007-2009 yılları arasında İzmir'de yapılan bir araştırmada erkeklerin %39,5'i, kadınların %41,6'sı hipertansif olarak tespit edilmiştir ²⁷⁷. 2007 yılında yapılan Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması'na göre erkeklerin %27,5'i, kadınların %36,1'i hipertansif olarak tespit edilmiştir ²⁸³. Hipertansiyon, genç yaşlarda erkeklerde daha sık görülmekle birlikte, menopoz sonrası dönemde kadınlarda görülme sıklığı artan bir hastalıktır. Araştırmamız literatürdeki bulgularla uyumludur.

Hane halkı aylık geliri 2500 TL ve daha az olan katılımcıların %41,3'ü, 2501 TL ve üzerinde olanların %18,3'ü hipertansiftirler. Gelir düzeyi yükseldikçe hipertansiyon görülme sıklığının düştüğü görülmüştür. Hipertansiyonun ek risk faktörleri arasında yer alan şişmanlık, fiziksel hareketsizlik ve dengesiz beslenme gibi etmenlerin gelir düzeyi arttıkça daha az görülmesinin bu durumda etkili olabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların %11,7'si hekim tarafından tanısı konmuş diyabet hastalığı olduğunu ifade etmiştir. 2008 yılında yapılan Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması'nda katılımcıların diyabet öyküsü %6,5 sıklığındadır ²⁷⁵. 2007-2008 yıllarında İzmir'de yapılan bir çalışmada diyabet prevalansı %13,0'dır ²⁸⁴. 2010 yılında yapılan Türkiye Diyabet Prevalans Çalışması'nda Türkiye'de diyabet sıklığı %13,7 olarak bulunmuştur ¹². Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun 2015 yılı verilerine göre Türkiye'de diyabet prevalansı %12,5'tir. Araştırmamızın sonuçlarının güncel çalışmalarla benzer olduğu görülmüştür ²⁸⁵.

Son bir yılda daha sağlıklı olmak için herhangi bir şey yapmayan katılımcıların %27,9'u sağlıklarının bir yıl öncesinden daha iyi olduğunu söylerken, herhangi bir şey yapan

katılımcılarda aynı sıklık %52,1 olmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının beden sağlıkları üzerindeki faydalarının yanı sıra olumlu düşünebilme, stresle başa çıkabilme yeteneğini geliştirme ve yaşama karşı toleransı artırma gibi ruhsal yönden faydalarının olduğu yadsınamaz bir gerçektir.

Araştırmamızın sonuçlarına göre katılımcıların %12,0'ı son bir yıl içinde zayıflamak için diyet yaptığını veya beslenme alışkanlıklarını değiştirdiğini söylemiştir. 2010 yılında yapılan Türkiye Beden Algısı Araştırması'nda katılımcıların %17,4'ü son bir yıl içinde zayıflamak için diyet uyguladığını ifade etmiştir²⁶³. 2001 yılında Hollanda'da yapılan bir araştırmada son bir yılda kilo vermek için diyet uygulayanların sıklığı %29,6 olmuştur²⁶⁹. 2009 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada katılımcıların %51,0'ı halen diyet yaptıklarını belirtmişlerdir²⁷¹. Bizim çalışmamızla benzer veya daha az vücut kitle indeksi ortalamalarına sahip araştırmalarla karşılaştırıldığında bizim çalışmamızdaki diyet uygulama sıklığı daha düşüktür. Bu durumun sosyokültürel seviyeden kaynaklandığı tahmin edilmiştir

Araştırmamıza katılan bireylerin %59,8'i genel olarak sağlıkları için iyi veya çok iyi ifadesini kullanmıştır. 2014 yılında yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda katılımcıların %60,3'ü genel olarak sağlıklarının iyi veya çok iyi olduğunu söylemiştir²⁸⁶. 2013 yılında Çorum'da çimento fabrikasında çalışan işçiler üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada, incelenenlerin %65,1'inin genel sağlık algısı iyi veya çok iyi olarak belirlenmiştir²⁸⁷. Söz konusu veriler çalışmamızda elde edilen bulgularla uyumludur.

Katılımcılardan çalışanların %73,3'ü, işsizlerin %44,0'ı genel olarak sağlıklarının iyi olduğunu söylemişlerdir. Bu durum, işsizliğin en önemli sonuçlarından birisinin olumsuz psikolojik sağlık olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca işsizlerin genel sağlık sigortası kapsamı dışında yer almalarının sağlık algıları üzerinde olumsuz etki yaptığı tahmin edilmiştir.

Hane halkı aylık geliri 2500 TL ve daha az olanların %49,3'ü, 2501 TL ve üzerinde olanların %80,3'ü genel olarak sağlıklarının iyi olduğunu belirtmişlerdir. Kötü sağlık sonuçlarının düşük sosyoekonomik seviyede yoğunlaştığı konusunda görüşler vardır. Sosyoekonomik düzey yükseldikçe uzun ve sağlıklı bir yaşam şansının arttığı kabul edilebilir. Gelir düzeyi ile bireylerin yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin sağlık alanında da etkili olduğu düşünölmüştür.

Kronik hastalığı olan katılımcıların %38,3'ü, kronik hastalığı olmayan katılımcıların %73,2'si genel olarak sağlıklarının iyi olduğunu belirtmişlerdir. Kronik hastalıklarda genel sağlık algısının daha düşük olmasının nedeni olarak bireyin uyum kapasitesinin değişmesi, kronik hastalıkların beraberinde getirdiği tedaviler, aile ilişkilerinde bozulma ve ağrı hissetme gibi durumlarının etkili olduğu düşünölmüştür.

Araştırmamıza katılan erkeklerin %47,4'ü, kadınların ise %13,0'ı sigara içtiğini söylemiştir. Erkeklerin %17,0'ı, kadınların ise %3,5'i alkol aldığını belirtmiştir. 2012 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre erkeklerin %41,5'i kadınların ise %13,1'inin tütün ve tütün mamulü kullandığı görölmektedir ²⁸⁸. 2012 yılında yapılan Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan Sağlık Araştırması'nda erkeklerin %32,6'sının, kadınların %8,0'ının alkol kullandığı saptanmıştır ²⁶⁸. Çalışmamızdaki erkek katılımcıların sigara içme sıklıkları yüksek bulunmuştur. Bu durumun tütün kontrolü çalışmalarının uygulanmasında hâlen birtakım eksikler ve gevşeklikler olmasından kaynaklandığı düşünölmüştür. Çalışmamızda alkol kullanma sıklıklarının Türkiye rakamlarının altında kaldığı görölmüştür. İlçede yaşayanların sosyoköltürel özellikleri söz konusu bulguların nedeni olabilir.

25-34 yaş arasındakilerin %80,2'si, 55-64 yaş arasındakilerin %40,7'si, 65 yaş ve üzerindekiilerin %26,7'i yetersiz beslendiklerini belirtmişlerdir. Yaş ilerledikçe yeterli beslenme sıklığının yükseldiği görölmüştür. Bireylerin evde geçirdikleri süre ve çalışma durumu gibi faktörlerin bu durumun oluşmasında rol oynadığı tahmin edilmiştir.

Çalışmamıza katılanların %63,9'u ana öğün atladığını söylemiştir. 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre üç ana öğün tüketmeyenlerin sıklığı %32,1 olarak bulunmuştur ⁸². 2013 yılında yapılan Türkiye'de Sağlığın Geliştirilmesi Araştırması'na göre bireylerin %36,6'sı öğün atlamaktadır ²⁶⁸. 2009 yılında Lefkoşa'da yapılmış olan bir çalışmada görüşülenlerin %57,1'i her zaman veya bazen öğün atladıklarını söylemişlerdir ²⁸⁹. 2002-2003 yıllarında Ankara'da yapılmış olan bir çalışmada bireylerin %71,0'ının her zaman öğün atladığı görülmüştür ²⁹⁰. 2007 yılında Ankara'da yapılmış olan bir çalışmada katılımcıların %72,8'i her zaman veya bazen öğün atladıklarını belirtmişlerdir ²⁹¹. 2013-2014 yıllarında Samsun'da yapılmış olan bir çalışmada incelenenlerin %76,1'i her zaman veya bazen öğün atladıklarını belirtmişlerdir ²⁹². Yapılan çalışmalarda, ana öğün atlama sıklıklarında yaygın bir dağılım vardır. Söz konusu dağılımın, araştırmalar arasındaki yöntem farklılığı ve örneklem değişkenliğinden kaynaklandığı tahmin edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların %29,0'ı haftanın her günü, %16,7'si haftanın 5-6 günü meyve ve sebze tükettiğini belirtmiştir. 2013 yılında yapılan Türkiye'de Sağlığın Geliştirilmesi Araştırması'na göre, katılımcıların %44,6'sının günde bir kez taze meyve yeme sıklıklarına sahipken, %40,6'sının günde bir kez taze sebze yeme sıklıklarına sahiptir ²⁶⁸. 2013-2014 yıllarında Düzce'de yapılan bir araştırmada katılımcıların %32,2'si haftanın her günü, %12,5'i haftanın 5-6 günü meyve ve sebze tükettiğini belirtmiştir ²⁹³. Yapılan araştırmalardaki bulgular birbirine benzerdir.

Araştırmamıza katılanların %19,4'ü sabah kahvaltısının en sık atladıkları ana öğün olduğunu belirtmiştir. 2013 yılında yapılan Türkiye'de Sağlığın Geliştirilmesi Araştırması'nda kişilerin %20,4'ü kahvaltıyı atladığını ifade etmiştir ²⁶⁸. 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'nda katılımcıların %14,2'sinin sabah kahvaltısını atladıkları saptanmıştır ⁸². Bulgularımızla Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'nın sonuçları arasındaki farkın katılımcılarımızın yaş ortalamasının daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki erkeklerin %31,3'ü, kadınların ise %27,4'ü yemeklerin tadına bakmadan tuz eklediğini ifade etmiştir. 2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda, erkeklerin %20,9'unun, kadınların ise %18,1'inin yemeklerin tadına bakmadan tuz attıkları belirlenmiştir ³³. 2007-2009 yılları arasında İzmir'de yapılan bir araştırmada erkek katılımcıların %22,8'i, kadın katılımcıların %13,3'ü yemeklerin tadına bakmadan tuz eklediklerini söylemiştir ²⁷⁷. Bulgularımıza göre araştırmamıza katılanların tuz tüketimi konusunda yeterli bilince sahip olmadıklarını söylenebilir. Bu durumun kişilerin beslenme alışkanlıklarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılanların %38,5'i kendisini fazla kilolu veya şişman olarak tanımlamıştır ve %88,3'ü şişmanlığın sağlık sorunu olduğunu düşünmektedir. 2011 yılında yapılan Türkiye Beden Algısı Araştırması'nda katılımcılara obeziteyi sağlık sorunu olarak kabul edip etmedikleri sorulmuş; %85,3'ü sağlık sorunu olduğunu ifade etmiştir. Aynı çalışmada katılımcılara beden ağırlıklarını nasıl algıladıkları sorulduğunda; %37,6'sı fazla kilolu veya obez bulunduğunu belirtmiştir ²⁶³. İki çalışmanın sonuçları benzerdir.

Çalışmamızda, görüşülenlerin %40,2'si doğru beden ağırlığı algısına sahiptir. 2011 yılında yapılan Türkiye Beden Algısı Araştırması'nda katılımcıların %49,7'si doğru beden ağırlığı algısına sahiptir ²⁶³. 2010 yılında Kore'de 20-64 yaş arası kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada doğru beden ağırlığı algısının sıklığı %57,4 şeklinde hesaplanmıştır ²⁹⁴. Çalışmamızda beden ağırlığı algısındaki düşüklük göze çarpmaktadır.

Araştırmamızda katılımcılardan zayıf kategorisine girenlerin %87,5'inin, normal kategorisine girenlerin %84,6'sının, fazla kilolu kategorisine girenlerin %30,8'inin, şişman kategorisine girenlerin %8,5'inin beden algısı doğru olarak tespit edilmiştir. 2011 yılında yapılan Türkiye Beden Algısı Araştırması'nda doğru beden ağırlığı algısı zayıflarda %62,5, normal kilolularda %71,8, fazla kilolularda %38,7 olup obezlerde %25,8 ile en düşüktür ²⁶³. 2014 yılında

Ankara’da yapılan bir çalışmada kilolu olanların %38,8’i doğru beden ağırlığı algısına sahiptir ²⁹⁵. 2002 yılında İspanya’da yapılan bir çalışmada fazla kilolu veya obez olanların %73,1’i kendilerini fazla kilolu veya obez olarak algıladığını belirtmiştir ²⁷². 2008 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmaya göre fazla kilolu veya obez yetişkinlerin doğru beden ağırlığı algısı sıklığı %77,0 olarak bulunmuştur ²⁹⁶. Söz konusu bulgular Türkiye’deki beden ağırlığı algısı konusundaki sıkıntıları desteklemektedir.

15-24 yaş arasındaki katılımcıların %58,8’i, 65 yaş ve üzerindekiilerin %11,1’i doğru beden ağırlığı algısına sahiptirler. Yaş ilerledikçe doğru beden ağırlığı algısı sıklığı azalmaktadır. Bu durum yaşlılardaki obezite prevalansının fazla olması ve şişmanların daha düşük beden ağırlığı algısına sahip olmasıyla açıklanabilir.

Okul bitirmemişlerin %12,3’ü, yüksekokul/üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunlarının %65,1’i doğru beden ağırlığı algısına sahiptirler. Öğrenim seviyesi yükseldikçe beden ağırlığı algısı konusundaki bilincin de arttığı görülmüştür. Bu durum bireylerin eğitim ile sağlık arasındaki olumlu etkileşimi göstermesi bakımından önemlidir.

Araştırmamızda katılımcıların %53,6’sının inaktif olduğu görülmektedir. 2013 yılı Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Türkiye’de fiziksel inaktivite sıklığı %54,6’dır ²⁷³. 2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması’na göre boş zamanlarda yapılan aktivite açısından tüm bireylerin %54,5’i yetersiz düzeyde fiziksel aktiviteye sahiptir ³³. Çalışmamızdaki bulguların Türkiye için geçerli olan verileri yansıttığı görülmüştür.

Fiziksel aktivite açısından aktif olan katılımcıların %48,5’i sağlıklarının bir yıl öncesinden daha iyi olduğunu söylerken, inaktif olan katılımcılarda aynı sıklık %30,7 olmuştur. Fiziksel aktivitenin olumlu düşünebilme ve stresle başa çıkabilme yeteneğini geliştirmesi, birçok hastalık ve sağlık sorununa yakalanma riskini azaltması ve genel yaşam kalitesini yükseltmesinin bu sonuca yol açtığı düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan erkeklerin %21,2'si, kadınların ise %20,4'ü günde 4 saat ve üzerinde televizyon izleme süresine sahiptir. Günlük televizyon izleme sürelerinin ortalaması 2,4 saattir. 2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda erkeklerin %23,7'si, kadınların %34,9'u televizyon başında günde 4 saat ve daha fazla zaman geçirdiğini belirtmiştir ³³. Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması'na göre; günlük ortalama televizyon izleme süresine bakıldığında, katılımcıların hafta içi 3,7 saat, hafta sonu 4,4 saat televizyon izlediği görülmektedir ²⁹⁷. Çalışmamızın sonuçlarına göre özellikle kadınlar Türkiye rakamlarına göre televizyon başında daha az süre geçirmektedir. Evde olmaları halinde, aile reisi olan baba veya en büyük yetişkin erkek çocuğun izlenecek programı seçmesinin bu durumda etkili olduğu düşünülmüştür. Ayrıca ilçedeki kadınlar arasındaki sosyal ilişkilerinin iyi olması sebebiyle, kadınların televizyon izlemek yerine beraber vakit geçirmeyi tercih ettikleri düşünülmüştür.

Araştırmamızda incelenenlerin gece uykusu sürelerinin erkeklerde 7,21 saat, kadınlarda 7,09 saat olmuştur. Katılımcılara uyku düzenlerinin nasıl olduğu sorulduğunda; %44,5'i düzenli şeklinde cevap vermiştir. 2013 yılında yapılan Türkiye'de Sağlığın Geliştirilmesi Araştırması'nda ortalama uyku süresi erkeklerde 7,28 saat, kadınlarda 7,30 saattir ²⁶⁸. Mersin'de yapılan bir çalışmada katılanların %46,8'inin uyku kalitesinin iyi olduğu belirlenmiştir ²⁹⁸. Bir yetişkinin uyku ihtiyacının, 7 ile 9 saat arasında değiştiği göz önünde bulundurulursa katılımcıların genel olarak Bizim sonuçlarımız diğer çalışmalardaki bulgular ile uyumlu olmakla beraber araştırmamıza katılan kadınların uyku sürelerindeki düşüklük göze çarpmaktadır. Görüşülen kadınların çoğunluğunun ev hanımı olması yüzünden genellikle sabahları eşlerinden daha erken kalktıkları tahmin edilmiştir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $40,80 \pm 16,65$ 'tir. Katılımcıların vücut kitle indeksi ortalaması $28,05 \text{ kg/m}^2 \pm 5,38 \text{ kg/m}^2$. Sistolik kan basıncı ortalaması $129,35 \text{ mmHg} \pm 21,21 \text{ mmHg}$, diyastolik kan basıncı ortalaması $74,04 \text{ mmHg} \pm 11,92 \text{ mmHg}$ 'dır.

Katılımcıların %54,1'i son bir yıl içinde daha sağlıklı olmak için herhangi bir şey yapmadığını ifade etmiştir. Sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak için bireysel çaba sarf edilmesi mutlaka gereklidir. Daha sağlıklı bir hayatın oluşması için kamuoyunda sağlıklı yaşama bilincinin uyandırılması gerekmektedir. Bireylere sağlığını koruyup geliştirebilmek için gereksinim duyacağı bilgi ve becerinin kazandırılması lazımdır. Sağlığı tehdit eden çevresel koşulların iyi yönde değiştirilebilmesi için toplumsal dinamiklerin oluşturulması elzemdir. Halk sağlığı uzmanı hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına bu konularda herkesten daha fazla görev düşmektedir.

Araştırmaya katılanların %33,0'ında hipertansiyon hastalığı mevcuttur. Kan basıncı yüksekliği tespit edilenlerin %57,1'i bu durumun farkındadır. Çalışmamızda hipertansiyonun farkındalığı düşüktür. Sorunun erken fark edilmesi için kan basıncı ölçümleri yaygınlaştırılmalı, hipertansiyon geliştiğinde tanısının erken konulması ve tedavisinin etkin şekilde yapılması sağlanmalıdır. Toplumda hipertansiyon farkındalığını artırmak ve hastalığı kontrol altına almak için, sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların kan basıncı ölçümlerinin sorgulanması, duruma göre hastaların kan basıncı ölçümlerinin yapılması ve yükseklik saptananlara danışmanlık verilmesi önem az etmektedir.

Çalışmamızda hipertansiyon ilacı kullananların %45,8'inin kan basıncı kontrol altındadır. Kan basıncı kontrolü istenilen seviyede değildir. Hipertansiyon tedavisinde hedef, kan basıncının normal değerlere çekilmesi ve kan basıncı yüksekliğine bağlı organ hasarlarının azaltılmasıdır. Hipertansiyonda ilaç tedavisi dışında da yapılacak şeyler olduğu ve yaşam tarzı

değişikliğinin hipertansiyonu kontrol altına aldığı kişilere daha iyi anlatılmalıdır. Hipertansiyon tedavisinin ömür boyu sürdüğü, bu nedenle ilaçların sürekli olarak kullanılması zorunluluğu ve ilaca bağlı bir yan etki geliştiğinde doktora danışarak değiştirilmesi gerektiği konusunda toplumda yeterli bilinç oluşturulmalıdır.

Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık %68,7'si fazla kilolu ve şişman kategorisinde çıkmış iken, %38,5'i kendisini fazla kilolu ya da şişman görmektedir. Görüşülenlerin sadece %40,2'si doğru beden ağırlığı algısına sahiptir. Obezite ile mücadelede beden ağırlığı farkındalığının önemi düşünüldüğünde, toplumda obeziteye karşı bilinçlenmenin bir an önce başlaması ve önlemlerin alınması gerektiğini ortaya çıkmaktadır. Halk sağlığı çalışanları, sağlık hizmeti sundukları nüfusta tüm bireyleri obezite ve risk faktörleri açısından değerlendirmelidir. Obezitenin önüne geçmek için toplumda sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırmak amacıyla olanaklar sağlanmalıdır.

Katılımcıların %30,9'u sigara içmektedir. Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin, özellikle hekimlerin sigarayla mücadelede çok etkin yerlerinin oldukları bilinmektedir. Sigara içiminin önlenmesinde, sigara içenlerin saptanmasında, değerlendirilmesinde ve tedavisinde birinci basamak anahtar rol oynamaktadır. Dumansız hava sahası politikalarının doğru uygulanabilmesinde halk sağlığı uzmanı hekimlerin önemi büyüktür. Sigara tüketiminin azaltılabilmesi için, sigara bırakma yönünde teşviklerin bireysel ve toplumsal olarak sağlanması gereklidir. Bu yapılanma için en uygun olan da aile hekimlerinin sigara bırakma konusunda danışmanlık yapabilecekleri koşulların var olmasıdır.

Araştırmaya katılanların %53,6'sının inaktif olduğu görülmektedir. Pek çok kronik hastalığın risk faktörlerinden biri olan fiziksel inaktivite ile etkili mücadele edilmelidir. Bunun için okullarda müfredata fiziksel aktivite konulu programlar eklenmelidir. Fiziksel aktivite için destekleyici çevreler oluşturulmalıdır. Bu konuda merkezi ve yerel yönetimlere önemli

sorumluluklar düşmektedir. Şehir planlaması yapılırken fizik aktivite için uygun olup olmadığına dikkat edilmelidir. Sağlık sektörü fiziksel aktivite konusunda liderlik ve yöneticilik rolünü üstlenmelidir. Doğru ortaklıkları güçlendirerek gerçekleştirilecek faaliyetleri etkin bir şekilde ileri taşınmalıdır.

Çalışmamızda katılımcıların %63,9'unun ana öğün atlادıkları görülmüştür. En sık atlanan ana öğün öğle yemeğidir. Katılımcıların %22,1'i et ürünlerini, %20,8'i ise meyve ve sebze yi yetersiz tükettiğini söylemiştir. Öğün atlama günümüzde sık rastlanan ve bireyin sağlıklı beslenmesini engelleyen kötü beslenme alışkanlıklarından biridir. Beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi konusunda hem bireylere hem de topluma görevler düşmektedir. Öncelikle etkin ve sürekli verilecek beslenme eğitimi ile bireylerin beslenme davranışlarındaki yanlışlar giderilmelidir. Bununla birlikte, yetersiz beslenmek mecburiyetinde kalan aylık geliri düşük bireylere ihtiyaç duydukları sosyal destek verilmelidir.

Hipertansiyonu olan katılımcıların %23,6'sı yemeklere tadına bakmadan tuz eklediklerini belirtmişlerdir. Hipertansiyon saptanan bireylerde mutlaka tuz alımının azaltılması gerektiğinin hastalara izah edilmesi lazımdır. Tuz kısıtlamasının hipertansiyonla mücadelede önemli bir hedef olması gerektiği unutulmamalıdır. Bu doğrultuda aile hekimliği ve toplum sağlığı merkezlerinde yürütölen uygulamalarda tuz tüketiminin azaltılması konularına daha çok yer verilmelidir. Okul, kreş, işyerleri, spor merkezleri, yaşlı bakım evleri ve yaygın eğitim kurslarında tuz tüketiminin azaltılmasına yönelik bilgilendirme eğitimleri verilmelidir. Taze meyve ve sebze tüketimini artırmaya yönelik faaliyetler yapılmalıdır.

7.KAYNAKLAR

1. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Türkiye’de Halk Sağlığı Uzmanları İçin İnsan Gücü Planlaması, s:2, 2014.
2. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi, Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, s:9, 2013.
3. World Health Organization, The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life, s:11-161, 2002.
4. World Health Organization, Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks, s:9-10, 2009.
5. Danaei G, Finucane M M et al. National, Regional, and Global Trends in Systolic Blood Pressure Since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Surveys and Epidemiological Studies with 786 Country-Years and 5,4 Million Participants. The Lancet, 377, s:568-577, 2011.
6. Gaziano T A, Bitton A et al. The Global Cost of Nonoptimal Blood Pressure, Journal of Hypertension, 27, s:1472-1477, 2009.
7. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Hipertansiyon Prevalans Araştırması PatenT2 2012. Erişim tarihi: 10 Eylül 2016 http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php
8. Refik Saydam Hıfızısıhha Merkezi Başkanlığı, Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması 2004, s:33, 2006.
9. World Health Organization, Obesity and Overweight, Erişim tarihi: 10 Eylül 2016 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
10. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, s:11-17, 2016.
11. James W P T, Jackson-Leach R et al, Overweight and Obesity (High Body Mass Index), Comparative Quantification of Health Risks, s:497-596, 2004.
12. Satman İ, TURDEP II sonuçları, Erişim tarihi: 10 Eylül 2016 http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf
13. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele El Kitabı, s:15-85, 2013.
14. Demir T, Sigara Bağımlılığı, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 62, s:231-238, 2008.
15. Türkiye İstatistik Kurumu, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008, s:1-2, 2008.
16. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013 – 2018, s:18-32, 2016.
17. World Health Organization, The Role Of Health Professionals In Tobacco Control, s:7-11, 2005.
18. Elgün A, Alkollü İçkiler ve Gıdalarda Alkol, 1. Ulusal Helâl ve Sağlıklı Gıda Kongresi – Kongre Kitabı, s:133-144, 2011.
19. World Health Organization, Global Status Report on Alcohol and Health 2014, s:8-46, 2014.
20. Buzrul S, Türkiye’de Alkollü İçki Tüketimi, Journal of Food and Health Science, 2(3), s:112-122, 2016.
21. Kraus L, Bloomfield K et al, Prevalence of Alcohol Use and Association Between Onset of Use and Alcohol-Related Problems in a General Population Sample in Germany. Addiction, 95, s:1389-1401, 2001.
22. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi - Beslenme Modülleri, s:16, 2008.
23. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Türkiye’ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi, s:7-39, 2015.
24. Pekcan G, Türkiye’de Beslenme Durumu. 5.Uluslararası Spor Bilimleri Kongresi - Kongre Kitabı, s:51-53, 1998.
25. World Health Organization, Physical Activity, Erişim tarihi: 10 Eylül 2016 http://www.who.int/topics/physical_activity/en/
26. Aktif Yaşam Derneği, Türkiye Toplumu Fiziksel Aktivite Düzeyi Araştırması Özet Raporu, s:5, 2010.
27. Erefe İ. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, s:1-47, 1998
28. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Öğretmen El Kitabı, s:13-15, 2016.
29. Edelman C L, Fain J A, Health Defined: Objectives for Promotion and Prevention, Health Promotion Throughout the Life Span, s:3-24, 1999.
30. Öztekin Z, Üner S et al, Halk Sağlığı Kavramı ve Gelişmesi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, s:2-20, 2012.

31. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi, s:21-23, 2011.
32. World Health Organization, 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, s:22, 2008.
33. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, s:4-177, 2013.
34. Arıcı M, Birdane A ve ark, Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 43(4), s:403, 2015.
35. Pickering G, Hypertension, Definitions, Natural Histories and Consequences, American Journal of Medicine, 52. s:570-583, 1972.
36. Mancia G, Fagart R ve ark, 2013 ESH/ESC Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology, European Heart Journal, 34, s:2159-2219, 2013.
37. Weber M A, Schiffrin E L et al, Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community: A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension, The Journal of Clinical Hypertension, 16, s:14-26, 2014.
38. World Health Organization. A Global Brief on Hypertension: Silent Killer, Global Public Health Crisis, World Health Day 2013. Erişim tarihi: 10 Eylül 2016
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf
39. Altun B, Arıcı M et al, Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey in 2003, Journal of Hypertension, Oct;23(10), s:1817-23, 2005.
40. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, s:52-84, 2007.
41. Arıcı M, Altun B ve ark, Türk Hipertansiyon Prevalans Araştırması, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, s:6, 2003.
42. Onat A ve ark, TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı Halkımıza İlişkin Temel Veri Üretiminden Evrensel Tıbbi Katkıya, s:69, 2005.
43. Özmen M, Hipertansiyon, Kişilik Yapısı ve Stres. Hipokrat Dergisi, 11, s:339-342, 2002.
44. Öksüz E, Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 13(3), s:99, 2004.
45. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Hipertansiyon Tedavi Kılavuzu ve Yaşam Tarzı Önerileri, Erişim tarihi: 10 Eylül 2016
http://www.turkendokrin.org/index.php?func=hekimler_icin&inside=icerik&id=22
46. Hekim M, Tip II Diyabet, Hipertansiyon ve Obezitenin Önlenmesinde Fiziksel Aktivitenin Önemi, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8(38), s:10, 2015.
47. Yenigün M, Alkol Tüketimi ve Tıp, Haseki Tıp Bülteni, 44(3), 2006.
48. Çelik C, Özdemir B, Esansiyel Hipertansiyonda Psikolojik Etmenler, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2(1), s:54, 2010.
49. Arıcı M, Çağlar Ş. Hipertansiyon ve Oluşturduğu Sorunlar. Hacettepe Tıp Dergisi, 33(1), s:4-9, 2002.
50. Levy D, Larson MG et al, The Progression from Hypertension to Congestive Heart Failure. **Journal** of the American Medical Association, 275, s:1557-1562, 1996.
51. Hambrecht R, Wolf A et al, Effect of Exercise on Coronary Endotelial Function in Patients with Coronary Artery Disease. New England Journal of Medicine, 342, s:454-60, 2000.
52. Krams D M, Aspen A J et al, Reduction of Coronary Atherosclerosis by Moderate Conditioning Exercise in Monkeys on an Atherogenic Diet, New England Journal of Medicine, 305:s:1483-9, 1981.
53. Sezer S, Külah E ve ark, Hipertansiyonun Renal Komplikasyonlar ve Böbrek Hastalığının Progresyonundaki Rolü, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 12(2), s:67-73, 2003.
54. Karaman M, Ay S A ve ark, Erken Evre Hipertansif Retinopati; Gerçekten Önemli mi, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 23(3), s:241, 2014.
55. Akpolat T, 100 Soruda Hipertansiyon, Erişim tarihi: 10 Eylül 2016
<http://www.tekinakpolat.net/kitap/100sorudahipertansiyon.pdf>
56. O’Brien E, Waeber B et al, Blood Pressure Measuring Devices: Recommendations of the European Society of Hypertension. British Medical Journal, 322: s:531-536, 2001.

57. Clark C E, Taylor R S et al, Association of a Difference in Systolic Blood Pressure Between Arms with Vascular Disease and Mortality: a Systematic Review and Meta-Analysis, *Lancet*, 379, s:905-914, 2012.
58. Benetos A, Rudnichi A et al. Influence of Heart Rate on Mortality in a French Population: Role of Age, Gender and Blood Pressure. *Hypertension*, 33 s:44-52, 1999.
59. Frisoli T M, Schmieder R E et al, Beyond Salt: Lifestyle Modifications and Blood Pressure. *European Heart Journal*, 32, s:3081–3087, 2011.
60. Dickinson H O, Mason J M et al, Lifestyle Interventions to Reduce Raised Blood Pressure: a Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of Hypertension*, 24, s:215-233, 2006.
61. Groppelli A, Omboni S et al, Blood Pressure and Heart Rate Response to Repeated Smoking Before and After Beta-Blockade and Selective Alpha 1 Inhibition. *Journal of Hypertension*, 8(Suppl 5), s:35–40, 1990.
62. Mann S J, James G D et al, Elevation of Ambulatory Systolic Blood Pressure in Hypertensive Smokers. A Case-Control Study. **Journal** of the American Medical Association, 265, s:2226–2228, 1991.
63. Mancia G, De Backer G et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology, *Journal of Hypertension*, 25, s:1105-1187, 2007.
64. Şendur M A N, Güven G S, Güncel Kılavuzlar Eşliğinde Hipertansiyon Tedavisi, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 42, s:53-64, 2011.
65. Yalçın M, Şahin M, Birinci Basamakta Esansiyel Hipertansiyona Yaklaşım. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(3-4), s:162-170, 2002.
66. Fahey T, Schroeder K et al. Educational and Organisational Interventions Used to Improve the Management of Hypertension in pPrimary Care: a Systematic Review. *British Journal of General Practice*, 55, s:875–882, 2005.
67. Weingarten S R, Henning J M et al, Interventions used in Disease Management Programmes for Patients with Chronic Illness-Which Ones Work; Meta-Analysis of Published Reports, *British Medical Journal*, 325, s:925-932, 2002.
68. Carter B L, Bosworth H B et al, The Hypertension Team: the Role of the Pharmacist, Nurse and Teamwork in Hypertension Therapy, *Journal of Clinical Hypertension*, 14, s:51–65, 2012.
69. Engberg M, Christensen B et al, General Health Screenings to Improve Cardiovascular Risk Profiles: a Randomized Controlled Trial in General Practice with 5-Year Followup. *Journal of Family Practice*, 51, s:546-552, 2002.
70. Bloomgarden Z T, Prevention of Obesity and Diabetes, *Diabetes Care*, 26(11), s:3172-3178, 2003.
71. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Şişmanlık ve Fiziksel Aktivite - Enerji Dengesinin Aktivite Yönüne Bir Bakış, s:7, 2012.
72. Popkin B M, Kim S et al, Measuring the Full Economic Costs of Diet, Physical Activity and Obesity-Related Chronic Diseases, *Obesity Reviews*, 7(3), s:271-293, 2006.
73. World Health Organization, Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic, s:79, 2000.
74. Wadden T A, Stunkard A J, Obezite Tedavi El Kitabı, s:3-18, 2003.
75. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Obezite ve Egzersiz, s:7, 2008
76. Eker E, Şahin M, Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11(7), s:246-249, 2002.
77. Serter R, Obezite Atlası, s:9, 2003.
78. Kalan I, Yeşil Y, Obezite ile İlişkili Kronik Hastalıklar, *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 23-24, s:78-81, 2010.
79. World Health Organization, BMI Classification, Erişim tarihi: 10 Eylül 2016
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
80. Molarius A. Seidel J C et al, Varying Sensitivity of Waist Action Levels to Identify Subjects with Overweight or Obesity in 19 Populations of the WHO MONICA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52, s:1213-1224, 1999.
81. World Health Organization, The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response, s:1-63, 2007.
82. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010:Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu, s:423-561, 2014.

83. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, s:17-31, 2013.
84. Gedik O, Obezite ve Çevresel Faktörler, Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism, (Suppl 2), s:1-4, 2003.
85. Annagür B B, Obezitede Çeşitli Risk Faktörleri ve Dürtüsellik, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2, s:572-582, 2010.
86. Demir A U, Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ve Obezite, Hacettepe Tıp Dergisi, 38, s:177-193, 2007.
87. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Şişmanlık, s:8-9, 2008.
88. Sevinç S, Kısır Döngü: Osteoartrit ve Obezite, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2), s:80-88, 2014.
89. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite ve Kanseri, s:9-10, 2012.
90. Bray G A. Medical Consequences of Obesity, Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 89, s:2583-2589, 2004.
91. Özkan A, Köklü Y et al, Obezitenin Önlenmesi ve Tedavisinde Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Rolü, Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi, 7(3), s:48-63, 2013.
92. Yetkin İ, Çimen A R, Obezite ve Güncel Tedavi Yöntemleri, Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, 23-24, s:68-77, 2010.
93. Yetkin İ, Çimen A R, Obezitede Tedavisinde Diyet ve Egzersiz, Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, 23-24, s:1-7, 2010.
94. Beyaz F B, Koç A A, Obezitenin Ekonomisi: Güncel Durum, Mücadele Politikaları ve Ekonomik Analizler, Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi - Kongre Kitabı, s:24, 2009.
95. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele ve Kontrol Programı, s:28, 2010.
96. İzzettin B, Sigara ve Sağlık, s:11-14, 1994.
97. Doğruel F, Doğruel A.S. Osmanlıdan Günümüze TEKEL, s:218, 2000.
98. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye’de Kanseri Kontrolü, s:171, 2007.
99. Gümüş A H, Türkiye’de Tütün Politikaları, Pazarlama Sorunları ve Çözüm Önerileri, s:1, 2009.
100. Seydioğulları M, Dünyada ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları, Tütün ve Tütün Kontrolü, s:3-20, 2010.
101. Bilir N, Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi, Tütün ve Tütün Kontrolü, s:21-35, 2010.
102. Organisation for Economic Co-operation and Development, Health at a Glance 2015: OECD Indicators, s:69-70, 2015.
103. World Health Organization, Global Burden of Disease, s:38, 1996.
104. World Health Organization, WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008: The MPOWER Package, s:16-18, 2008.
105. World Health Organization, The Tobacco Atlas, s:90-91, 2002.
106. Oğuztürk B S, Gülcü Y, Türkiye’de Sigara Tüketimini Etkileyen Faktörlerin Analizi, Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi, 4(2), s: 99-105, 2012.
107. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012, s:2-9, 2012.
108. Peto R. Smoking and Death: the Past 40 Years and the Next 40. British Medical Journal, 309, s:937-939, 1994.
109. Karlıkaya C, Öztuna F, Tütün Kontrolü, Toraks Dergisi, 7(1) s:51-64, 2006.
110. Hasan S U. ATS Statement-Cigarette Smoking and Health, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 154, s:1579-1580, 1996.
111. Cohen V, Khuri F R, Progress in Lung Cancer Chemoprevention. Cancer Control, 10, s:315-224, 2003.
112. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sigara ve Kalp-Damar Hastalıkları, s:11-12, 2008.
113. Centers for Disease Control and Prevention, Health Objectives for the Nation Cigarette Smoking Among Adults-United States 1993, Morbidity and Mortality Weekly Report, 43, s:925-930, 1994.
114. Fiore M C, Novotny T E et al. Trends in Cigarette Smoking in the United States-The Changing Influence of Gender and Race, Journal of the American Medical Association, 261, s:49-55, 1989.
115. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sigarayı Bırakma Yolları-Sigaranın Zararlı Etkilerinden Korunma, s:12, 2008.

116. Curry S J, Keller P A et al, The Role of Health Care Systems in Increased Tobacco Cessation. Annual Review of Public Health, 29, s:411-428, 2008.
117. Demir T, Sigara Bırakma Polikliniğinin Yapılanması, Tütün ve Tütün Kontrolü, s:439-444, 2010.
118. Karaöz M, Albeni M et al, Yasal Düzenlemelerin Sigara Tüketimi Üzerindeki Etkileri, Alanya İşletme Fakültesi Dergisi, 2(2), 19-36, 2010.
119. Elbek O, Tütün Kontrolünde Ulusal Mevzuat, Tütün ve Tütün Kontrolü, s:52-80, 2010.
120. Ergüder T, Dünyada Tütün Kontrolü ve Dünya Sağlık Örgütü Önerileri (MPOWER), Tütün ve Tütün Kontrolü, s:81-92, 2010.
121. Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018) Hakkında Genelge, Resmi Gazete, 29249, 2015.
122. Aslan D, Tütün Kontrolünde Küresel ve Ulusal Organizasyon, Tütün ve Tütün Kontrolü, s:122-128, 2010.
123. Kocabaş A, Tütün Kontrolünde Hekimlerin ve Göğüs Hastalıkları Uzmanlarının Rolü, Tütün ve Tütün Kontrolü, s:99-114, 2010.
124. Centers for Disease Control and Prevention, Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction, Morbidity and Mortality Weekly Report, 43, s:1-18, 1994.
125. World Health Organization, Global Status Report on Alcohol 2004, s:1, 2014.
126. Bayar M R, Yavuz M, Alkol Bağımlılığı, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 62, s:221-230, 2008.
127. Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Araştırması 2012, s:53-55, 2013.
128. Ülger Z, Acar C, Türkiye’de Okullarda Alkol Kullanımı Konusunda Yapılan Araştırmalar Yeterli Mi, The Turkish Journal On Addictions, 2(1), s:85-112, 2015.
129. Anderson P, Baumberg B, Alcohol in Europe - A Public Health Perspective, s:4, 2006.
130. Gill J, The Effects of Moderate Alcohol Consumption on Female Hormone Levels and Reproductive Function. Alcohol and Alcoholism, 35, s:417-423, 2000.
131. Sacco R L, Elkind M et al: The Protective Effects of Moderate Alcohol Consumption on Ischemic Stroke. Journal of the American Medical Association, 281, s:53-60, 1999.
132. Orlando J, Aronow W S et al, Effects of Ethanol on Angina Pectoris. **Annals of Internal Medicine**; 84, s:652-655, 1976.
133. Camargo CA Jr, Moderate Alcohol Consumption and Stroke - The Epidemiologic Evidence, Stroke, 29, s:1611-1626, 1989.
134. Clark D, Kirisci L. Posttraumatic Stress Disorder, Depression, Alcohol Use Disorders and Quality of Life of Adolescents, Anxiety, 2(5), s:226-223, 1995.
135. Arıkan Z, Alkol Kullanım Bozukluğu, Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, s:105-124, 2012.
136. Güleç G, Köşger F et al, DSM-5’te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7(4), s:448-460, 2015.
137. Beşirli H, Gençlerin Alkol Tüketim Davranışları ve Bu Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Sosyolojik Analizi, Sosyoloji Konferansları Dergisi, 35, s:85-118, 2007.
138. Tol C, Lise Öğrencilerinin Alkol Kullanımını Etkileyen Bazı Değişkenler, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, s:12-18, 1990.
139. Mangır M, Aral N et al, Yurtta Kalan Üniversite Öğrencilerinin Sigara ve Alkol Kullanımlarının İncelenmesi, s:27, 1992.
140. Naqvi N H, Bechara A, The Hidden Island of Addiction: The Insula. Trends in Neurosciences, 32, s:56-67, 2009.
141. Verdejo-Garcia A, Clark L et al, The Role of Interoception in Addiction: A Critical Review, Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 36, s:1857-1869, 2012.
142. Tural Ü, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, s:27, 2008.
143. Irvin J E, Bowers C A et al, Efficacy of Relapse Prevention: A Meta-Analytic Review, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, s:563-570, 1999.
144. Yılmaz A, Can Y et al, Alkol ve Madde Bağımlılığında Remisyon ve Depreşme, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(3), s:243-256, 2014.
145. Kalyoncu A, Mırsal H et al, Alkol Bağımlılığında Nüks Etme Sürecinde Yüksek Riskli Durumların Etkileri, Bağımlılık Dergisi, 2(3), s:117-119, 2001.
146. Kalyoncu A, Mırsal H, Alkol Kullanım Bozuklukları, Psikiyatri Dünyası, 4, s:22-30, 2000.

147. Milli Eğitim Bakanlığı, Alkol Bağımlılığından Korunma, s:26, 2011.
148. Arıkan Z, Bağımlılık Tedavisinde Karşılaşılan Güçlükler ve Bunlarla Başa Çıkma, Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, s:233-238, 2012.
149. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu, Avrupa Alkol Eylem Planı 2012-2020, s:205-270, 2012.
150. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu, Alkolün Zararlı Kullanımını Azaltma Küresel Stratejisi, s:157-196, 2012.
151. Yücecan S, Besin Tüketimindeki Değişimler ve Yeni Eğilimler, Türk Mutfak Kültürü Üzerine Araştırmalar, 6, s:235-242, 1999.
152. Sürücüoğlu M S, Beslenme ve Sağlığımız. Standard, 38(448), s:40-52, 1999.
153. Pekcan G, Zeytinyağı ve Akdeniz Mutfacı: Genel Özellikleri ve Değişmeler, Dördüncü Milletlerarası Yemek Kongresi - Kongre Kitabı, s:233, 1993.
154. Sürücüoğlu, M S, Özçelik A Ö, Antropometrik Yöntemlerle Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi, Dokuzuncu Ulusal Ergonomi Kongresi - Kongre Kitabı, s:259-269, 2003.
155. Açıık Y, Çelik G et al, Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları, Sağlık ve Toplum, 13(4), s:74-80, 2003.
156. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali, s:9-28, 2002.
157. Soylu M, Sağlıklı Beslenme - Sağlıklı Süt, I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi – Kongre Kitabı, s:37, 2006.
158. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 - Saha Uygulaması El Kitabı, s:1, 2010.
159. Allen L H, Gillespie S R, What Works - A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions, s:2, 2001.
160. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, s:10-15, 2004.
161. Şengül S, Türkiye'de Yoksulluk Profili ve Gelir Gruplarına Göre Gıda Talebi, Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, s:195, 2004.
162. Pekcan G, Karaağaoğlu N, State of Nutrition in Turkey. Nutrition and Health, 14, s:41-52, 2000.
163. Türk Böbrek Vakfı, Sağlıklı Bireyler İçin Temel Beslenme El Kitabı, s:5, 2016.
164. Milli Eğitim Bakanlığı, Besin Öğeleri ve Besin Grupları, s:4-7, 2011.
165. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Vitaminler, Mineraller ve Sağlığımız, s:14-15, 2006.
166. Akkan A G, Vitaminler, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 11, s:45-57, 1999.
167. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Diyabet ve Sağlıklı Beslenme, s:11, 2011.
168. Sabri Ülker Gıda Araştırmaları Enstitüsü Vakfı, Besin Grupları, Erişim tarihi: 10 Eylül 2016
http://www.sabriulkervakfi.org/besin_gruplari
169. Milli Eğitim Bakanlığı, Öğün Planlama, s:6-22, 2011.
170. Ülküer M K, Halk Sağlığına Giriş, Halk Sağlığı, s:7-34, 2008.
171. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ergenlerde Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Yaşam, s:28, 2012.
172. Sağlam F, Hızlı Hazır Yemek Sistemi (Fast Food) Üzerindeki Bir Çalışma, Beslenme ve Diyet Dergisi, 20(2), s:187-197, 1991.
173. Yurttagül M, Hafif Şişman ve Şişman Kadınların Beslenme Alışkanlıkları ve Zayıflamaya İlişkin Davranışları, Beslenme ve Diyet Dergisi, 24(1), s:59-73, 1995.
174. Aykut M, Yeterli ve Dengeli Beslenme, Halk Sağlığı Genel Bilgiler, s:1301-1309, 2011.
175. Milli Eğitim Bakanlığı, Beslenme İlkeleri, s:25, 2011.
176. Tunçer P, Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı Sürecinde Kentleşme ve Beslenme, The Journal of Academic Social Science Studies, 40, s:225-245, 2015.
177. Bilge A, Bayram E et al, Hekim Gözüyle Sağlıklı Beslenme ve Öne Çıkan Güncel Konular - İnceleme ve Değerlendirme, s:17, 2013.
178. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, s:1-7, 2014.
179. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Fiziksel Aktivite Bilgi Serisi, s:8-9, 2008.

- 180.Öztürk M, Üniversitede Eğitim-Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği ve Güvenirliği ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s:8, 2005.
- 181.Bulut S, Sağlıkta Sosyal Bir Belirleyici: Fiziksel Aktivite, Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi, 70(4), s: 205-214, 2013.
- 182.Pate, R R, Pratt, M et al, Physical Activity and Public Health: A Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and American College of Sports Medicine, **Journal** of the American Medical Association, 273, s:402-407, 1995.
- 183.Pitta F, Troosters T et al, Quantifying Physical Activity in Daily Life with Questionnaires and Motion Sensors in COPD. European Respiratory Journal, 27, s:1040-1055, 2006.
- 184.World Health Organization, Physical Activity and Health: Evidence for Action, s:2, 2006.
- 185.Milli Eğitim Bakanlığı, Rehabilitasyon Hizmetleri, s:21, 2016.
- 186.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yaşlılarda Fiziksel Aktivite, s:14-20, 2014.
- 187.Cihangiroğlu Z, Deveci S E, Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler, Fırat Tıp Dergisi, 16(2), s:78-83, 2011.
- 188.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite, s:19-22, 2014.
- 189.World Health Organization, Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks, s:9-18, 2009
- 190.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergenlerde Fiziksel Aktivite, s:12, 2014.
- 191.Dubbert P.M, Carithers T et al, Obesity, Physical Inactivity and Risk for Cardiovascular Disease. American Journal of The Medical Sciences, 324(3), s:116-126, 2002.
- 192.Can S, Arslan E et al, Güncel Bakış Açısı ile Fiziksel Aktivite, Spormetre, 12(1) s:1-10, 2014.
- 193.Lee M, Shiroma E.J et al, Effect of Physical Inactivity on Major Non-Communicable Diseases Worldwide: An Analysis of Burden of Disease and Life Expectancy, The Lancet, s:219-229, 2012.
- 194.Thompson, W R, Gordon N F et al, ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, s:232-250, 2009.
- 195.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız, s:15, 2012.
- 196.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam, s:9, 2008.
- 197.Özudoğru E, Üniversite Personelinin Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, s:11, 2013.
- 198.Fişne M, Fiziksel Aktivitelere Katılım Düzeyinin, Üniversite Öğrencilerinin Akademik Başarıları, İletişim Becerileri ve Yaşam Tatminleri Üzerine Etkilerinin İncelenmesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s:17, 2009.
- 199.Malina R M, Bouchard C et al, Growth, Maturation and Physical Activity, Human Kinetics, s:457-509, 2004.
- 200.Livingstone M B, Prentice A M et al, Simultaneous Measurement of Free-Living Energy Expenditure by the Double Labeled Water Method and Heart Rate Monitoring, American Journal of Clinical Nutrition, 52(1), s:59-65, 1990 .
- 201.Şahin G, Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Düzeyi Değerlendirme Yöntemleri, Turkish Journal of Geriatrics, 14(2), s:172-178, 2010.
- 202.Welk G J, Differding J A et al, The Utility of the Digi-Walker Step Counter to Assess Daily Physical Activity Patterns, Medicine and Science in Sport and Exercise, 32(9), s:481-488, 2000.
- 203.Steele B G, Belza B et al, Bodies in Motion: Monitoring Daily Activity and Exercise with Motion Sensors in People with Chronic Pulmonary Disease. Journal of Rehabilitation Research and Development, 40(5 Suppl 2), s:45-58, 2003.
- 204.Şanlı E, Öğretmenlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi - Yaş, Cinsiyet ve Beden Kitle İndeksi İlişkisi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, s:22, 2008.
- 205.Burmaoğlu G E, İlköğretim ve Orta Öğretimde Görev Yapan Öğretmenlerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Karşılaştırılması (Erzurum İli Örneği), Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, s:48, 2010.
- 206.Dubbert P M, Weg M W V et al, Evaluation of the 7 Day Physical Activity Recall in Urban and Rural Men, Medicine and Science in Sport and Exercise, 36(9), s:1646-54, 2004.
- 207.Lamonte M J, Ainsworth B E, Quantification of Energy Expenditure and Physical Activity in the Context of Dose-Response, Medicine and Science in Sport and Exercise, 33(6), s:370-378, 2001.

208. Gülcü F, Parmaksız A et al, Metabolik Sendrom, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(3), s:24-32, 2006.
209. World Health Organization, Promoting Physical Activity and Active Living in Urban Environments, s:21, 2006.
210. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Engellilerde Fiziksel Aktivite, s:18, 2014.
211. Diamond J J, Becker J A et al, Development of a Scale to Measure Adults' Perceptions of Health: Preliminary Findings, Journal of Community Psychology, 35(5), 557-561, 2007.
212. Önal A E, Erbil S et al, İki İlköğretim Okulunda Öğrencilerin Kendi Sağlıklarını Algılama Düzeyi ve Bildikleri Sağlık Sorunları, Nobel Medicus, 5(2), s:24-48, 2009.
213. Bottorff J L, Johnson J L et al, The Effects of Cognitive-Perceptual Factors on Health Promotion Behavior Maintenance. Nursing Research, 45(1), s:30-36, 1996.
214. Tuğut N, Bekar M, Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(3), s:17-26, 2008.
215. Tokgöz P, Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Saptanmasına İlişkin Bir Araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi 24(2), s:229-238,
216. Doğanay S, Uçku Ş R, Yaşlılarda Kötü Sağlık Algısı Koroner Kalp Hastalığı ve Ölümleri Belirler Mi, Turkish Journal of Geriatrics, 15(4), s:396-402, 2012.
217. Günay O, Gün İ et al, Kayseri İlindeki Yaşlılarda Algılanan Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler, Turkish Journal of Geriatrics, 8(1), s:10-12, 2005.
218. Haseli-Mashhadi N, Pan A et al. Self-Rated Health in Middle-Aged and Elderly Chinese: Distribution, Determinants and Associations with Cardio-Metabolic Risk Factors, BMC Public Health , 9, s:368-78, 2009.
219. Gözüm S, Çapık C, Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli, 7(3), s:230-237, 2014.
220. Schank M J, Self-Health Appraisal: Learning the Difficulties of Lifestyle Change, Journal of Nursing Education, 38(1), s:10-12, 1999.
221. Ferguson K J, Health Behaviour, Public Health and Preventive Medicine, s:811-816, 1998.
222. Zaybak A, Fadiloğlu Ç, Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 20(1), s:77-95, 2004.
223. Ayaz S, Tezcan S et al, Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9(2) s:26-34, 2005.
224. Can G, Özdiilli K et al, Comparison of the Health-Promoting Lifestyles of Nursing and Non-Nursing Students in Istanbul - Turkey. Nursing and Health Sciences, 10, s:273-280,
225. Edelman C L, Fain J A, Health Defined: Objectives for Promotion and Prevention, Health Promotion Throughout the Lifespan, s:3-24, 1999.
226. Bidlack W R, Interrelationships of Food, Nutrition, Diet and Health: The National Association of State Universities and Land Grant Colleges White Paper. Journal of the American College of Nutrition, 15, s:422-433, 1996.
227. Komduur R H, Korthals M et al, The Good Life: Living for Health and a Life Without Risks - On a Prominent Script of Nutrigenomics, British Journal of Nutrition, 101, s:307-316, 2009.
228. Azak A, Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler, Toraks Dergisi, 7(2), s:120-124, 2006.
229. Kara B, Hatun Ş et al, Kocaeli İlindeki Lise Öğrencilerinde Sağlık Açısından Riskli Davranışlarının Değerlendirilmesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 46, s:30-37, 2003.
230. Savcı S, Öztürk M et al, Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 34, 166-172, 2006.
231. Damrosch S, General Strategies for Monitoring People to Change Their Behavior, Nursing Clinics of North America, 26(1), s:833-843, 1991.
232. Green L W, Hiatt R A, Behavioural Determinants of Health and Disease, Oxford Textbook of Global Public Health, s:218-233, 2015.
233. Swan E, Bouwman L et al, How Science Thinks and Practice Acts: Bridging the Gap in Weight Management Interventions for Adolescents, Family Practice, 29(Suppl 1), s:117-125, 2012.
234. Redland A R, Stuijbergen A K, Strategies for Maintenance of Health-Promoting Behaviors, Nursing Clinics of North America, 28(2), s:427-442, 1993.

- 235.Wodak A, Controlling HIV Among Injecting Drug Users: The Current Status of Harm Reduction. HIV AIDS Policy and Law Review, 11, s:77-80, 2006.
- 236.Mercer, S.L, Kahn L.K. et al, Drawing Possible Lessons for Obesity Prevention and Control from the Tobacco Control Experience, Obesity Prevention and Public Health, s:231-64, 2005.
- 237.Achterberg C, Miller C, Is One Theory Better Than Another in Nutrition Education - A Viewpoint: More Is Better, Society for Nutrition Education, 36 (1), s:40-42, 2004.
- 238.King, C M, Rothman A J et al, The Challenge Study: Theorybased Interventions for Smoking and Weight Loss, Health Education Research, 17 (5), s:522-530, 2002.
- 239.Holloway A, Watson H E, Role of Self-Efficacy and Behavior Change. International of Nursing Practice, 8, s:106-115, 2002.
- 240.Champion V, Skinner C S, The Health Belief Model, Health Behavior and Health Education, s:45-66, 2008.
- 241.Bulduk S, Dinçer Y et al, Sağlık Davranışı Modelleri, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(1) s:28-34, 2015.
- 242.Frey D, Stahlberg D et al, Einstellung und Verhalten: Die Theorie des Überlegten Handelns und die Theorie des Geplanten Verhaltens, Theorien der Sozialpsychologie – Kognitive Theorien, s:361-384, 1993.
- 243.Bamberg S, Schmidt P, Verkehrsmittelwahl - Eine Anwendung der Theorie des Geplanten Verhaltens, Zeitschrift für Sozialpsychologie, 24, s:25-37, 1993.
- 244.Montaño D E, Kasprzyk D, Theory of Reasoned Action-Theory of Planned Behavior and the Integrated Behavioral Model, Health Behavior and Health Education, s:67-92, 2008.
- 245.Hayden J, Motivation and Behavior Change, Teaching Strategies for Nurse Educators, s:44-53, 2009.
- 246.Prochaska J O, Redding C O, The Transtheoretical Model and Stages of Change, Health Behavior and Health Education, s:97-117, 2008.
- 247.Shinitzky H E, Kub J, The Art of Motivating Behavior Change: The Use of Motivational Interviewing to Promote Health, Public Health Nursing, 18(3), s:178-185, 2001.
- 248.Aslan D, Boztaş G et al, Bir Spor Merkezine Kayıtlı Olan Kadınların Sağlık-Hastalık Kavramları ile İlgili Görüşleri ve Sağlık Arama Davranışlarını Etkileyen Faktörler, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(2), s:30-38, 2004.
- 249.Ahmed S M, Adams A M et al, Gender, Socioeconomic Development and Health-Seeking Behaviour in Bangladesh, Social **Science** and **Medicine**, 51, s:361-371, 2000.
- 250.Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2) s:60-68, 1998.
- 251.Langemo D, Volden C, The Relationship of Age, Gender and Exercise Practices to Measure of Health, Lifestyle, Self Esteem, Applied **Nursing** Research, 3(1), s:20-26, 1990.
- 252.Pholank C, Determinant of Health Promotive Behavior; A Review of Current Research, Nursing Clinics of North America, 26(4), s:815-832, 1991.
- 253.Moscovici S, Notes Towards a Description of Social Representations, European Journal of Social Psychology, 18, s:211-250, 1988.
- 254.Cirhinlioğlu F G, Aktaş V et al, Sosyal Temsil Kuramına Genel Bir Bakış, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 30(2), s:163-174, 2006.
- 255.Narter M. Sağlık ve Hastalığın Sosyal Temsilleri, Psikoloji Çalışmaları Dergisi, 24, s:58-73, 2004.
- 256.Crawford R, You Are Dangerous to Your Health: The Ideology and Politics of Victim Blaming, International Journal of Health Services, 7(4), 663-680, 1977
- 257.Minkler M, Blaming the Aged Victim: The Politics of Scapegoating in Times of Fiscal Conservatism, International Journal of Health Services, 13(1), s:155-168, 1983
- 258.Akalın M A, Toplumcu Tıbbı Giriş, s.258-259, 2013.
- 259.Jarvis M, Wardle J, Social Patterning of Health Behaviours: The Case of Cigarette Smoking, Social Determinants of Health, S:240-255, 1999.
- 260.Krieger N, Rowley D L et al, Racism, Sexism and Social Class: Implications for Study of Health, Disease and Well-Being, American Journal of Preventive Medicine, 9 (6 Suppl.), s:82-122, 1993.
- 261.Arber S, Cooper H, Gender Differences in Health in Later Life: The New Paradox, Social Science and Medicine, 48(1), s:61-76, 1999.

262. Adler N E, Stewart J, Reducing Obesity: Motivating Action While Not Blaming the Victim, *Milbank Quarterly*, 87(1), s:49-70, 2009.
263. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması, s:21-49, 2012.
264. Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus ve Konut Araştırması 2011, s:4, 2013.
265. Türkiye İstatistik Kurumu, Ulusal Eğitim İstatistikleri, Erişim tarihi: 10 Eylül 2016 <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=130&locale=tr>
266. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Türkiye 2014, s:14, 2015.
267. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, s:20, 2014.
268. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, s:45-51, 2015.
269. Burns C M, Tijhuis M A R et al, The Relationship Between Quality of Life and Perceived Body Weight and Dieting History in Dutch Men and Women, *International Journal of Obesity*, 25, 1386-1392, 2001.
270. NCD Risk Factor Collaboration, Trends in Adult Body-Mass Index in 200 Countries from 1975 to 2014: A Pooled Analysis of 1698 Population-Based Measurement Studies with 19,2 Million Participants, *The Lancet*, 387, s:1377-1396, 2016.
271. Lemon S C, Rosal M C et al, Contributions of Weight Perceptions to Weight Loss Attempts: Differences by Body Mass Index and Gender, *Body Image*, 6, s:90-96, 2009.
272. Gutierrez-Fisac J L, Lopez Garcia E et al, Self-Perception of Being Overweight in Spanish Adults. *European Journal of Clinical Nutrition*, 56, s:866-872, 2002.
273. World Health Organization, Nutrition, Physical Activity and Obesity – Turkey, Erişim tarihi: 10 Eylül 2016 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/country-work/turkey2>
274. Doğan N, Toprak D et al, Afyonkarahisar İlinde Obezite Prevalansı ve İlgili Risk Faktörleri, *Türkiye Klinikleri*, 31(1), s:122-132, 2011.
275. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması, Erişim tarihi: 10 Eylül 2016 http://www.turkhipertansiyon.org/tuz_160608.php
276. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması, Erişim tarihi: 10 Eylül 2016 http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi.php
277. Sözmén K, Ergör G et al, Hipertansiyon Sıklığı, Farkındalığı, Tedavi Alma ve Kan Basıncı Kontrolünü Etkileyen Etmenler, *Dicle Tıp Dergisi*, 42(2), s:199-207, 2015.
278. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Hipertansiyon, Obezite ve Lipid Metabolizması Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi, s:11, 2009.
279. Sarıışık A, Kocaeli-Derince Bölgesinde Hipertansiyondan Haberdar Olma, Hipertansiyon Prevalansı ve Hipertansif Hastaların Sosyo-Demografik Özellikler ile İlişkisi, *İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi*, s:37, 2007.
280. World Health Organization, World Health Statistics, s:103-109, 2015.
281. Go A S, Mozaffarian D, Heart Disease and Stroke Statistics - 2013 Update: A Report From the American Heart Association, *Circulation*, 127(1), s:e6-e245, 2013.
282. Gillespie C D, Hurvitz K A, Prevalence of Hypertension and Controlled Hypertension - United States 2007–2010, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62(03), s:144-148, 2013.
283. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması, Erişim tarihi: 10 Eylül 2016 http://www.turkhipertansiyon.org/insidans_160608.php
284. Selçuk K T, Sözmén M K, Diabetes Prevalence and Awareness in Adults in the Balçova District in Turkey, *Turkish Journal of Medical Sciences*, 45, s:1220-1227, 2015
285. International Diabetes Federation, Turkey, Erişim tarihi: 10 Eylül 2016 <http://www.idf.org/membership/eur/turkey>
286. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, s:87, 2014.
287. Yılmazel G, Naçar M, Bir Sanayi Kuruluşunda Çalışan İşçilerin Sağlığı Geliştirme Davranışları, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 14(2), s:161-170, 2015.
288. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012, s:33-34, 2014.
289. Kavaz G, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) Lefkoşa’da Kamu Sektöründe Çalışan Kadınların Beslenme Bilgileri ve Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi, *Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü*, s:35, 2009.

- 290.Yardımcı H, Özçelik A Ö, Ankara İli Gölbaşı İlçesinde Yetişkin Kadınların Antropometrik Ölçümleri ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerinde Bir Araştırma, Ankara Üniversitesi Ev Ekonomisi Yüksekokulu, s:50, 2006.
- 291.Kılıç E, Şanlıer N, Üç Kuşak Kadınının Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması, Kastamonu Eğitim Dergisi, 15(1), s:31-44, 2007.
- 292.Ermiş E, Doğan E et al, Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Örneği, 6(1), s:30-40, 2015.
- 293.Karaduman T, Düzce’de Yaşayan Yetişkin Bireylerin Popüler Diyetleri Öğrendikleri Kaynaklar, Popüler Diyetler Hakkındaki Bilgileri ve Yanlış Uygulamaları, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, s:30, 2015.
- 294.Kim D S, Kim H S et al, The Effects of Actual and Perceived Body Weight on Unhealthy Weight Control Behaviors and Depressed Mood Among Adult Women in Seoul, Korea. Journal of Preventive Medicine and Public Health, 41(5), s:323-330, 2008.
- 295.Ata A, Vural A, Beden Algısı ve Obezite, Ankara Medical Journal, 14(3), s:74-84, 2014.
- 296.Duncan D T, Wolin K Y et al, Does Perception Equal Reality - Weight Misperception in Relation to Weightrelated Attitudes and Behaviors Among Overweight and Obese US Adults, International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 8(20), s:1-9, 2011.
- 297.Radyo ve Televizyon Üst Kurulu, Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması 2012, s:42-50, 2013.
- 298.Aktaş H, Şaşmaz C T, Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Uyku Kalitesi İle İlişkili Faktörlerin Araştırılması, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(2), s:60-70, 2015.

8.ÖZET

Her yıl dünya çapında meydana gelen ölümlerin üçte birinin nedeni sağlığı küresel çapta tehdit eden, on temel önlenabilir sağlık riskidir. Bunların arasında hipertansiyon, tütün tüketimi, fiziksel hareketsizlik, obezite, alkol tüketimi ve yetersiz beslenme yer almaktadır. Hastalık yükünün sebepleri olarak belirlenen risk faktörlerinin çoğu, bireylerin yaşam tarzıyla yakından ilişkilidir. Kişilerin davranışlarının sağlıklı olma durumu üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Türkiye’de bugüne kadar yapılan çalışmaların çoğu, tüm risk faktörlerinin boyutlarını kapsayıcı nitelikte değildir. Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik sürveyans sisteminin geliştirilmesine ve risk faktörleri ile ilgili veri tabanı oluşturulmasına katkı sağlayacak araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu doğrultuda gerçekleştirdiğimiz çalışmada, Aksaray ilinin Ağaçören ilçesinde on beş yaş ve üzeri kişilerde sağlık davranışları ve ilişkili risk etmenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırmanın evreni, Aksaray İli Ağaçören İlçe merkezinde yaşayan 15 yaş ve üzeri 2168 kişiden oluşmaktadır. Türkiye’deki hipertansiyon prevalansı göz önünde bulundurularak çalışma için örneklem büyüklüğü; %95 güvenilirlik ve %5 hata ile 190 olarak tespit edilmiştir. Cinsiyet kısıtlımı dikkate alınıp %10 yedek katılımcı eklenerek araştırmanın 418 kişi üzerinde yürütülmesi planlanmıştır. Veri kaynağı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Ayrıca kişilerin boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve kan basıncı değerleri de ölçülmüştür. Anketin uygulanması neticesinde 418 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşım yüzdesi %100’dür.

İncelenenlerin yaş ortalaması $40,80 \pm 16,65$ ’tir. Araştırmaya katılanların %51,9’u erkektir. Katılımcıların %70,6’sı evli, %23,2’si bekârdır. Araştırmaya katılanların %28,9’u ilkökul, %18,7’si ortaokul, %16,3’ü lise, %20,6’sı yüksekokul ve daha üzeri bir eğitim kurumundan mezun olmuştur. Vücut-Kitle İndeksleri incelendiğinde; %34,9’unun fazla kilolu, %33,8’inin

şışman kategorisine girdiği görülmüştür. Katılımcıların %38,5'i kendisini fazla kilolu veya şışman olarak tanımlamıştır. Araştırmaya katılanların %33,5'inde kan basıncı yüksekliği tespit edilmiştir. Katılımcıların %30,9'u sigara içtiğini; %10,5'i alkol aldığını söylemiştir. İncelenenlerin %59,8'i genel olarak sağlığı için iyi veya çok iyi ifadesini uygun bulmuştur. Araştırmaya katılanların %53,6'sının inaktif olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda hipertansiyon sıklığı %33,0 olarak hesaplanmıştır. 2003 ve 2012 yıllarında yapılmış olan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmaları'nda, hipertansiyon prevalansı sırasıyla %31,8 ve %30,3 olarak bulunmuştur. 2006 yılında yapılan Türkiye Metabolik Sendrom Taraması'nda hipertansiyon sıklığı %35,9 olarak tespit edilmiştir. Buna göre, çalışmamızın sonuçlarının Türkiye'de yapılmış diğer çalışmalarla benzerlik taşıdığı anlaşılmıştır. Araştırmamızda katılımcıların %53,6'sının fiziksel aktivite açısından inaktif olduğu görülmektedir. 2013 yılı verilerine göre Türkiye'de fiziksel inaktivite sıklığı %54,6'dır. 2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre tüm bireylerin %54,5'i yetersiz düzeyde fiziksel aktiviteye sahiptir. Çalışmamızdaki bulguların Türkiye için geçerli olan verileri yansıttığı görülmüştür.

Sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak için bireysel çaba sarf edilmesi mutlaka gereklidir. Daha sağlıklı bir hayatın oluşması için kamuoyunda sağlıklı yaşama bilincinin uyandırılması gerekmektedir. Bireylere sağlığını koruyup geliştirebilmek için gereksinim duyacağı bilgi ve becerinin kazandırılması lazımdır. Hipertansiyon sorununun erken fark edilmesi için kan basıncı ölçümleri yaygınlaştırılmalı, hipertansiyon geliştiğinde tanısının erken konulması ve tedavisinin etkin şekilde yapılması sağlanmalıdır. Pek çok kronik hastalığın risk faktörlerinden biri olan fiziksel inaktivite ile etkili mücadele edilmelidir. Bunun için okullarda müfredata fiziksel aktivite konulu programlar eklenmelidir. Fiziksel aktivite için destekleyici çevreler oluşturulmalıdır.

9.ABSTRACT

The reasons of one third of all deaths occurring each year in worldwide are ten basic preventable health risks. These include hypertension, tobacco consumption, physical inactivity, obesity, alcohol consumption and malnutrition. Most of the risk factors identified as causes of disease burden, closely associated with lifestyle of individuals. There is a significant impact on the behavior of people in state of good health. Most of the studies in Turkey don't include all risk factors. There is need for the researches that will contribute the development of non-communicable diseases surveillance system and data relating to risk factors for non-communicable diseases. The aim of this study is to determine health behaviors and related risk factors in 15 years and older people in Ağaçören district of Aksaray.

This research is a cross-sectional study. The study population consists of 2168 people who live in Aksaray center of Ağaçören aged 15 and over. Taking into account the prevalence of hypertension in Turkey the sample size for the study have been identified as 190, with %95 reliability and %5 error. Taken into consideration to gender the study is planned to be practised on 418 people by adding %10 replacement participant. The questionnaire was used which was developed by the researcher as the data source. Also peoples height, body weight and blood pressure were measured. As a result of the implementation of the survey have reached 418 people. The access rate is %100.

The average age of the people is $40,80 \pm 16,65$. %51,9 of the participants are men, %70,6 of them are married and %23,2 are single. %28,9 of the participants graduated from primary school, %18,7 from secondary school, %16,3 from high school and %20,6 of them graduated from colleges and higher education institutions. When the body-mass index examined, %34,9 of them were overweight, %33,8 were fat. %38,5 of the participants identified themselves as overweight or obese. High blood pressure was found in %33,5 of the participants. %30,9 of

respondents reported that they smoked; %10,5 reported that they use alcohol. %59,8 of the people said good or very good for their health. The research shows that %53,6 of the participants are inactive.

In our study, prevalence of hypertension was calculated as %33,0. In the studies of prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey which were made in 2003 and 2012, hypertension prevalences were found %31,8 and %30,3. In Turkey Metabolic Syndrome Scanning, which was made in 2006, prevalence of hypertension was detected %35,9. The results of our study have similarities with other studies in Turkey. Our research shows that %53,6 of the participants are inactive. According to data from 2013, the prevalence of physical inactivity in Turkey is % 54.6. According to Turkey Chronic Disease Risk Factors Prevalence Study which was made in 2011 %54.5 of all individuals have insufficient levels of physical activity. The findings of our study reflect the current data for Turkey.

Individual efforts are essential to be and to stay healthy. For a healthy life it is important to create awareness of healthy living in public. It is necessary to gain to individuals the knowledge and skills to promote and protect the health. Blood pressure measurements should be extended for early recognition of hypertension problems and effective treatment should be done. Effective fight against physical inactivity which is one of the risk factor for many chronic diseases, should be done. For this reason physical activity programs in schools should be added to the curriculum. For physical activity supportive environments should be created.

10.EKLER

EK 1. ANKET FORMU

AKSARAY İLİ AĞAÇÖREN İLÇESİNDEKİ 15 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERDE SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ RİSK ETMENLERİ

ANKET NO:

Tarih:/....../2016

BÖLÜM 1 – DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?
2. Boy: cm
3. Ağırlık: kg
4. Tansiyon:/.....mmHg
5. Cinsiyet: 1.Erkek 2.Kadın
6. Medeni durumunuz nedir? 1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış 4.Eşi ölmüş
7. Öğrenim durumunuz nedir?
 - 1.Okuma yazma bilmiyor 2.Okuma yazma biliyor, ama bir okul bitirmemiş
 - 3.İlkokul mezunu 4.Ortaokul/İlköğretim mezunu
 - 5.Lise mezunu 6.Yüksekokul/Üniversite mezunu 7.Yüksek lisans/Doktora mezunu
8. Çalışma durumunuz nedir?
 - 1.Öğrenci 2.Ev hanımı 3.Emekli
 - 4.İşsiz 5.Çalışan (İşçi, memur, serbest meslek vs.) 6.Diğer.....
9. Yaşadığınız hanedeki toplam kişi sayısı kaçtır? kişi
10. Hanenizin aylık toplam geliri ne kadardır?
 - 1.1250 TL'den az 2.1251-2500 TL 3.2501-3750 TL
 - 4.3751-5000 TL 5.5001 TL ve üzeri
11. Hekim tarafından tanısı konmuş hipertansiyon hastalığınız var mı?
 - 1.Hayır 2.Evet
12. Tansiyon yüksekliği için herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? (Lütfen belirtiniz.)
 - 1.Hayır 2.Evet
13. Hekim tarafından tanısı konmuş şeker hastalığınız var mı?
 - 1.Hayır 2.Evet
14. Şeker hastalığı için herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? (Lütfen belirtiniz.)
 - 1.Hayır 2.Evet
15. Hekim tarafından tanısı konmuş başka bir kronik hastalığınız var mı? (Lütfen belirtiniz.)
 - 1.Hayır 2.Evet

BÖLÜM 2 – SAĞLIK DAVRANIŞLARI

1. Genel olarak sağlığınız için hangisini söyleyebilirsiniz?
1.Çok kötü 2.Kötü 3.Orta 4.İyi 5.Çok iyi
2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığınızda, sağlığınız için hangisini söyleyebilirsiniz?
1.Bir yıl öncesiyle aynı 2.Bir yıl öncesinden daha iyi 3.Bir yıl öncesinden daha kötü
3. Son bir yıl içinde daha sağlıklı olmak için neler yaptınız? *(Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)*
1.Sigara içmeyi bırakmış 2.Alkol kullanmayı bırakmış 3.Beslenme alışkanlıklarını değiştirmiş
4.Zayıflamak için diyet yapmış 5.Fiziksel aktivite yapmış 6.Herhangi bir şey yapmamış
7.Diğer.....
4. Sigara içme durumunuz nedir?
1.Hiç sigara içmemiş 2.Geçmişte sigara içmiş, ama şimdi içmiyor
3.Halen ara sıra sigara içiyor 4.Halen her gün sigara içiyor
5. Alkol alma durumunuz nedir?
1.Hiç alkol almamış 2.Geçmişte alkol almış, ama şimdi almıyor
3.Halen ara sıra alkol alıyor 4.Halen her gün alkol alıyor
6. Beslenme alışkanlıklarınızı düşündüğünüzde, aşağıdaki besin gruplarından hangisi ya da hangilerini yetersiz tükettiğinizi düşünüyorsunuz? *(Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)*
1.Süt, yoğurt, peynir, tereyağı 2.Kırmızı et, tavuk, balık, yumurta
3.Nohut, fasulye, bezelye, mercimek 4.Ekmek, bulgur, makarna, pirinç, mısır
5.Meyve ve sebzeler 6.Fikri yok
7. Sağlıklı beslenme, bireyin süt ve süt ürünleri, et, balık, kuru baklagiller, tahıl ürünleri, taze meyve ve sebzeler gibi her besin grubundan vücudu için yeterli ve dengeli biçimde tüketmesi demektir. Buna göre, sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz?
1.Hayır, hiç sağlıklı beslendiğini düşünmüyor 2.Evet, kısmen sağlıklı beslendiğini düşünüyor
3.Evet, tamamen sağlıklı beslendiğini düşünüyor 4.Fikri yok
8. Hafta boyunca meyve ve sebze tüketim sıklığınız ne kadardır?
1.Haftanın her günü 2.Haftanın 5-6 günü 3.Haftanın 3-4 günü
4.Haftanın 1-2 günü 5.Haftanın hiçbir günü
9. Yemeklerinizin tadına bakmadan tuz ekler misiniz?
1.Hayır 2.Evet 3.Bazen
10. En sık atladığınız ana öğün hangisidir?
1.Sabah kahvaltısı 2.Öğle yemeği 3.Akşam yemeği 4.Ana öğün atlamıyor
11. Size göre vücut ağırlığınız hangi kategoriye girmektedir?
1.Zayıf 2.Normal 3.Fazla Kilolu 4.Şişman 5.Fikri yok
12. Size göre şişmanlık bir sağlık sorunu mudur?
1.Hayır 2.Evet 3.Fikri yok

13. Geçen 7 gün içerisinde bir seferde en az 10 dakika olmak üzere işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla ya da sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yürüyüş yaptınız mı?

1.Hayır yapmamış 2.Evet yapmış gün (ortalama bir sayı)
.....dakika (bir günde ortalama bir sayı)

14. Geçen 7 gün içerisinde bir seferde en az 10 dakika olmak üzere düzenli olarak hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları veya dans gibi orta düzeyde fiziksel aktivitelerden yaptınız mı?

1.Hayır yapmamış 2.Evet yapmış gün (ortalama bir sayı)
.....dakika (bir günde ortalama bir sayı)

15. Geçen 7 gün içerisinde bir seferde en az 10 dakika olmak üzere düzenli olarak ağır kaldırma, kazma, aerobik veya hızlı bisiklet sürme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız mı?

1.Hayır yapmamış 2.Evet yapmış gün (ortalama bir sayı)
.....dakika (bir günde ortalama bir sayı)

16. Günde ortalama kaç saat televizyon izlersiniz? saat

17. Geceleri ortalama kaç saat uyursunuz? saat

18. Size göre uyku düzeniniz nasıldır?

1.Çok düzensiz 2.Düzensiz 3.Bazen düzenli, bazen düzensiz
4.Düzenli 5.Çok düzenli 6.Fikri yok

EK 2. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 2 Nolu Genel Sekreterliği
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği
Klinik Araştırma Etik Kurulu

Sayı : 2012-KAEK-15/1207
Konu: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Etik Kurul Kararı

28.09/2016

KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMA
ETİK KURULU

"Aksaray İli Ağaçören İlçesindeki 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Sağlık Davranışları ve İlişkili Risk Etmenleri " adlı klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından sağlık bakanlığına arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Op.Dr. Ömer Faruk TANER
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Pınarbaşı Mahallesi Sanatoryum Cad.
Ardahan Sokak No:25 Keçiören / ANKARA
Web: www.akeah.gov.tr

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aksaray İli Ağaçören İlçesindeki 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Sağlık Davranışları ve İlişkili Risk Etmenleri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2012-KAEK-15
	AÇIK ADRESİ:	Pınarbaşı Mah. Sanatoryum Cad. Ardahan Sok. No 25 06380 Keçiören / Ankara
	TELEFON	0312 356 90 00-1117
	FAKS	
	E-POSTA	etikkurulkenh@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. F. Nur Baran Aksakal			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlemsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☒ Uzmanlık Tezi			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Diğer ise belirtiniz				
	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr.Ömer Faruk TANER
İmza:

ASLIGİBİDİR

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Dr.Ömer Faruk TANER
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmaktadır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aksaray İli Ağaçören İlçesindeki 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Sağlık Davranışları ve İlişkili Risk Etmenleri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞİLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	Çocuk-Ebeveyn BİGÖF			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞİLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	PLAN	☐		
	YETKİN BİLDİRİM	☐		
	SÖNÜÇ RAPORU	☐		
KARAR BELGELERİ	Karar No:1207	Tarih: 23.09.2016		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Op.Dr.Ömer Faruk TANER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Op.Dr.Ömer Faruk TANER b.a.	Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. İsmet Faruk ÖZGÜNER	Çocuk Cerrahisi	Dr.Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları E. A. H.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr. Handan GÜLEÇ Blg.Görevli Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Ahmet ERGÜN	Fizyoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Ali ERGÜN	Tıbbi Genetik	Gazi Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr.Ömer Faruk TANER
İmza:

ASLI GİRİŞİ
Zehra ÖZBİLGE
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Birimi

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Aksaray İli Ağaçören İlçesindeki 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Sağlık Davranışları ve İlişkili Risk Etmenleri							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Mustafa N. İLHAN	Halk Sağlığı, İş Ve Meslek Hst.	Gazi Üniv. Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☒	☐	☐	
Op. Dr. Selim Şakir Erkmən GÜLHAN	Göğüs Cerrahisi	Atatürk Göğüs Hst Ve Göğüs Cer. E. A. H.	☒	☐	☐	☒	☐	☐	
Yr. Doç. Dr. İyıl ÖZAKCA	Farmakoloji (PhD)	Ankara Üniv. Ecz. Fakültesi	☐	☒	☐	☒	☐	☐	
Doç. Dr. Selma UYSAL RAMADAN	Radyodiagnostik	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☒	☐	☐	
Doç. Dr. Mustafa ALTAY	Endokrinoloji ve Metabolizma Hst.	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☒	☐	☐	
Uzm. Dr. Osman KORUCU	Nöroloji	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☒	☐	☐	
Av. Abdullah Emin TEKİN	Avukat	Serbest	☒	☐	☐	☒	☐	☐	
Necmettin TEKİN	Din Görevlisi	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☒	☐	☐	

* Toplantıda Bulunma

ASLI GİRİDİR

Zelha ÖZDİLGE

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Etik Kurul Sekreteri

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Op. Dr. Ömer Faruk TANKER
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı: Volkan Medeni

Doğum Yeri ve Tarihi: Fatih – 28.06.1984

Eğitim Bilgileri:

2014 - Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
İş Sağlığı Doktora Eğitimi

2002 - 2008 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Tıp Eğitimi

İş Tecrübesi:

Ocak 2013 – Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
Araştırma Görevlisi Doktor

Ekim 2010 – Aralık 2012 Güngören Sancaktepe Aile Sağlığı Merkezi,
Aile Hekimi

Ocak 2009 – Eylül 2010 Kastamonu Çatalzeytin İlçe Hastanesi,
Pratisyen Tabip

Yabancı Dili: İngilizce, Almanca