



**SAĞLIK DIŞI SAĞLIK BELİRLEYİCİLERİ VE BUNA BAĞLI KRONİK
HASTALIKLAR**
**NON-HEALTH HEALTH DETERMINANTS AND ITS RELATED CHRONIC
DISEASES**

Kalbiye MEMİŞ

Sağlık Yönetimi Doktora Öğrencisi, İstanbul Okan Üniversitesi, kalbiye_34@hotmail.com,
orcid.org/0000-0003-3332-0206

Makale gönderim-kabul tarihi (12.02.2020-12.04.2020)

Özet

Sağlık göstergeleri, toplum sağlığı ve sağlık sisteminin performansını ortaya koymaya yönelik ölçütlerdir. Sağlık göstergeleri aracılığı ile ülkeler arasında karşılaştırma yapmak mümkün olmaktadır. Ayrıca karar vericiler de neyi düzeltmeleri gerektiği konusunda bilgi edinmektedir. Sağlık göstergelerinin bir kısmı sağlık ve ekonomik çevre ile ilgiliyken, bir kısmı fiziksel çevreyle, bir kısmı da bireyin karakteri, davranışları ve yaşam tarzı ile ilgilidir. Alkol ve tütün kullanımı ile obezite, toplum sağlığını en fazla tehdit eden önlenebilir problemlerin başında gelmektedir. Türkiye, bu göstergeler açısından OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında iyi durumda değildir. Alkol ve tütün kullanımı, karaciğer hasarına ve solunum yolu rahatsızlıklarına yol açarken, obezite ise vücut sistemlerinin neredeyse tamamını bozmaktadır. Bu çalışmada alkol ve tütün kullanımına bağlı rahatsızlıklar ve Türkiye'nin OECD ülkeleri içerisindeki durumu incelenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Alkol kullanımı, tütün kullanımı, vücut kitle indeksi, obezite, kronik hastalıklar

Abstract

Health indicators are criteria for determining the performance of the public health and health system. It is possible to make comparisons between countries through health indicators. In addition, decision-makers also learn about what they need to correct. While some of the health indicators are related to the health and economic environment, some are related to the physical environment and some are related to the individual's character, behavior and lifestyle. The use of alcohol and tobacco and obesity are among the most preventable problems threatening public health. Turkey compared with other OECD countries in terms of these indicators are not in good condition. Alcohol and tobacco use can lead to liver damage and respiratory disorders, while obesity disrupts almost all body systems. In this study, use of alcohol and tobacco-related diseases in OECD countries and Turkey's status was examined.

Keywords: Alcohol use, tobacco use, body mass index, obesity, chronic diseases

1. GİRİŞ

Sağlık göstergeleri, toplumun sağlığını ya da sağlık sisteminin performansını ortaya koymaya yönelik olarak geliştirilen bir ölçüdür. Sağlık göstergeleri, farklı coğrafi, organizasyonel ya da idari sınırlar arasında karşılaştırılabilir ve uygulanabilir bilgiler sağlamakta ve/veya zaman içerisindeki gelişimi izlemeyi sağlamaktadır. Ülke çapında sağlık sisteminin performansını yönetmek için ortak bir yaklaşım sağlayan sağlık sistemi, yerel otoritelerin toplum sağlığını izleyerek sistemin ne derece işler olduğunu göstermesi bakımından önem taşımaktadır (Canadian Institute, 2019).

Sağlık göstergeleri, ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile ilintili olup karar verici konumundaki yetkili merciler için bilimsel veriler sağlamakta ve böylece kararların bilimsel dayanağının olmasını sağlamaktadır. Bu göstergelere ilişkin verilerin bilimsel yöntemlerle toplanması sayesinde ülkeler arasında bir karşılaştırma yapmak da mümkün olmaktadır (Songur, 2016: 199).

Sağlık göstergeleri, ülkeler arasında karşılaştırma yapılmasını sağladığı gibi ülke içerisinde de sağlık politikalarının belirlenmesinde, kaynak tahsisinde, kaynakların planlanmasında kritik önem taşımaktadır (Uçan ve Atay, 2016: 216). Sağlık göstergelerinin takibi sonucunda devletler sağlık alanında hangi konuların iyileştirilmesi gerektiğini belirleyebilir ve planlamasını da buna uygun olarak yapabilir. Sağlık göstergeleri, ülkelerin sağlık sisteminin başarısını da göstermektedir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 105).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), “Küresel Referans Listesi: 100 Temel Sağlık Göstergesi” adlı çalışmada sağlık göstergelerini Sağlık Statüsü, Risk Faktörleri, Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Sağlık Sistemleri olmak üzere dört başlıkta ele almıştır. “Sağlık Statüsü, doğumda beklenen yaşam süresi ve anne-bebek ölüm oranını; “Risk Faktörleri” beslenme, çevresel ve davranışsal faktörleri, yaralanma ve şiddet olaylarını; “Sağlık Hizmetlerine Erişim” üreme, bağışıklık sistemi, HIV, sıtma, salgın hastalıklar ve zihinsel sağlık için (ve fakat bunlarla sınırlı olmamak kaydıyla) sağlık hizmetlerine erişebilmeyi; “Sağlık Sistemleri” ise doktor ve hastane sayısı, doktor başına hasta sayısı, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve kapasitesi gibi belirleyicilerini ifade etmektedir (WHO, 2018). Görüldüğü üzere bu göstergelerden bir kısmı sağlık ve ekonomik çevre ile ilgiliyken, bir kısmı fiziksel çevreyle, bir kısmı da bireyin karakteri, davranışları ve yaşam tarzı ile ilgilidir. Yani sağlık göstergeleri arasında sağlık dışı konulardaki göstergeler de bulunmaktadır.

2. Sağlık Dışı Sağlık Göstergeleri

Sağlık, yalnızca doğumda beklenen yaşam süresi, sağlık hizmetlerine erişim ya da sağlık sisteminin yüksek kalitesi ve işlerliği ile ilgili değildir. Doğumda beklenen yaşam süresi çok uzun da olsa, sağlık hizmetlerine erişim imkânı da olsa ya da sağlık sistemleri çok kaliteli de olsa bireyin sağlığını etkileyen birtakım faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler sağlık dışı sağlık göstergelerini oluşturmaktadır (Rivera, 2004: 98).

Sağlık dışı sağlık göstergeleri, genel olarak genetik faktörler, çevresel faktörler, sosyal ve toplumsal faktörler, sosyoekonomik faktörler ve sağlıksız davranışlardır (Australian Institute, 2020).

Sağlık dışı sağlık göstergelerinden ilki genetik faktörlerdir. Bireyin davranışlarından, sosyal, ekonomik ve fiziksel çevresinden bağımsız olarak genetik mirası nedeniyle sahip olduğu hastalıklardır. Örneğin Down Sendromu, bu sebeple görülebilen hastalıklardan biridir. Bir diğer sağlık dışı sağlık göstergesi, çevresel faktörlerdir. İnsan sağlığını etkileyebilecek su kalitesi ve suya erişim gibi konular sağlık dışı sağlık göstergelerinden çevresel faktörleri oluşturmaktadır. Sağlığın

belirleyicilerinden bir diğeri sosyal ve toplumsal faktörlerdir. Sosyal destek, yaşam stresi, barınma ve eğitim düzeyi gibi konular, sosyal ve toplumsal faktörleri oluşturmaktadır. Sosyoekonomik faktörler ise işsizlik ve/veya düşük gelir gibi insan sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olan faktörleri içermektedir. Bu çalışmanın da konusunu oluşturan son sağlık dışı sağlık göstergesi ise davranışlardır. Bireyin, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı gibi davranışları sağlığını etkileyebilmektedir (Australian Institute, 2020).

2.1. Alkol Kullanımı ve Alkol Kullanımına Bağlı Hastalıklar

Alkol kullanımı çağımızın en büyük toplumsal problemlerinden birini oluşturmaktadır (Demirbaş vd., 2016: 101-102). TÜİK verilerine göre 2016 yılı itibariyle tüm nüfusumuzun %12,2'si (Erkek %19,3, Kadın %5,3) alkol kullanmaktadır. Daha önce alkol kullandığını ancak artık kullanmadığını belirtenlerin oranı %11,9 (Erkek %19,1; Kadın %5,0), hiç alkol kullanmadığını belirtenlerin oranı ise %75,8'dir (Erkek %61,6 Kadın %89,8)

Tablo 1: Türkiye'de Alkol Kullanımı

	Yaş Grupları							
	TR	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Kullanan								
Erkek	19,3	13,1	24,1	25,2	19,2	19,7	11,5	5,5
Kadın	5,3	5,4	8,7	6,4	3,7	3,8	1	0,6
Toplam	12,2	9,3	16,5	15,9	11,5	11,6	5,9	2,5
Daha Önce Kullanan								
Erkek	19,1	5,9	16	21,4	23,8	28,7	30,4	25,8
Kadın	5	3,9	7	4,9	5,8	4,4	3,6	1,8
Toplam	11,9	4,9	11,5	13,2	14,8	16,4	16	11,3
Hiç Kullanmayan								
Erkek	61,6	81	59,9	53,4	57	51,6	58,1	68,8
Kadın	89,8	90,6	84,3	88,7	90,5	91,9	95,4	97,5
Toplam	75,8	85,8	72	71	73,6	72	78,2	86,2

Kişi başına tüketilen alkol miktarının litre cinsinden karşılaştırıldığı Tablo 2'de ise OECD ülkelerinde alkol kullanımı görülmektedir. Buna göre Türkiye'de kişi başına tüketilen alkol son beş yılda değişkenlik göstermemiş ve kişi başına 1,4 litre olarak gerçekleşmiştir. 2017 yılı itibariyle kişi başına en çok alkol tüketen ülke 12,3 litre ile Litvanya olurken, Türkiye, OECD ülkeleri arasında alkol kullanımı bakımından son sıradadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün raporunda da belirtildiği üzere alkol kullanım bozukluğu, tüm dünyada önlenabilir hastalıkların ve karaciğer hastalığına bağlı ölçümlerin başlıca nedenlerinden biridir ve dünya genelinde 3,3 milyon ölüm (tüm ölümlerin %6'sı) alkol kullanımına bağlıdır (Cengiz ve Bengi, 2019: 65). Alkol kullanımı, uzun süreli ve fazla miktarda alındığında şiddeti farklı olmakla birlikte karaciğer hasarına neden olmaktadır. Karaciğer hasarına giden süreç karaciğer yağlanması ile başlamaktadır. Alkole bağlı karaciğer yağlanması, sık rastlansa da normale dönme ihtimali çok yüksektir. Ancak karaciğer yağlanması başladıktan sonra alkol kullanımına devam edilmesi, alkolik

hepatit ve alkolik siroza kadar giden bir süreci başlatmaktadır (İdilman, 2003: 220). Yalnızca ABD’de alkole bağlı sağlık problemleri, diğer madde kullanımına bağlı ölümlerin üç katından daha fazladır. Alkol kullanımı, kadın ve erkekte farklı hasarlara neden olmaktadır. Kadın ve erkek bedeninde alkolün metabolize edilmesindeki farklılıklar, kadınların aynı oranda alkol kullandıklarında dahi erkeklere göre daha fazla bedensel hasara uğramasına neden olmaktadır (Gerçek vd., 2010: 8). Karaciğer yağlanması, alkolik siroz ve alkolik hepatit kadınlarda, erkeklere göre daha hızlı gelişmektedir (Altıntoprak vd., 2008: 202).

Tablo 2: OECD Ülkelerinde Alkol Kullanımı*

	2013	2014	2015	2016	2017		2013	2014	2015	2016	2017
Avustralya	9,8	9,5	9,7	9,4	N/A	Letonya	10,4	10,6	10,8	11,2	N/A
Avusturya	12,0	12,4	11,6	11,8	N/A	Litvanya	14,5	14,2	14,0	13,2	12,3
Belçika	10,3	10,6	10,4	N/A	N/A	Lüksemburg	11,7	11,8	11,9	11,3	N/A
Kanada	8,2	8,0	8,0	8,1	8,2	Meksika	3,9	4,0	4,4	4,4	N/A
Şili	7,2	7,9	7,9	7,9	N/A	Hollanda	8,7	8,4	8,3	8,2	8,3
Çekya	11,5	11,9	11,5	11,7	11,6	Yeni Zelanda	9,2	9,1	8,7	8,9	8,8
Danimarka	9,4	9,5	9,3	9,4	9,1	Norveç	6,2	6,1	6,0	6,0	6,0
Estonya	11,9	11,1	10,6	10,2	10,3	Polonya	10,8	10,5	10,5	10,5	10,6
Finlandiya	9,1	8,8	8,5	8,4	8,4	Portekiz	10,5	10,4	10,5	10,7	N/A
Fransa	11,6	12,0	11,9	11,7	11,7	Slovakya	9,9	10,1	10,2	9,9	9,7
Almanya	11,7	11,6	12,0	10,9	N/A	Slovenya	9,5	10,9	11,5	10,5	10,1
Yunanistan	7,5	7,0	6,6	6,5	N/A	İspanya	8,8	8,7	8,3	8,6	N/A
Macaristan	10,6	10,9	10,8	11,1	N/A	İsveç	7,3	7,2	7,2	7,2	7,1
İzlanda	6,8	7,0	7,7	7,5	7,7	İsviçre	9,8	9,5	9,5	9,3	9,2
İrlanda	10,6	10,8	10,7	11,2	11,0	Türkiye	1,4	1,5	1,4	1,3	1,4
İsrail	2,9	2,7	2,6	2,6	N/A	Birleşik Krallık	9,4	9,4	9,5	9,5	9,7
İtalya	7,4	7,6	7,1	7,6	N/A	ABD	8,8	8,8	8,9	8,9	N/A
Japonya	7,4	7,1	7,2	7,2	7,2	OECD	9,0	9,1	9,0	8,9	8,9
Kore	8,7	8,9	9,1	8,7	8,7						

*: 15+ Yaş; Kişi başına tüketilen alkol miktarı (litre)

N/A: Not Applicable (Uygulanamaz)

2.2. Tütün Kullanımı ve Tütün Kullanımına Bağlı Hastalıklar

Tütün kullanımı, küresel çapta en büyük hastalık ve ölüm risklerinden birini oluşturmaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en sık kullanılan tütün ürünü sigaradır (Aslan, 2012: 2). TÜİK verilerine göre 2016 yılı itibarıyla ülkemizde yaklaşık her dört kişiden biri düzenli olarak sigara kullanmaktadır. Erkeklerde her on kişiden dördü, kadınlarda ise her otuz kişiden dördü düzenli olarak tütün içmektedir.

Tablo 3: Türkiye’de Tütün Kullanımı (%) Yaş Grupları

	TR	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Her gün kullanan								
Toplam	26,5	18,1	33,2	35,2	31,6	22,8	13,5	4,8
Erkek	40,1	28,2	49,6	50,6	45,3	35	24,2	10,7
Kadın	13,3	7,8	16,6	19,6	17,7	10,9	4,4	1,0
Ara Sıra Kullanan								
Toplam	4,1	3,3	5,6	5,4	4,1	2,4	1,6	2,3
Erkek	4	3,6	5,1	5	4,1	2,5	1,9	2,8
Kadın	4,1	3	6,1	5,9	4,1	2,3	1,3	2,0
Daha Önce Kullanan								
Toplam	12,9	2,7	8	12,4	16,7	24,1	26	22
Erkek	19,3	3,4	9,3	16,6	24,5	39,5	47,4	47,3
Kadın	6,7	2,1	6,6	8,2	8,7	9,0	7,7	5,4
Hiç Kullanmayan								
Toplam	56,5	75,9	53,3	47	47,7	50,7	58,9	70,9
Erkek	36,6	64,9	36	27,8	26,1	22,9	26,5	39,2
Kadın	75,9	87	70,7	66,3	69,5	77,8	86,6	91,6

OECD ülkeleri arasında 15 yaş üzerinde düzenli olarak tütün ürünlerini kullananlara ilişkin 2017 verisi bulunan ülkelerden İspanya %22,1 ile başı çekmektedir. İspanya’yı %19,1 ile İsviçre, %18,8 ile Almanya takip etmektedir. Ancak 2016 verilerine göre Türkiye, en çok sigara kullanan ülke konumundadır.

Tablo 4: OECD Ülkelerinde Tütün Kullanımı*

	2014	2015	2016	2017		2014	2015	2016	2017
Avustralya	N/A	N/A	12,4	N/A	Letonya	24,1	N/A	N/A	N/A
Avusturya	24,3	N/A	N/A	N/A	Litvanya	20,3	N/A	N/A	N/A
Belçika	N/A	N/A	N/A	N/A	Lüksemburg	15,3	15,0	14,9	16,0
Kanada	14,0	13,1	12,5	12,0	Meksika	N/A	7,6	N/A	7,6
Şili	N/A	N/A	24,5	N/A	Hollanda	19,1	19,0	18,0	16,8
Çekya	22,3	18,2	19,6	18,4	Yeni Zelanda	15,7	15,0	14,2	13,8
Danimarka	N/A	N/A	N/A	16,9	Norveç	13,0	13,0	12,0	11,0
Estonya	22,1	N/A	21,3	N/A	Polonya	22,7	N/A	N/A	N/A
Finlandiya	15,4	17,4	15,0	13,0	Portekiz	16,8	N/A	N/A	N/A
Fransa	N/A	N/A	N/A	N/A	Slovakya	22,9	N/A	N/A	N/A
Almanya	N/A	N/A	N/A	18,8	Slovenya	18,9	N/A	N/A	N/A
Yunanistan	27,3	N/A	N/A	N/A	İspanya	23,0	N/A	N/A	22,1
Macaristan	25,8	N/A	N/A	N/A	İsveç	11,9	11,2	10,9	10,4
İzlanda	12,6	10,9	10,2	9,4	İsviçre	N/A	N/A	N/A	19,1
İrlanda	N/A	19,0	19,0	18,0	Türkiye	27,3	N/A	26,5	N/A
İsrail	17,1	N/A	19,6	16,9	Birleşik Krallık	19,0	17,8	16,1	17,2
İtalya	19,7	19,8	20,0	19,9	ABD	12,9	11,4	11,8	10,5
Japonya	19,6	18,2	18,3	17,7	OECD	19,4	15,2	17,0	15,4
Kore	20,0	17,3	18,4	17,5					

*: 15+ yaş, her gün kullanan
N/A: Not Applicable (Uygulanamaz)

Tütün ürünlerinin kullanımı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyadaki en büyük sağlık sorunu olarak ilan edilmiştir. Tütün ürünlerini kullanımının neden olduğu ölümler, trafik, terör, iş kazaları gibi ölümlerin toplamından 5 kat daha fazladır (Korkmaz vd., 2013: 35). Tütün ve özellikle sigara kullanımı, genellikle genç yaşlarda başlamakta ve alışkanlık halinde devam etmektedir. Sigara içenlerin çok büyük çoğunluğu sigaraya 18 yaşın altında başlamaktadır (Doğan ve Ulukol, 2010: 180). Sigara kullanımı, başta KOAH ve akciğer kanseri olmak üzere, bronşit, pnömoni ve astım gibi solunum ve göğüs hastalıklarına neden olmaktadır. Ayrıca bu hastalıklar, yüksek sağlık harcamalarına neden olmaktadır (Hacıevliyagil vd., 2006: 11; Karayel vd., 2009: 130).

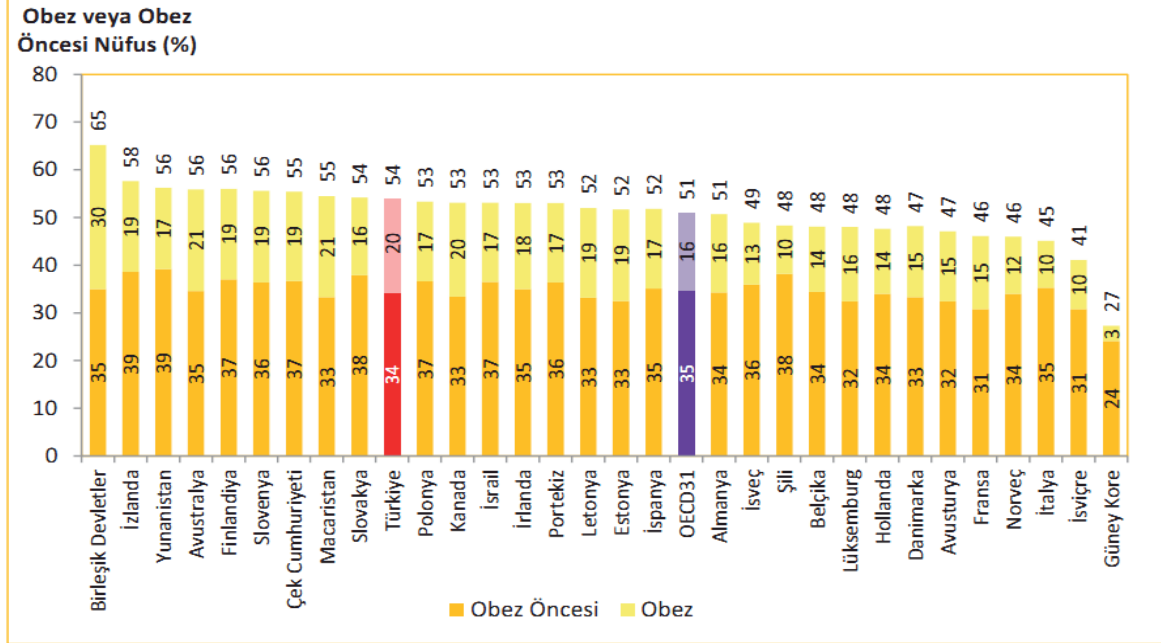
2.3. Vücut Kitle İndeksi ve Obeziteye Bağlı Hastalıklar

Obezite, modern dünyanın başlıca problemlerinden bir diğeri olup vücut sistemleri ve psikososyal durum üzerinde olumsuz etkiler yaratarak pek çok sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Aşırı yemeye bağlı olarak elde edilen enerjinin harcanmayışı, fiziksel aktivite eksikliği, yemek bozuklukları, damak zevkine uygun gıdalara karşı koyamama gibi nedenlerle dünya genelinde vücut kitle indeksi artış trendindedir (Altuntaş-Yılmaz vd., 2015: 34). Vücut kitle indeksi (Body Mass Index - BMI), bireyin kilogram cinsinden kilosunun, metre cinsinden boyunun karesine bölünmesi ile elde edilen ve bireyin sağlıklı kiloda olup olmadığını ortaya koyan bir parametredir. Birimi kg/m^2 cinsinden ifade edilmektedir (Eroğlu, 2018: 60). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre vücut kitle indeksinde sınır 25 kg/m^2 'dir. 25-30 kg/m^2 obez öncesini 30 kg/m^2 ve üzeri ise obeziteyi ifade etmektedir (WHO, 2020). Türkiye'de 2016 yılı itibarıyla 35 yaş üzeri nüfusta obez öncesi ve obez aralığında olanların toplamı %54'e ulaşmıştır. Yani 35 yaş üstündeki nüfusumuzun yarısından fazlası sağlıklı olmayan kiloya sahiptir.

Tablo 5: Türkiye'de 35 Yaş Üstü Bireylerin Vücut Kitle İndeksine Göre Dağılımı

		Düşük Kilolu	Normal Kilolu	Obez Öncesi	Obez
2012	Erkek	2,7	44,7	39,0	13,7
	Kadın	5,1	43,6	30,4	20,9
	Toplam	3,9	44,2	34,8	17,2
2014	Erkek	2,8	43,7	38,2	15,3
	Kadın	5,5	40,7	29,3	24,5
	Toplam	4,2	42,2	33,7	19,9
2016	Erkek	2,5	43,8	38,6	15,2
	Kadın	5,6	40,4	30,1	23,9
	Toplam	4,0	42,1	34,3	19,6

OECD ülkeleri ile karşılaştırma yapıldığında ise 35 yaş üzerindeki nüfusunun %65'i obez öncesi ve obez aralığında olan ABD başı çekmektedir. ABD'yi İzlanda (%58), Yunanistan, Avustralya ve Finlandiya (%56) takip etmektedir. Türkiye, obez öncesi ve obez nüfusunun oranı açısından sıralamada 10. Sıradadır (Sağlık Bakanlığı, 2018: 60).



Şekil 1: Obez veya Obez Öncesi Nüfusun Uluslararası Karşılaştırması

Obezite, kalbin yapısında ve fonksiyonları üzerinde çeşitli değişikliklere yol açmaktadır. Kalbin yapısında yarattığı değişiklikler nedeniyle başlı başına kardiyovasküler risk faktörü olan obezite, hipertansiyon ile birlikte kalbi ciddi ölçüde yormaktadır (Döner ve Özer, 2017: 482). Hipertansiyon yanı sıra obezite, TipII diyabete, kalp yetmezliğine, böbrek yetmezliğine, hiperlipidemiye, kısırlığa, kolon kanseri, prostat kanseri ve meme kanseri gibi potansiyel olarak yaşamı tehdit eden ciddi sağlık sorunlarına neden olabilir (Jiang vd., 2016; Hall vd., 2019; Roush, 2019; Javedi vd., 2018). Dünya genelinde obezite, diyabetin %44'ü, kalp hastalıklarının %23'ü, çeşitli kanser türlerinin %7 ila %41'inden sorumludur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre obeziteye bağlı hastalıkların görülme sıklığı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bir ivmeyle artış göstermektedir (Koleva, 2016: 102).

OECD'nin yayınladığı "The Heavy Burden of Obesity 2019" başlıklı raporda da obezitenin yarattığı sağlık sorunlarına değinilmiştir. Raporda obez bireylerin sağlık harcamalarının normal bireylerden 2,5 kat daha fazla olduğu, OECD ülkelerinde obezite kaynaklı hastalıklarla mücadeleye yönelik sağlık harcamalarının günümüzdeki tüm sağlık harcamalarının %8,4'ünü oluşturduğu ortaya konulmuş ve 2050'ye kadar Türkiye'de sağlık harcamalarının %12'sinin obeziteye bağlı hastalıklara ayrılacağı öngörülmüştür (OECD, 2019).

SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlığın dört temel göstergesi bulunmaktadır. Bu göstergeler, sağlık statüsü, risk faktörleri, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık sistemidir. Ülkeler arasında karşılaştırma yapmak bakımından bilimsel verilere dayalı olarak bir yorum yapmayı sağlayabilen bu göstergeler, karar vericilerin sağlık politikalarını şekillendirmelerini sağlamakta ve iyi giden veya düzeltilmesi gereken konuların belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Bu göstergeler içerisinde risk faktörleri arasında yer alan alkol ve tütün kullanımı ile vücut kitle indeksi ise diğer birçok göstergenin yanında sağlık dışı sağlık göstergeleri olarak anılmaktadır.

Sağlık dış sağlık göstergeleri bakımından Türkiye'nin durumu pek iç açıcı değildir. Türkiye'de alkol kullananların tüm nüfus içerisindeki oranı %12,2'ye ulaşmıştır. Erkeklerde bu oran %19,3 iken kadınlarda ise %5,3 olarak gerçekleşmiştir. Nüfusun %11,9'u ise daha önce hayatlarının bir döneminde sigara kullandığını belirtmiştir. Her gün sigara kullananlar ise nüfusun %26,5'ini oluşturmaktadır. Ara sıra kullananlar nüfusun %4,1'ini oluştururken, hayatının bir döneminde sigara kullandığını belirtenlerin payı ise %12,9'dur. Türkiye OECD ülkeleri arasında alkol kullanımı konusunda karşılaştırmalı olarak iyi durumda olsa da düzenli sigara kullanımı konusunda OECD ülkeleri arasında başı çekmektedir. Bu durum ülkemizde çok ciddi bir sigara kullanım problemi olduğunu göstermektedir. Bir diğer sağlık dışı sağlık göstergesi olan vücut kitle indeksi açısından değerlendirme yapıldığında ise 35 yaş üstü Türkiye nüfusunun %54'ünün obez öncesi ve obez durumunda olduğu bilinmektedir.

Alkol ve sigara kullanımı ile obezite, tüm dünyanın ortak dertlerindedir. Stres ve hareketsizliğe dayalı modern yaşam, alkol ve tütün ürünlerinin kullanımını artırmakta, gereksiz alınan enerjiler ise yakılamamaktadır. Bu nedenle de alkol ve tütün kullanımı ile obeziteye bağlı birçok kronik hastalık gelişmektedir. Alkol kullanımı karaciğer hasarına (yağlanma, sarılık, siroz), sigara ve tütün ürünlerinin kullanımı solunum ve göğüs hastalıklarına (KOAHA, akciğer kanseri, bronşit, pnömoni, astım), obezite ise vücut sistemlerinin neredeyse tamamının bozulmasına neden olmaktadır. Alkol ve sigaraya erişimin kolay olmaması için fiyatlarının yükseltilmesi, alkol ve tütün ürünleri kullanılacak yerlerde kısıtlamalara gidilmesi (dumansız hava sahası ve saat 22:00'dan sonra alkol satış yasağı) gibi uygulamalar, özellikle ilerleyen yıllarda sağlık harcamalarının kısılması sigara ve alkole bağlı ölümlerin azalması ve işgücü kaybının önlenmesi gibi faydalar sağlayacaktır. Bunun yanı sıra özellikle en yüksek risk grubu olan lise ve üniversite çağındaki gençlerde bu maddelerin kullanımının önlenmesine yönelik farkındalık yaratılabilmesi için okullarda ve üniversitelerde eğitici dersler ve konferanslar verilmelidir.

KAYNAKÇA

- Altıntoprak, E, Annette-Akgür, S, Yüncü, Z, Sertöz, ÖÖ, Çoşkunol, H (2008). "Kadınlarda Alkol Kullanımı ve Buna Bağlı Sorunlar" *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(2): 197-208.
- Altuntaş-Yılmaz, N, Erdeo, F, Tat, AM, Alp, H. (2015). "Vücut Kitle İndeksinin Ayak Taban Basınç Dağılımına Etkisi", *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2): 33-39.
- Aslan, D (2012). "Dünyada ve Türkiye'de Tütün Kullanımı: Riskler, Tehditler, Önleyici Yaklaşımlar", *Türkiye Klinikleri*, 5(2): 1-5.
- Australian Institute of Health and Welfare (2020). "Non-medical Determinants of Health". <https://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/392618> (Erişim Tarihi: 02.01.2020)
- Canadian Institute for Health Information. (2019). Health Indicators. <https://www.cihi.ca/en/health-indicators> (Erişim Tarihi: 02.01.2020)
- Cengiz, O, Bengi, G. (2019). "Alkolik Karaciğer Hastalıkları", *Güncel Gastroenteroloji*, 23(2): 65-71.
- Daştan, İ, Çetinkaya, V. (2015). "OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Demirbaş, H., İlhan, İ.Ö, Yıldırım, F, Doğan, Y.B. (2016). "Düzenli Alkol Kullanımı Olan Üniversite Öğrencileri Arasında Madde Kullanımı ile İlişkili Psikolojik Faktörler", *Eğitim ve Bilim*, 41(183): 101-109.
- Doğan, DG, Ulukol, B (2010). "Ergenlerin Sigara İçmesini Etkileyen Faktörler ve Sigara Karşıtlığı Eğitim Modelinin Etkinliği", *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(3): 179-185.
- Döner, P, Özer, C. (2017). "Hipertansiyon Tedavisinde Yaşam Tarzı Değişiklikleri: Egzersiz ve Obezite", *Türkiye Klinikleri*, 8(6): 482-485.

- Eroğlu, HA (2018). “Su Tüketimi ve Vücut Kitle İndeksi (VKİ): Kesitsel Bir Çalışma”. *3rd International Science Symposium*.
- Gerçek, Ç.G., Gümüş, G., Demir, S., Deniz, M., Sürücü, Z.P., Konuk, M., Mayda, A.S. (2010). “Düzce Üniversitesi Orman Fakültesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı Sıklığı ve Kullanmaya Başlama Nedenleri”, *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(3): 7-14.
- Hacıevliyagil, SS, Mutlu, LC, Gülbaş, G, Yetkin, Ö, Güven, H. (2006). “Göğüs Hastalıkları Servisine Yatan Hastaların Hastane Yatış Maliyetlerinin Karşılaştırılması”, *Klinik Sorunlar*, 7(1): 11-16.
- Hall, JE, Carmo, JM, Silva, AA, Wang, Z, Hall, ME. (2019). “Obesity, kidney dysfunction and hypertension: mechanistic links”. *Nature Reviews Nephrology*(15): 367-385.
- İdilman, R (2003). “Alkole Bağlı Kronik Karaciğer Hastalığında Tedavi Yaklaşımları”, *Türkiye Klinikleri*, 2(3).
- Jayedi, A, Rashidy-Pur, A, Khorsidi, M, Shab-Bidar, S. (2018). “Body mass index, abdominal adiposity, weight gain and risk of developing hypertension: a systematic review and dose-response meta-analysis of more than 2.3 million participants”. *Obesity Reviews : an Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 19(5).
- Jiang, SZ, Lu, W, Zong, XF, Ruan, HY, Liu, Y. (2016). “Obesity and hypertension (Review)”. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 12(4).
- Karayel, F, Pakiş, I, Akçay-Turan, A, Öz, B, Çelik, S. (2009). “Akciğerde Sigaraya Bağlı Patolojik Değişimler, MMP-9 ve TIMP-1 Ekspresyonlarının Değerlendirilmesi” *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 57(2): 129-135.
- Koleva, N. (2016). “Türkiye’de Obezite ve Kronik Hastalıkların Kadınlar Üzerinde Etkenleri ve Riskleri Araştırması”, *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1).
- Korkmaz, M, Ersoy, S, Özkahraman, Ş, Taşçı-Turan, E, Uslusoy, EÇ, Orak, S, Orhan, H. (2013). “Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Tütün Mamulleri-Alkol Kullanım Durumları ve Sigaraya Yaklaşımları”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(2): 34-42.
- OECD. (2019). The Heavy Burden of Obesity. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Heavy-burden-of-obesity-Policy-Brief-2019.pdf> -(Erişim Tarihi: 02.01.2020)
- Rivera, B. (2004). “Evidence on the Relationship Between Public Medical Resources and Health Indicators”, *Journal of Economic Studies*, 31(2): 98-111.
- Roush, GC (2019). “Obesity-Induced Hypertension: Heavy on the Accelerator”, *J Am Heart Assoc*, 8(8).
- Sağlık Bakanlığı. (2018). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0> -(Erişim Tarihi: 02.01.2020)
- Songur, C. (2016). “Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1): 197-224.
- Uçan, O, Atay, S. (2016). “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Büyüme Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme”, *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(3): 215-222.
- WHO (2018). “Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs)” <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259951/WHO-HIS-IER-GPM-2018.1-eng.pdf?sequence=1> -(Erişim Tarihi: 02.01.2020)
- WHO. (2020). Body mass index - BMI. [http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-\(Erişim Tarihi: 02.01.2020\)](http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-(Erişim Tarihi: 02.01.2020))