

TC  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI



ÇANAKKALE İLİ 50 YAŞ VE ÜZERİ NÜFUSUN SAĞLIK DURUMUNUN VE  
BİYO-PSİKO-SOSYAL BELİRLEYİCİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Merve ÇELİK

TEZ DANIŞMANI

Doç.Dr.Coşkun BAKAR

Çanakkale/2017

TC  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE İLİ 50 YAŞ VE ÜZERİ NÜFUSUN SAĞLIK DURUMUNUN VE  
BİYO-PSİKO-SOSYAL BELİRLEYİCİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Merve ÇELİK

TEZ DANIŞMANI  
Doç.Dr.Coşkun BAKAR

Çanakkale/2017

T.C.  
**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**

Tıpta ve Diş Hekimliğinde uzmanlık  
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından  
Dr. Merve ÇELİK'in **Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 16.08.2017

**TEZ KONU BAŞLIĞI**

**"Çanakkale ili 50 yaş ve üzeri nüfusun sağlık durumunun ve Biyo-Psiko-  
Sosyal belirleyicilerinin araştırılması"**

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Coşkun BAKAR

**Tez Jürisi Üyeleri:**

**Adı Soyadı**

**Doç.Dr.Coşkun BAKAR**

**İmzası**

.....

**Prof.Dr.İşıl MARAL**

.....

**Doç.Dr. Sibel OYMAK**

.....

**ONAY:**

Bu tez Anabilim/Bilim Dalı Akademik Kurulunca belirlenen yukarıdaki  
jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Fakülte Yönetim  
Kurulunun 24.10.8.12017 tarih ve 1.42.1.7... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. ~~Tamer~~ **BEMİR**  
Dekan V.

.....  
Dekan

## ÖZET

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı, Türkiye'nin yaşlı birey sayısının fazla olduğu illerden biri olan Çanakkale'de il merkezinde yaşayan 50 yaş ve üzeri nüfusun, sosyo-demografik özelliklerinin, sağlık sorunlarının, sosyal durumlarının ve yaşam kalitesinin saptanmasıdır. Elde edilen verilerin yerleşim yerine göre coğrafi bilgi sistemi ile analiz edilerek yerleşim yerine özel sağlık risk haritalarının oluşturulması bir diğer amaçtır.

**Yöntem:** Bu araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın saha çalışması 2-13 Mart 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evreni Çanakkale il merkezinde yaşayan 50 yaş ve üzeri nüfustur. Örneklem sayısı 385 olarak belirlenmiş toplamda 447 kişi ile görüşülmüştür. Çalışmada sosyo-demografik özelliklerin sorgulandığı bir anket formu, Nottingham Sağlık Profili (NSP), Beck Depresyon Ölçeği ve EUROHIS-QOL-8 (WHOQOL-8) ölçeği kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler Coğrafi bilgi sistemi kullanılarak sağlık ve sosyal açıdan bir haritalandırma yapılmıştır. Coğrafi bilgi sistemi için Mapinfo 10.5 paket programı kullanılmıştır. Çalışmaya katılanların boy, kilo, bel çevresi, basen çevresi ölçülmüştür. Verilerin analizi için SPSS 19.0 programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılanların yaş ortalaması  $64,2 \pm 9,3$ 'dür. Çalışma grubunun %71,3'ü erkek, % 28,7'si kadındır. İncelenenlerin %59,1'i ilköğretim mezunudur, İncelenenlerin %74,9'u evli ve eşiyile birlikte yaşamaktadır. Sigara kullanım sıklığı %21,1'dir. Kronik hastalık sıklığı %73,1, 50-64 yaş grubunda %61,6, 65 yaş ve üzerinde %86,8 olarak bulunmuştur. En sık saptanan hastalıklar; hipertansiyon (%46,1), diabet mellitus (%21,7), iskemik kalp hastalıkları (%13,0), solunum sistemi hastalıkları (%10,0), depresyon ve anksiyete bozuklukları (%8,2), kanserler (%6,4) ve artrozdur (%6,3). Katılımcıların %38,9'unda obez, %44,3'ü fazla kiloludur. Depresyon sıklığı %16,7'dir. NSP ve EUROHIS yaşam kalitesi ölçeklerine göre depresyonu olanların yaşam kalitesi kötü olarak değerlendirildi.

**Sonuç:** Kronik hastalıklar, hipertansiyon, diyabet, obezite ve depresyon sıklıkları literatürle benzer şekilde yüksek bulunmuştur. Kronik hastalıkları ve ilişkili risk faktörlerini önleyici koruyucu sağlık programları geniş kapsamlı sürdürülmeli bu konuda daha çok çalışma yapılmalıdır. Çalışmamızda da depresyonun yaşam

kalitesini düşürdüğü belirlendi. Yerleşim yerine göre kronik hastalıklar ve ilişkili risk faktörleri açısından en riskli yerleşim yerleri Fevzipaşa, Kemalpaşa ve Namık Kemal'dir. Bu yerleşim yerlerine daha çok koruyucu sağlık hizmeti sunularak kronik hastalıkların önlenmesi hedeflenmelidir. Yapılan bu çalışma ile özellikle gelecekte yaşlı gruba dahil olacak 50-64 yaş grubunun sağlık profili, sosyal durumu ve yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular önümüzdeki yıllarda daha çok kronik hastalığa sahip, yaşam kalitesi ve psikolojik durumu kötü bir yaşlı kesimin olacağıdır. Yapılan bu tahminin topluma getireceği yük ciddi boyuttadır. Bu yüzden bugün koruyucu sağlık hizmetlerini geriatri alanında güçlendirerek kronik hastalıklarla mücadele ederek bu olumsuz tabloyu önlemek mümkün olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlı sağlığı, kronik hastalık, hipertansiyon, depresyon, coğrafi bilgi sistemi.

## ABSTRACT

**Introduction:** The aim of this research is to determine the socio-demographic characteristics, health problems, social conditions and quality of life of the population aged 50 years and older living in the province center in Çanakkale, which is one of the countries where the number of elderly individuals is high. Another goal is to analyze the data obtained by the geographical information system according to the settlement area and to establish specific health risk maps in place of settlement.

**Materials and Method:** This is a cross sectional study. Field work is done between 2-13 March 2015. The universe of your research penetrates over 50 years of age living in the center of Çanakkale. The number of samples was 385 and 447 people were interviewed. The questionnaire used was the Nottingham Health Profile (NSP), the Beck Depression Scale and the EUROHIS-QOL-8 (WHOQOL-8) scale for socio-demographic characteristics. Data obtained from non-working A health and social mapping was made using the geographical information system. The Mapinfo 10.5 package program is used for the Cogarfi system. The height, weight, waist circumference, baseline circumference of the participants were measured. SPSS 19.0 program was used for analysis of data.

**Results:** The average age of the study participants were  $64,2\pm 9,3$ . Group of study was 71.3% male and 28.7% female. Primary school graduate was 59.1%, married was 74.9%. Frequency of smoking was 21.1%. Frequency of the chronic diseases was 73.1%, 50-64 age group was 61.6%, over 65 age was 86.8%. The most frequent diseases were hypertension (46.1%), diabetes mellitus (21.7%), ischemic heart disease (13.0), respiratory system diseases (10.0%), depression and anxiety disorders (8.2%), cancers (6.4%) and arthrosis (6.3%) Of participants 38.9% was obese and 44.3% was overweight. Frequency of depression was 16.7%. According to NSP and EUROHIS quality of life scales, the quality of life of those with depression was evaluated as poor.

**Conclusion:**

The prevalence of chronic diseases, hypertension, diabetes, obesity and depression was found to be similar to the literature. More preventive health care

programs for chronic diseases and associated risk factors should be pursued in a more comprehensive way. In our study, it was also found that depression reduced the quality of life. Fevzipaşa, Kemalpaşa and Namık Kemal are the most risky settlements in terms of chronic diseases and associated risk factors. Prevention of chronic diseases should be targeted by offering more preventive health services to these settlements. This study assessed the health profile, social status and quality of life of the 50-64 age group, including the elderly grub in the future. Findings that will be obtained in the coming years will have more chronic illness, poor quality of life and poor psychological status. This estimate is a serious burden to bring the collection to. Therefore, it will be possible to prevent this negative picture by strengthening the preventive health services in the field of geriatrics by fighting with chronic diseases.

**Key Words:** Elderly health, chronic disease, hypertension, depression, geographic information system



## TEŞEKKÜR

Bu tez alıőmasının verilerinin toplanması ve veri girişi aőamalarında emeği olan intörn hekimler Ali Osman iek, Ceyda Nur Dündar, Enes Akbulut, Hüseyin Polat, İsmail Akdeniz, M.M.Nezir Engin, Mehmet Doğru, Melike Ak, Merve Ilgaz, Merve İlçin, Onur Kaya, Ozan akıcı, Recep Dede, Sena Beyzadeoęlu Gıdık ve Yeőim Demir'e , Coğrafi bilgi sistemini öğrenmemi sağlayan Fen Edebiyat Fakóltesi Coğrafya Bölümü Öğretim Üyesi Prof.Dr. Telat Koç'a, verilerin toplanma aşamasında katkısı olan Belediye Hekimi Dr. Mehmet Cengiz Işık'a, Altın Yıllar Yaşam Merkezi yöneticisi Nadide Bilir ve Iőın alıőkan'a ve Çanakkale Belediyesi Sosyal Yaşam Evlerinde Görevli Sosyolog Erdal Akkol'a teőekür ederim.



## İÇİNDEKİLER

İç kapak.....	i
Kabul-onay sayfası.....	ii
Özet ve anahtar sözcükler.....	iii
İngilizce özet (Abstract ve Key words).....	v
Teşekkür .....	vii
İçindekiler .....	viii
Kısaltmalar ve simgeler dizini.....	ix
Şekiller dizini.....	x
Tablolar dizini.....	xiii
Giriş ve amaç.....	1
Genel bilgiler.....	5
Gereç ve Yöntem.....	59
Bulgular.....	78
Tartışma.....	155
Sonuç ve öneriler.....	179
Araştırmanın kısıtlılıkları.....	189
Kaynaklar.....	190
Ekler.....	214

## KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

BKİ/BMI: Beden Kitle İndeksi/ Boddy mass index

DM: Diyabet

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TURDEP-I: Türkiye Diyabet Hipertansiyon Obezite Ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması, 1997-1998

TURDEP-II: Türkiye Diyabet Hipertansiyon Obezite Ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması, 2011

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması

NHP: Nottingham Sağlık Profili

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

HT: Hipertansiyon

İKH: İskemik Kalp Hastalığı

## ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 1. Dünya nüfus piramidi 1950-2100
- Şekil 2. Türkiye'deki nüfusun yaş yapısındaki değişim
- Şekil 3. 2016 yılı Türkiye nüfus piramidi
- Şekil 4. Hanehalkı nüfusun yaş yapısı
- Şekil 5. Türkiye'de nüfus yaş yapısının değişimi, 2013-2075
- Şekil 6. Yaş grubuna göre nüfus oranları:1935-2075
- Şekil 7. Temel hastalık gruplarına göre ölümcül olmayan hastalık yükü (YLD)
- Şekil 8. Yaş grubu ve cinsiyete göre engelli olan nüfusun dağılımı
- Şekil 9. Dünya kanser insidansı (100.000'de)
- Şekil 10. Dünya kanser prevalansı (100.000'de)
- Şekil 11. Tüm kanserler yaşa standardize insidans hızlarının cinsiyete göre dağılımı (2010-2014).
- Şekil 12. 1854 yılında John Snow Londra'daki kolera salgını
- Şekil 13. Hastalık insidans modellerinin CBS destekli gösterimi: Almanya'da tüberküloz, 1996.
- Şekil 14. Coğrafi bilgi sisteminin bileşenleri.
- Şekil 15. Coğrafi veri elementleri.
- Şekil 16. Kanada'da kardiyovasküler hastalık risk faktörleri haritası.
- Şekil 17. Çanakkale İli ve İlçelerinin Konumu
- Şekil 18. Çanakkale İl merkezindeki mahallelerin konumu
- Şekil 19. Türkiye ve Çanakkale kırsal-kentsel alanı, yaş gruplarının dağılımı, 2016
- Şekil 20. Mahalle nüfusunun yaş gruplarına göre dağılımı (%), Çanakkale, 2016.
- Şekil 21. İncelenenlerin mahallelere göre dağılımları, Çanakkale, 2015
- Şekil 22. İncelenenlerin yaş gruplarına göre dağılımları, Çanakkale, 2015
- Şekil 23. İncelenen kadınların yaş gruplarına göre dağılımları, Çanakkale, 2015
- Şekil 24. İncelenen erkeklerin yaş gruplarına göre dağılımları, Çanakkale, 2015
- Şekil 25. İncelenenlerin 65 Yaş üstü nüfus sıklığının mahallelere göre dağılımı, Çanakkale, 2015
- Şekil 26. İncelenenlerin medeni duruma göre dağılımları, Çanakkale, 2015

Şekil 27. İncelenenlerden kadınların medeni duruma göre dağılımları, Çanakkale, 2015

Şekil 28. İncelenenlerden erkeklerin medeni duruma göre dağılımları, Çanakkale, 2015

Şekil 29. İncelenenlerin Çanakkale’de yaşadıkları yıla göre dağılımları, Çanakkale, 2015

Şekil 30. En sık görülen kronik hastalıklar (%)

Şekil 31. Yaşa ve cinsiyete göre en sık görülen kronik hastalıklar (%), Çanakkale, 2015

Şekil 32. Yaş grubu ve cinsiyete göre en az bir kronik hastalığı olanlar (%), Çanakkale, 2015

Şekil 33. Kronik hastalıkların yerleşim yerine göre dağılımı, Çanakkale, 2015

Şekil 34. 50-64 yaş grubundaki kadın ve erkeklerin kronik hastalık sıklığının yerleşim yerine göre dağılımı, Çanakkale, 2015

Şekil 35. 65 yaş ve üzeri kadın ve erkeklerin kronik hastalık sıklığının yerleşim yerine göre dağılımı, Çanakkale, 2015

Şekil 36. Kardiyovasküler risk faktörlerine (diyabet, hipertansiyonun olması, fazla kiloluluk ve obezite, sigara kullanımı) göre dağılım, Çanakkale, 2015

Şekil 37. 50-64 kadın ve erkeklerde kardiyovasküler risk faktörlerinin yerleşim yerine göre incelenmesi, Çanakkale, 2015

Şekil 38. 65 yaş ve üzeri kadın ve erkeklerde kardiyovasküler risk faktörlerinin yerleşim yerine göre incelenmesi, Çanakkale, 2015.

Şekil 39. 50 yaş ve üzeri kişilerin yerleşim yerine göre hipertansiyon sıklığı, Çanakkale, 2015.

Şekil 40. Hipertansiyon sıklığının yaş ve cinsiyete göre değişimi, Çanakkale, 2015

Şekil 41. 50 yaş ve üzeri kişilerin yerleşim yerine göre diyabet sıklığı, Çanakkale, 2015.

Şekil 42. Diyabet sıklığının yaş ve cinsiyete göre değişimi, Çanakkale, 2015

Şekil 43. İskemik kalp hastalığı sıklığının yaş ve cinsiyete göre değişimi, Çanakkale, 2015

Şekil 44. Çalışmaya katılanların BMI sınıflamasına göre dağılımları, Çanakkale, 2015

Şekil 45. Kadınlarda BMI sınıflaması, Çanakkale, 2015

Şekil 46. Erkeklerde BMI sınıflaması, Çanakkale, 2015

Şekil 47. İncelenenlerin yaş grubu ve yerleşim yerine göre obezite sıklığı (%), Çanakkale, 2015

Şekil 48. İncelenenlerin Beck depresyon puanlarına göre dağılımları, Çanakkale, 2015.

Şekil 49. İncelenenlerin yaş grubu ve yerleşim yerine göre depresyon sıklığı (%), Çanakkale, 2015.

Şekil 50. Depresyon sıklığının yaş ve cinsiyete göre değişimi, Çanakkale, 2015

Şekil 51. Çalışmaya katılanların düzenli yemek yeme ve düzenli egzersiz yapma oranları, Çanakkale, 2015

Şekil 52. İncelenenlerin sigara kullanma durumları, Çanakkale, 2015.

Şekil 53. İncelenenlerin geçmişte sigara kullanma durumları, Çanakkale, 2015.

Şekil 54. İncelenenlerin alkol kullanma durumları, Çanakkale, 2015.

Şekil 55. İncelenenlerin yaşlanmaktan memnuniyet derecelerinin dağılımı (%), Çanakkale, 2015.

Şekil 56. İncelenenlerin cinsiyete göre yaşlanmaktan memnuniyet derecelerinin dağılımı (%), Çanakkale, 2015

Şekil 57. İncelenenlerin geçmişteki amaçlarına ulaşma durumlarının dağılımı, Çanakkale, 2015.

Şekil 58. Cinsiyete göre geçmişteki amaçlarına ulaşma durumlarının dağılımı, Çanakkale, 2015.

Şekil 59. 50-64 yaş grubundakilerin gündelik yaşam aktivitelerinin dağılımı, Çanakkale, 2015

Şekil 60. 65 yaş ve üzerindekiilerin gündelik yaşam aktivitelerinin dağılımı, Çanakkale, 2015

Şekil 61. BDÖ ile NSP'nin duygusal reaksiyon parametresi ve NSP Toplam puanı arasındaki ilişki, Çanakkale, 2015.

## TABLolar DİZİNİ

- Tablo 1. Yaş Grubuna Göre Nüfus Dağılımı, Türkiye 1993-2016.
- Tablo 2. Yaş Grubuna Göre Nüfus Dağılımı, Çanakkale 1993-2016.
- Tablo 3. Dünyada 60 yaş ve üzeri nüfustaki ölüm ve hastalık yükü (DALY's) nedenleri, 2002.
- Tablo 4. 2002-2015 ilk 10 ölüm nedenleri.
- Tablo 5. Türkiye'de 60 yaş ve üzeri nüfustaki ölüm ve hastalık yükü (DALY's) nedenleri, 2004.
- Tablo 6. Çanakkale Demografik Verileri 2010-2016.
- Tablo 7. Çanakkale İli ve Merkez İlçe Nüfusunun Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı, 2016, Çanakkale.
- Tablo 8. Merkez ilçe mahalle nüfuslarını yaş gruplarına göre dağılımı, 2016, Çanakkale.
- Tablo 9. Çanakkale Merkez İlçedeki Mahallelere Göre Nüfusun ve Örneklem Sayılarının Dağılımı, 2013.
- Tablo 10. İş-Zaman Çizelgesi.
- Tablo 11. İncelenenlerin sosyo-demografik özellikleri, Çanakkale, 2015.
- Tablo 12. Yaş grubuna ve cinsiyete göre sosyo-demografik özelliklerin dağılımı, Çanakkale, 2015.
- Tablo 13. İncelenenlerin kronik hastalıklarının ve süreleri, Çanakkale, 2015.
- Tablo 14. Cinsiyete ve yaşa göre kronik hastalık sıklıklarının dağılımı, Çanakkale, 2015.
- Tablo 15. İncelenenlerin kronik hastalık sıklığının yerleşim yerine göre dağılımı, Çanakkale, 2015.
- Tablo 16. Kronik hastalıkların yerleşim yerine göre dağılımı, Çanakkale, 2015
- Tablo 17. Kadınlarda kronik hastalık görülme sıklığı ile risk faktörlerinin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015.
- Tablo 18. Erkeklerde kronik hastalık görülme sıklığı ile risk faktörlerinin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015.
- Tablo 19. Kronik hastalığa etki eden risk faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi (GA: %95), Çanakkale, 2015
- Tablo 20. Hipertansiyon görülme sıklığı ile risk faktörlerinin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015

Tablo 21. Hipertansiyonu etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi (GA: %95), Çanakkale, 2015

Tablo 22. Diyabet görülme sıklığı ile risk faktörlerinin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015

Tablo 23. Diyabete etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi (GA: %95), Çanakkale, 2015

Tablo 24. İskemik Kalp Hastalığı görülme sıklığı ile risk faktörlerinin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015

Tablo 25. İskemik kalp hastalıklarına etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi (GA: %95), Çanakkale, 2015

Tablo 26. Ölçüm değerleri, Çanakkale, 2017

Tablo 27. Cinsiyete göre ölçüm değerlerinin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015

Tablo 28. Yaş grubuna göre ölçüm değerlerinin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015

Tablo 29. Çalışmaya katılan kişilerin yaş grubuna göre BMI sınıflaması, Çanakkale, 2015

Tablo 30. Yaş gruplarında yaş ile kilo, boy, bel çevresi, basen çevresi arasındaki ilişki, Çanakkale, 2015

Tablo 31. Katılımcıların obezite durumu ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015

Tablo 32. Obeziteye etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi, Çanakkale, 2015

Tablo 33. 50 yaş üstü bireylerde depresyon ve risk faktörleri arasındaki ilişki, Çanakkale, 2015

Tablo 34. Depresyona etkiyen risk faktörlerinin lojistik regresyon analizi (%95 GA ) ile incelenmesi, Çanakkale, 2015

Tablo 35. Yaş grubuna ve cinsiyete göre madde kullanımı, Çanakkale, 2015.

Tablo 36. Yardımcı araç kullanma durumu, Çanakkale, 2015

Tablo 37. Cinsiyete göre yaşlanmaktan memnuniyet durumu ve geçmişteki amaçlara ulaşma durumu, Çanakkale, 2015

- Tablo 38. Yaş grubuna göre yaşlanmaktan memnuniyet durumu ve geçmişteki amaçlarına ulaşma durumu, Çanakkale, 2015
- Tablo 39. İncelenenlerin yaşlanmaktan memnuniyeti ve geçmişteki amaçlarına ulaşma durumunun depresyon ile ilişkisinin incelenmesi, Çanakkale, 2015
- Tablo 40. İncelenenlerin son altı ay içinde evde ve dışarıda düşme durumlarının dağılımları, Çanakkale, 2015
- Tablo 41. Cinsiyete göre düşme durumunun dağılımı, Çanakkale, 2015
- Tablo 42. Yaş grubuna göre düşme durumunun dağılımı, Çanakkale, 2015
- Tablo 43. Kronik hastalık durumuna göre düşmenin dağılımı, Çanakkale, 2015
- Tablo 44. İncelenenlerin sağlık hizmeti kullanım durumları, Çanakkale, 2015
- Tablo 45. İncelenenlerin en son başvurdukları sağlık kuruluşundan memnuniyet durumları, Çanakkale, 2015
- Tablo 46. İncelenenlerin EUROHİS ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımları, Çanakkale, 2015
- Tablo 47. İncelenenlerin EUROHİS ölçek puanlarının yaş gruplarına göre dağılımları, Çanakkale, 2015
- Tablo 48. İncelenenlerin EUROHİS ölçek puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması, Çanakkale, 2015
- Tablo 49. İncelenenlerin EUROHİS ölçek puanlarının kronik hastalık varlığına göre dağılımları, Çanakkale, 2015
- Tablo 50. İncelenenlerin EUROHİS ölçek puanlarının hipertansiyon varlığına göre dağılımları, Çanakkale, 2015
- Tablo 51. İncelenenlerin EUROHİS ölçek puanlarının depresyon varlığına göre dağılımları, Çanakkale, 2015
- Tablo 52. EUROHİS ve NSP ile BDÖ, yaş ve aylık gelir miktarı arasındaki ilişki Çanakkale, 2015
- Tablo 53. Cinsiyete göre NSP alt bölüm ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması, Çanakkale, 2015
- Tablo 54. Depresyon varlığına göre NSP alt bölüm ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması, Çanakkale, 2015



## GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık tarihi hayatta daha uzun süre yaşamanın hatta ölümsüzlüğün hayalini kuran örneklerle doludur. O kadar ki ölümsüzlük hayali farklı toplumların mitolojilerinde kendine yer bulabilmiştir. Günümüzde ise ölümsüzlük olmasa bile uzun yaşam beklentisi hayal olmaktan çıkmış özellikle sanayileşmiş ülkelerde son yüzyıl içinde yaşam beklentisi sürekli olarak artmıştır (1, 2). Demografik ve epidemiyolojik dönüşüm nüfus paterni ile birlikte ölüm nedenleri ve yaşlarında değişikliklere yol açmış zamanla bulaşıcı hastalıklar azalmış; erken yaşlarda görülen prematür ölümler ileri yaşlara kaymıştır. Böylece toplumda yaşam beklentisi arttığı gibi, yaşlı nüfus oranı da artmaya başlamıştır (3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tahminlerine göre 2015 ve 2050 yılları arasında dünya üzerinde yaşayan 60 yaş ve üzeri nüfus ikiye katlanarak %12'den %22'ye çıkması (900 milyondan 2 milyara ulaşması) beklenmektedir. 2050 yılında her beş kişiden biri 60 yaşın üzerinde olacaktır. Ayrıca yaşlı insanların %80'i orta ve düşük gelirli ülkelerde olacaktır (4). 2016 yılı Dünya nüfusunun %8,7'sini yaşlı nüfus oluşturmaktadır. En yüksek yaşlı nüfusa sahip ülkeler %31,3 ile Monako, %27,3 ile Japonya ve % 21,8 ile Almanya'dır. Türkiye bu sıralamada 66. Sıradadır (5).

Türkiye'deki 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı %8,3'dür (5). Nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye'deki yaşlı nüfus oranınının 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında %27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (6). Birleşmiş Milletlerin tanımına göre yaşlı nüfusun %10'un üzerine çıktığı toplumlar 'çok yaşlı toplum' olmaktadır (7). Demografik projeksiyonlar, ülkemizde yaşam beklentilerindeki artışın devam edeceğini ve yakın gelecekte çok yaşlı toplum kategorisine gireceğini göstermektedir.

Yaşlı nüfustaki artış tıbbi, sosyal ve ekonomik yönden önemli sorunları beraberinde getirmektedir (8). Yaşlılarda kronik dejeneratif hastalıklar ve bununla ilişkili yeti kayıpları artmaktadır. Yaşlılık döneminde gerekli önlemler alınmazsa bir başkasına tam bağımlı hale gelinebilir (9). 21. yüzyılda, bütün ülkelerin uzun süreli bakım ihtiyacını karşılayacak bir sisteme ihtiyaçları olacaktır. Gelişmekte

olan ülkelerde günlük yaşam aktivitelerine destek olunması gereken yaşlı insan sayısının 2050 yılına kadar dört katına çıkması beklenmektedir (10).

Yaşlanma ile birlikte bireyin sosyal yaşamında da değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşlıların büyük kısmı emekli olmakta, çocukların evden ayrılması ile ailede küçülme, fizyolojik değişimlerin olumsuz etkileri nedeniyle hareket kabiliyeti sınırlanan yaşlının ev içinde ve dışındaki yaşamında kısıtlılıklar ve sosyal çevresinde daralma meydana gelmektedir (11). Yaşlılık, kişinin toplumsal rollerinde değişikliğe çoğu zaman da bir kayba neden olmaktadır. Çalışan bir kişi için emeklilik, yaşlılıkla gelen en önemli değişikliklerden birisidir. Bir diğer değişiklik ise eş kaybıdır. İleri yaş kadınlar daha çok eşlerini kaybettikleri için aynı yaş grubu erkeklere göre daha depresif olma eğilimindedirler (12).

Başarılı yaşlanma, yalnızca sağlık yönünden değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal yönden tam iyilik halinin varlığına işaret eden bir kavramdır. Yaşam süresinin uzunluğu, biyolojik, zihinsel sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal üretkenlik, yaşamdan zevk alma başarılı yaşlanmanın temel göstergeleridir (13). Başarılı yaşlanma aynı zamanda bireyin kendini yaşlılığa hazırlama sürecinde sosyal çevresi ile ilişkilerini canlı tutmak, sağlık sorunlarını en aza indirmek için koruyucu önlemler almak, bellek ve fiziksel kapasitesini geliştirici çabalar içinde olmak ve yaşama pozitif yönde bakabilmek anlamına gelmektedir (14).

Toplumsal demografik dönüşümü yıllar önce yaşamış gelişmiş olan ülkeler toplumun yaşlanması sorunu ile karşı karşıyadır (15). Yaşlıların oranının artışı ile birlikte, onların sağlık ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmaması gelişmekte olan ülkeler için de önemli sorun haline gelecektir (16).

Bugün demografik göstergelerin hepsi toplumsal yaşlanmanın etkisine giren bir Türkiye'ye işaret etmektedir (17). Gelecekte Türkiye'nin de bu sorunları yaşaması kaçınılmaz olacaktır (18). Yaşlı artışı ile birlikte gelen sorunları çözebilmek için bir takım politikaların önceden belirlenmesi gerekmektedir. Yaşlı sağlığına yönelik politikaları daha gerçekçi bir zeminde oluşturabilmek için, yaşlı sorunlarına yönelik yapılacak demografik çalışmalara öncelik vermelidir (19).

Yaşılık politikaları tüm sektörleri kapsamaktadır. Sektörlerin yapabilecekleri örnek eylemler, konut seçeneklerini genişleten politikalar ve programlar oluşturmak; binaları ve ulaşımı erişilebilir hale getirmek; çalışma ortamlarında yaş çeşitliliğinin teşvik edilmesi; ve yaşlı insanları yoksulluktan sosyal koruma yoluyla korumak olmalıdır (20).

Sağlık sistemlerinin yaşlı nüfusun gereksinimlerine göre yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Dünyadaki çoğu sağlık sistemi, genellikle çoklu kronik rahatsızlıkları veya geriatrik sendromları olan yaşlı insanların ihtiyaçlarını karşılamaya hazır değildir. Sistemler, daha yaşlı insan merkezli ve entegre bir bakım hizmeti sunabilmelidir (20).

Toplumların gelmekte olan nüfus dalgasına uygun şekilde hazırlanması gerekmektedir. Bu durumda hem zorlukların hem de fırsatların çok olacağı ileri sürülmektedir (21). Çanakkale’de 50-64 yaş grubu tüm nüfusun %18,6’sını (95.585 kişi), 65 yaş üstü yaş grubu %12,9’unu (64.973 kişi) oluşturmaktadır. Merkez ilçede yaşlı nüfus, tüm ilçe nüfusunun %8,8’lik bölümünü meydana getirmektedir (22). Çanakkale’de nüfus çok yaşlı toplum tanımına uymaktadır. Yaşlı nüfusun bu kadar çok olduğu bir bölgede yaşlı insanların sorunları da öncelikli olması beklenmektedir.

Çanakkale’de 65 yaş ve üzeri kişilerle yapılan bir çalışmada kadınların eğitim düzeyinin erkeklere göre düşük olduğu ve daha çok sayıda kişinin eşini kaybettiği bulunmuştur. Çalışmaya katılanların yarısı düşük gelire sahiptir. Kronik hastalık sıklığı %86 olarak bulunduğu çalışmada en sık hastalıklar hipertansiyon, kalp damar hastalıkları ve diyabettir. Yaşlıların bu kadar yoğun olduğu bir bölgede sağlık sorunları da ciddi boyuttadır. Ayrıca eğitim düzeyi düşük yalnız yaşayan kadınların bulunması sosyal açıdan bir sorundur. Yaşlanmanın getirdiği yeti kayıpları, sağlık ve sosyal sorunlar çözülmesi gereken yaşlı sağlığı problemleridir (23).

Bu araştırma ile elde edilen sağlık ve sosyal belirleyiceler mahalle haritası üzerinde değerlendirilerek yerleşim yerine göre risk haritaları oluşturulması

hedeflenmiştir. Bu sayede karar vericilere yaşlılarla ilgili sorunları yerleşim yerlerine göre ortaya koyularak hizmet politikalarına yol göstermesi amaçlanmıştır.

Bu araştırma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından planlanan bir uzmanlık tezidir. Çalışma bölgesi Çanakkale İl Merkezi olup, evren 50 yaş ve üzeri bireylerdir. Bu araştırmanın kısa vadeli hedefleri; Türkiye'nin yaşlı birey sayısının fazla olduğu illerden biri olan Çanakkale'de il merkezinde yaşayan 50 yaş ve üzeri nüfusun, sosyo-demografik özelliklerinin, sağlık sorunlarının, sosyal durumlarının, engellilik ve özürülük durumlarının, sağlık hizmetleri kullanım durumlarının ve yaşam kalitesinin yerleşim yerlerine göre saptanmasıdır.

Bu araştırmanın uzun vadeli hedefleri; Bu araştırmanın verilerinin 2007 yılında yayımlanan "21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek" isimli kitapta tanımlanan "Sağlıklı Yaşlanma" hedefine ulaşmaya katkı sağlaması beklenmektedir. Bu hedefler içinde 2020 yılına kadar 80 yaşında ev ortamında yaşayan, kendi ihtiyaçlarını karşılayabilen, özgüveni ve sosyal yeri olan kişi oranının en az %50 arttırılması da hedeflenmektedir.

50 yaş ve üzeri bireylerin seçilme nedeni 50 yaş ve üzeri grupta Türkiye'de bu risk grubunda yeterince çalışma olmaması ve özellikle Çanakkale ilinden yola çıkılarak yaşlı sağlığı politikaları geliştirme konusunda yeni model üretilebilecek ve projeksiyon geliştirilebilme potansiyelinin olmasıdır. Buradaki hedefimiz, özellikle 50-64 yaş aralığındaki insanların sağlık sorunlarından yola çıkarak, gelecek 10-20 yılı için projeksiyonlar yapmak ve yerel politika belirleyicileri yönlendirebilmektir.

## GENEL BİLGİLER

DSÖ, yaşlılığı 65 yaş ve üzeri olarak kabul etmekte, dünya genelinde geçen yüz yıla göre doğuşta beklenen yaşama beklentisinin arttığını bildirmektedir (24). 'Yaşlanma', 'yaşlılık' ve 'ihtiyarlık' kavramları geriatri ve gerontoloji alanlarında sık kullanılan kavramlardır. Sözlük anlamı olarak 'yaşlılık' yaşlı olma, artmış yaşın etkilerini gösterme hali olarak tanımlanabilir. Erişkin konuma ulaştıktan yani üreme dönemini bitirdikten ölüme kadar geçen zaman dilimindeki değişim ve dönüşüm sürecidir. Bu değişimlerin ise en önemlisi doğurganlığın azalması ve mortalitenin artmasıdır (25). Yaşın artması anlamına gelen 'yaşlanma' ile yaşamın spesifik bir bölümünü tanımlamak için kullanılan 'yaşlılık' terimi arasında da küçük bir farklılık vardır; örneğin beş yaşına girmiş bir çocuk 'yaşlanmış' olup henüz 'yaşlılık' evresine girmemiştir (26). 'İhtiyarlık', tanım olarak 'yaşlılık' ile eşanlamlı olarak kullanılsa bile 'ihtiyarlık' kelimesi ileri yaşın getirdiği toplumsal ve kültürel ilişkileri ifade etmektedir (26). Yaşlanma tek boyutlu süreç değildir, yaşlanmanın tanımı değişik açılardan yapılabilir (27).

### 1.Yaşlanma tipleri

#### 1.1. Biyolojik yaşlanma

Biyolojik yaşlanma zaman bağılı olarak, hastalık olmadan ortaya çıkan fizyolojik ve anatomik değişiktir (28). Örneğin 90 yaşındaki bir yaşlının 20 yaşındaki gençle karşılaştırıldığında görme, işitme, yürüme, iç organlarının fonksiyonlarında sorunların ve gerilemenin ortaya çıkması biyolojik yaşlanmaya işarettir (27).

Yaşlanma ile birlikte görme, işitme, iskelet sistemi, beyin ve prostatta olan değişimler, menopoz ve andropoz dönemleri fizyolojiktir. Fizyolojik değişikliklerin en önemlisi, kalp damar sistemi ve solunum sistemi ile ilgili olan değişikliklerdir (11). Kalbin sistolik işlevi bozulmazken diastolik işlevi bozulur. Yaşlanma ile artan kalp yetmezliği insidansı daha çok diastoldeki işlev bozukluğu ile ilgilidir (29). Yaşlanma ile vücuttaki su miktarı ve yağsız vücut ağırlığı azalmakta ve vücuttaki yağ oranı özellikle 75 yaşın üzerindeki bireylerde artmaktadır. İlerleyen yaş ile

birlikte akciğerdeki silier aktivite azalır ve vücudun immün sistemi zayıflar. Bu iki değişik yaşlılarda akciğer enfeksiyon riskinin artmasına yol açar. Solunum kasları yaşlanma ile zayıflar. Gastrointestinal sistemde yaşlanma ile birlikte emilim düzeyi, motilite, sfinkter aktivitesi, kan akımı, bazal ve uyarılmış mide asidi salınımı ve aktif transport azalmaktadır. İlerleyen yaş ile birlikte mesanenin kapasitesi azalır. Mesanenin kasılması zayıfladığı için idrar retansiyonu görülebilir. Yaşlandıkça zayıflayan immün sistemin beraberinde idrar retansiyonu eşlik etmesi yaşlılarda idrar yolu enfeksiyonlarını kolaylaştırır. Yaşla birlikte deri hidrasyonu azalmakta ve derideki keratinize hücreler artmaktadır. Yaşlanma ile kaslarda kuvvet kaybı ve işlev yetersizliği görülür. Kemik kaybı menopoz sonrasında kadınlarda osteoporozu yol açabilir. Osteoporozda kemik kaybının yanında ağrı, spinal şekil bozuklukları, boy kısalması ve kırıklar gözlenir. Yaşlanma ile birlikte erkeklerde daha sık kırıkta hasarı ile seyreden osteoartrit görülebilir (11; 29).

Biyolojik yaşlanma değişik bireylerde farklı hızlarda olmaktadır; çünkü genetik özellikler, yaşam tarzı, hastalıklar ve kişilerin fizyolojik başa çıkma yolları çok farklılık göstermektedir (12). Yaşam biçimimiz, hücrelerimizin yaşlanmasını yavaşlatabildiği gibi hızlandırabilmektedir (30). Yaşlanma sürecini hızlandıran faktörler düzensiz beslenme, sigara, alkol, stres, obezite, diyabet, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, serebrovasküler olaylar, kas iskelet sistemi problemleri, gonartroz, demans ve depresyon gibi hastalıklardır (31).

## **1.2. Psikolojik yaşlanma**

Psikolojik boyut, yaşın kronolojik ilerlemesi ile birlikte bireyin algılama, öğrenme, problem çözme gibi bellek gücü ile kişilik kazanma alanlarında uyum sağlama kapasitelerindeki değişimleri kapsar. Davranışsal uyum yeteneğindeki yaşa bağlı değişimler psikolojik yaşlanmayı oluşturur (28). Yaşlanma ile birlikte algılamada azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında yavaşlama görülebilir. Buna karşın, kişinin yaşam deneyimleri zenginleşmiş olduğundan, iyi değerlendirme ve zengin konuşma dili de bu dönemin kazançlarındandır (12).

### **1.3. Sosyolojik yaşlanma**

Yaşlanma ile birlikte bireyin sosyal yaşamında da değişiklikler meydana gelmektedir (11). Yaşlılık, kişinin toplumsal rollerinde değişikliğe çoğu zaman da bir kayba yol açar (12). Yaşlıların büyük kısmı emekli olmakta, çocukların evden ayrılması ile ailede küçülme, fizyolojik değişimlerin olumsuz etkileri nedeniyle hareket kabiliyeti sınırlanan yaşlının ev içinde ve dışındaki yaşamı kısıtlılıklar ve sosyal çevresinde daralma meydana gelmektedir (11).

Evlilik durumu ileri yaşlarda cinsiyete göre farklılık gösterir. 65 yaşın üzerindeki kadınların %40'ı eşleri ile birlikte yaşıyorken, aynı yaş grubundaki erkeklerin %75'i eşleri ile birlikte yaşamaktadır. Eş kaybından doğan yas tepkileri depresif belirtilerde artmaya neden olmaktadır. Dulluğa alışmakta en önemli desteğin arkadaşlık ve aile ilişkileri olduğu gözlenmektedir (12).

Sosyolojik yaşlanmaya farklı bir tanımlama da şu şekilde yapılabilir; bireyin toplumdaki sosyal ilişkileri, aile hayatı, çalışma hayatı, rolleri ve görevlerinin çeşitlenerek değişmesi, zengin hayat tecrübeleri olarak anlaşılabilir. Örneğin, kadının gençken başlayan annelik rolü sürerken, yaşlanınca anneannelik rolü eklenir (27).

### **1.4. Toplumsal yaşlanma**

Toplumsal yaşlanma, toplumsal açıdan bireyin yaşlı olarak algılanması, onun bazı rol ve statü kayıpları yaşaması olarak tanımlanabilir (32). Yaşlılık kolay benimsenmeyebilir, ancak toplum o bireye, yaşlılık statüsüne ilişkin bir anlam atfeder. Farklı dönemlerde, farklı kültürlerde toplumların yaşlılara atfettiği anlamların değiştiği görülür (28). Batılı toplumlarda yaşlılık dönemi acizlik, yalnızlık ve düşkünlükle yakın anlam taşımaktadır. Batılı olmayan toplumlarda ise hayat, doğumdan ölüme kadar bir bütün olarak değerlendirilir. Bu nedenle toplumdan ayrı bir grup olarak görülmezler ve bakıma muhtaç olarak algılanmazlar (26).

### 1.5. Kronolojik yaşlanma

Doğumla başlar, takvim yaşına göredir. Kronolojik yaşlanma bireyin dışında gelişir. 'Kaç yaşındasınız ?' sorusunun cevabı olarak kronolojik yaş verilir (27). Takvim yaşına göre yaşlılık sınırı 65'tir. Yaşlılık 3 evreden oluşur: erken yaşlılık (65-74 yaş), orta yaşlılık (75-84 yaş) ve ileri yaşlılık (85 ve üzeri) evresi (30).

### 1.6. Ekonomik yaşlanma

Bireyin yaşlanınca iş yapamaması sonucu ekonomik bir fayda üretememesi, yaşlandıkça elde ettiği gelirin azalması, geçmişe göre daha fazla hastalandığı için hastalık için daha fazla harcama yapması sonucu ortaya çıkar. Yaşlının ekonomik sıkıntısı başka alanları da etkiler, örneğin ekonomik sıkıntısı olan yaşlı sosyal çevresiyle etkileşime girmekten kaçınabilir (27).

## 2. 1. Yaşlılığın sınıflaması

Yaşlılığın başlangıcı için belli bir yaş sınırı belirlemek olanaksızdır. Çünkü kişilerin eğitim düzeyine, ekonomik koşullarına, cinsiyete, fizyolojik ve psikolojik yaşa göre farklılık göstermektedir (28). Yaşlanmada kalıtım, yaşam biçimi, meslek, beslenme alışkanlıkları, kronik hastalıklar, kişilik özellikleri gibi kişisel özellikler etkili olmakla birlikte 65 yaş, yaşlılık sınırı olarak kabul edilmektedir (33). Kronolojik olarak yaşlılığın birçok sınıflaması yapılmıştır (28). Dünya Sağlık Örgütü yaşlılık dönemini 65 yaş ve üstünü yaşlı, 85 yaş ve üzerini çok yaşlı olarak tanımlamıştır. Gerontologlara göre yaşlı sınıflaması şöyledir; 65-74 yaş arasını genç yaşlı, 75-84 yaş arasını orta yaşlı ve 85 yaş üstünü ileri yaşlı (26).

**Genç Yaşlı (65-74):** Bu grupta olanların çoğu hafif sağlık sorunları ve fiziksel hareketsizlik yaşar. Yaşamlarını sürdürebilmek için destek ihtiyaçları yoktur. Kendisi ile ilgili kararları almak bu yaştakiler için zor değildir. Bu yaşta genelde evde eş ile birlikte yaşam sürdürülür (27).

**Orta Yaşlı (75-84):** Hareketleri ve duyu organlarının kapasitesi bir önceki evreye göre azalabilir. Hareketlerinin azalması sosyal hayatını etkiler. Bu dönemde özellikle kadınlar eşlerini kaybedebilir ve yalnızlık sorunu çekebilirler.



Bu durum çeşitli psikolojik etkiler ortaya çıkarabilir. Özellikle yalnız yaşayan yaşlılar ve onların yakın çevresi için sosyal sorunlar gelişmeye başlar. Yaşlının evinden taşınması, bakımevine yerleşmesi, çocuklarının yanına taşınması, bakım hizmeti alması gerekebilir (27).

**İleri Yaşlı (85+):** Bu gruptaki yaşlılarda görme, işitme duyularında gerileme, her zaman olmasa da zihinsel işlevlerde azalma, kendini hareket ettirmede güçlük görülebilir. Bu durumlarda engelli hale gelebilir. Bu durum onları sosyal çevreden soyutlar, hatta yaşadıkları evden dışarı çıkmamalarına neden olabilir. Bu sorunlar nedeniyle yaşlı ve yakınları bakım sorunu ile yüzleşmek zorunda kalırlar. Yaşlının adeta bir bebek gibi bakılması gerekebilir (27).

## **2.2.Yaşlılığın Toplumsal Sınıflaması:**

Toplumlar yaşlı popülasyonu açısından 4 gruba ayrılmışlardır;

**Genç Toplumlar:** 65 yaş üzeri nüfus %4'den azdır. Doğu Akdeniz ve Afrika'da yaşlı oranları %2-3 aralığındadır. Özellikle Sahra Üstü Afrika'da HIV/AIDS'ten dolayı ortalama yaşam süresi kısalmıştır.

**Erişkin Toplumlar:** 65 yaş üzeri nüfus %4-7 arasındadır. Güneydoğu Asya, pasifikteki oranlar %5-7 arasındadır.

**Yaşlı Toplumlar:** 65 yaş üzeri nüfus %7-10 arasındadır. Türkiye, Brezilya, Kolombiya, Ekvador, Kazakistan, Lübnan, Peru, Tayland

**Çok Yaşlı Toplumlar:** 65 yaş üzeri nüfus %10'un üzerindedir. Almanya, Avusturya, Hollanda, Belçika, İskandinav ülkeleri, Rusya, Japonya ve Yeni Zelanda (34, 30, 35 ).

## **3. Yaşlılıkla ilgili teoriler**

### **3.1.Biyolojik teoriler**

Yaşlanmaya özgü değişiklikler hakkında moleküler düzeyden organ sistemlerinin fonksiyonlarına kadar birçok teori üretilmiştir:

**3.1.1. Somatik mutasyon teorisi:** DNA genetik yapımız oluşturmaktadır. Yaşayan organizmanın hücrelerinde DNA hasarı sürekli oluşmakta ve bir taraftan da tamir edilmektedir. DNA'da yıllar boyu süren bu hasar etkisi sonucunda hücreyi, dokuyu, organı bozmakta; yaşlanmaya ya da hücre ölümüne neden olmaktadır (28). Bu teoriye göre yaşlanma, hayati önem taşıyan moleküllerde rastgele meydana gelen değişimler sonucu oluşmaktadır. Bu değişimler birikir ve eşik düzeye ulaştığı zaman yaşla ilişkili fizyolojik azalmalar ortaya çıkar (36). Somatik hücrelerde yaşam boyu biriken mutasyonlar birçok hastalığa neden olur. Örneğin onkogenik mutasyonların yaşam boyu birikmesiyle, kanser görülme sıklığı yaş ilerledikçe artar (12).

**3.1.2. Serbest radikal teorisi:** En çok kabul gören ve incelenen teoridir (28). Serbest radikaller hücre düzeyindeki metabolik süreçler sırasında oluşan kimyasal elementlerdir. Hücre mitekondrisinde yüksek oranda serbest radikaller bulunmaktadır (37,38). Serbest radikaller doğumdan itibaren oluşmaya başlamaktadır. Radyasyon, virüsler, ultraviyole ışınlar, sigara dumanı, stres, yağ metabolizması sonucu ortaya çıkan metabolik ürünler gibi hücre metabolizmasının toksik ürünleri, kimyasallar v.b. serbest radikallerin oluşumuna sebep olmaktadır (28). Bu teoriye göre yaşlanma endojen olarak üretilen serbest radikallerin somatik mutasyonlara ve protein hasarına yol açmasıyla oluşur (12). Vücudumuz serbest radikallerin oluşturduğu 'oksidatif hücre hasarına' karşı ürettiği 'antioksidanlar' ile savunmaya geçer. Vücutta oksidanlar ve antioksidanlar bir denge içindedir. Bu denge yaş ile birlikte bozulmakta ve yaşlanma oluşmaktadır (28).

**3.1.3. Hücresel yaşlanma teorisi:** Hücresel proliferasyonu kontrol eden genler klonal yaşlanmanın nedenlerindedir. Hücresel yaşlanma kromozom uçlarındaki telomer bölgesindeki DNA kayıplarıyla oluşur (12). Vücudumuzdaki hücrelerin çoğu yenilenir ve üremeyi sürdürür. Ancak üreme yaşla birlikte kusurlu olabilmekte ve mutasyonlara uğrayabilmektedir. Bir teoriye göre hücreler çoğaldıkça bozulma olasılığının arttığı yönündedir (28).

**3.1.4. İmmünolojik yaşlanma teorisi:** İnsanlar doğuştan zayıf bir bağışıklığa sahip iken zaman içinde karşılaşılan patojenlere karşı oluşturulan antikorlar ve yapılan aşılarla hastalıklara karşı bağışıklık kazanır. Bağışıklık sisteminin gelişimi 40 yaşında zirveye ulaşır (39, 40). Bu teoriye göre yaşlanma bağışıklık sistemindeki zayıflama ile olur. Yaşlılarda görülen primer immün yanıtta zayıflama onları enfeksiyonlara duyarlı hale getirir. Viral, bakteriyel ve diğer hastalık etkenleri yaşlanma ile bağışıklık sisteminin azalması sonucu daha kolay hastalık yaparlar (12, 28).

**3.1.5. Endokrin teori:** Bu teoriye göre yaşlanmanın nedeni bazı hormonların düzeyindeki azalmaya bağlıdır. Endokrin bezlerin hormon salgılamalarındaki azalma ve yetersizlik yaşlanmayı başlatmaktadır (28). Menopoz olayı over foliküllerinin ve oositlerin kısıtlı depolarının bitmesi ile meydana gelir ve fizyolojik değişiklikleri içerir (12).

**3.1.6. Nöroendokrin teori:** Pitüiter bezdeki değişikliklerin yaşlanmada rol oynadığı görüşü vardır. Ayrıca, otonomik sinir sistemindeki ve metabolizmadaki birçok değişiklik beyin merkezlerinde yavaşlama ile açıklanmaktadır (12).

**3.1.7. Otoimmün teori:** Bu teori immünolojik yaşlanma teorisinin bir anlamda tersi sayılabilir. Vücudun kendi hücrelerini tanımayıp bu hücrelere reaksiyon vermesini engelleyen self tolerans mekanizmasının çalışması için immün sistemin ve onun hücresel bileşenlerinin normal şekilde çalışması gereklidir. Otoimmün yaşlanma teorisine göre, immün yaşlanma teorisinin aksine yaşlanma, bağışıklık sistemindeki gerilemeye bağlı olarak vücudun dış etkilere karşı kendini savunamamasından değil, bağışıklık sisteminin vücudun kendi hücrelerini tanıyamaz hale gelmesi ve vücut hücrelerini yok etmeye başlamasının sonucudur (41).

**3.1.8. Genetik teori:** Yaşlanmanın nedeninin genetik şifrede yazılı olduğu, yani kişinin ne zaman yaşlanacağına belli olduğu görüşünü savunur. Büyüme, gelişmenin bir program izlemesi gibi yaşlanma ve ölüm de bir program izler (28). Bir nematod olan *C. Elegans* 25 derecede yaşam süresini artıran bir gen bulunduğu bildirilmiştir. Bu genin IGF-1 reseptör genine benzediği

söylenmektedir. Tükenen genler teorisi ise zaman ve çevrenin etkisiyle evrimsel olarak biriktirilmiş yedek genlerin tükenmesidir (42). Maya hücrelerindeki 'sitruinler' gen grubunun uzun süre yaşamayı sağladığı keşfedilmiştir (43).

**3.1.9. Aşınma teorisi (kullanılmaya bağlı eskime teorisi):** Bu teori yaşlanma sürecinde makroskopik olarak organizma düzeyinde açıklanmaktadır. Teorinin temel fikri yaşayan organizmaların çalışmasının makinelere benzetilmesidir. Makinenin parçaları sürekli kullanıldığında eskir ve sonunda fonksiyonunu kaybeder. Canlı organizmaların çalışmasının da buna benzediği savunulmaktadır (37, 38). Bedende yaşamsal fizyolojik dengeyi sağlayan homeostatik mekanizmalar yaşlanmada rol oynamaktadır. Bu görüşe göre yaşlanma, homeostatik kusurların artışı ile ortaya çıkar (28).

**3.1.10. Strese fizyolojik tepkinin azalan yeterliliği teorisi:** En geniş kapsamlı yaşlanma teorisidir, çünkü yaşlanmanın fizyolojik, toplumsal ve psikolojik yönlerini bir arada açıklayabilmektedir (28).

## **3.2. Psikososyal teoriler**

**3.2.1. Aktivite (etkinlik) teorisi:** Birey yaşamını istediği gibi sürdürüp, enerjisini yeni rollere ve ilgi alanlarına yöneltir. Bu kişiler psikolojik açıdan daha sağlıklı olmakta ve daha uzun yaşamaktadırlar. Bu teori aktif olan yaşlının, aktif olmayan yaşlıya göre daha iyi uyum yaptığını iddia eder (44).

**3.2.2. Yaşamdan geri çekilme (ilişki kesme):** Bu teoriye göre var olan toplumsal düzenin yürümesi için ona uyum sağlamak zorundadır. Yaşlı, fiziksel aktivitelerini azaltır, psikolojik olarak dış dünya ile ilişkilerini sınırlandırır ve toplumsal düzeyde karşılıklı geri çekilme yaşanır ve yaşlı ile toplumdaki diğer bireyler arasındaki etkileşim azalır, yaşlı toplumdan geri çekilir (45).

**3.2.3. Rol kaybetme teorisi:** İnsanlar yaşamları boyunca birçok rolü oynarlar: öğrenci, anne, kız, çocuk, iş kadını, danışman, büyükanne vb. gibi. Bu roller, bireyi sosyal varlık olarak tanımlar. Bazı roller biyolojik yaş ile ilgilidir örneğin bir ailenin 32 yaşındaki anneden beklentileri ile 62 yaşındaki anneden

beklentileri farklıdır (44). Bu teoriye göre yaşlılar için rol modeller eksiktir. Bu eksiklik günümüzde yaşlıların değişik rol modelleri geliştirmesiyle tamamlanmaktadır. Örneğin; yaşlı nüfusun artmasıyla başarılı yaşlanma rol modelleri ve alternatif roller artmıştır (27).

**3.2.4. Süreklilik (devamlılık) teorisi:** Birey yaşlılıktan olumsuz şekilde etkilenmeyip yaşamını başarılı bir şekilde sürdürmeye devam eder. Tüm gelişim dönemlerinde sorunları ile nasıl baş etti ise yaşlılıkta da benzer stratejileri kullanır. Yaşlı insan kaybettiği rollerin yerine yenilerini geliştirerek çevresine uyum sağlamaya devam eder (28).

#### **4. Tarihte yaşlılığa bakış**

Antik Yunan'da Platon, Aristoteles, Cicero ve Galen gibi birçok filozof ve doktor yaşlılığın anlamını açıklamışlar, toplumda yaşlının yerini, yaşlanan bedeninin sağlığını sürdürmesini araştırmışlardır. Hipokrat (MÖ 460-377), yaşlılığı 56 yaşında başlatmış ve tanımlamıştır (34), yaşlı hastalarını muayene ederken özellikle çok hassas olmuş, onları bütün yönleriyle; duyguları, alışkanlıklarıyla değerlendirmiştir (27). Platon, 'Kanun' adlı eserinde yaşlıların iyi muameleyi hak ettiklerini vurgularken 'Devlet' adlı eserinde toplum idaresinin yaşlıların elinde bulunmasını açıklar buna 'gerontokrasi' adını verir (46). Yaşlıların tecrübeleri nedeniyle antik Yunanlılar da onlara, her zaman saygı gösterilmiştir. Ünlü tarihçi Homer, eserlerinde özellikle yaşlıların yetenek ve tecrübelerinden gençlerin istifade etmeye hazır olduklarını ifade etmiştir (47). Yunanlı Homeros'un İlyada ve Odisseo destanlarında, kanunların yazılmasında yaşlıların danışman olarak destek olduğu görülür. O dönemlerde nüfusun çoğu orta yaşa gelemeden ölmektedir. Aile içinde en yaşlı erkek otorite sahibidir. Gençler yaşlıların koyduğu kurallara uymak zorundadır (27).

Eski Mısır'da yaşlılıkla ilgili mitler yaygındı ve o dönemde yaşam süresini uzatmanın yolları aranmıştır (48). Mezopotamya'da Asur-Babil kültüründe uzun ve ölümsüz yaşamın tanrı tarafından iyi davranışlara ödül olarak verildiğine inanılıyordu. Mısır'da yaşlıların özel güçleri olduğuna ve ölümsüzlüğe inanılıyordu. Çin'de Tao ilkelerine göre yaşlanırsa yüz yaşına kadar

yaşanabileceği inancı hakimdi (49). Gılgamış Destanı'nda Kral Gılgamış'ın ölümsüzlüğü arayışı ve onu elinden kaçırmayı anlatılır (48).

Ortaçağ döneminde insanlar hastalıklar nedeniyle ölmekteydi. Yaşlılar, gençlere göre veba ve diğer hastalıklardan daha çok etkilenmiş ve çoğu ölmüş, kalanlar ise çok kötü koşullarda yaşamıştır. Ortaçağdaki yaşlılar zayıf ve çirkin olarak resmedilmiştir (27). Geçmiş yüzyıllarda çok az insan ileri yaşlara ulaşabildiği ve o çağlarda eğitim olanakları çok kısıtlı olduğu için yaşlı insanlara bilge gözü ile bakılırdı (34).

### **5. Dini inançlara Göre Yaşlılık**

Yaşlılık doğal olarak dinlerin de konuları arasında yer almıştır. İnsan yaşamının en önemli konusu olan bu konunun dinlerin gözünden kaçması beklenemezdir. Birçok din bir yandan yaşlılığı anlamaya ve anlamlandırmaya çalışırken diğer yandan da yaşlılara yönelik bireysel ve toplumsal sorumlulukları da vurgulamaktadır. Türk toplumunun baskın dini İslam'dır. İslam dininin temel öğretisinin kaynağı olan Kuran'ı Kerim'de Yasin suresi 68. Ayette yaşlanmayla ilgili olarak şu ifadeler yer alır; *'Kime uzun ömür verirsek, onu yaratılış itibarıyla tersine çeviririz (gücünü azaltırız). Hala düşünmeyecekler mi?'* Allah dilediği insanların daha gençlik çağındayken hayatını sona erdirmekte, dilediklerine de uzun ömür vermektedir. Fakat uzun ömür vermesi insanın asla ölmeyeceği anlamına gelmemekte, aksine yaşlanan kimse gün be gün ölüme yaklaştığının alametlerin daha iyi görebilmektedir (50).

İslam dini bunun dışında gerek Kuran'ı Kerim'de gerekse diğer temel bilgi kaynağı olan Hadislerde yaşlılık dönemini özellikle anne ve babaya yönelik görevler üzerinden kutsamakta ve insanlara yaşlılara karşı sorumluluklarını hatırlatmaktadır.

### **6. Günümüzde Yaşlılık**

Yaşlının batı toplumlarındaki konumu geleneksel yapıdaki toplumlara göre daha düşük olduğu inancı yaygındır. Modernleşme nedeniyle toplumsal değişim sürecinde kişisel deneyim ve bilgilere daha az ihtiyaç duyulmaktadır. Tarım toplumlarında yaşlının statüsü yüksektir. Çünkü geniş aile yapısı, üretilen gıdanın

ve barınağın yaşı ile paylaşılması, yaşlının yapabileceği uygun görevlerin olması bu teoriyi destekler niteliktedir (51).

Beş duyuadaki bazı yetersizliklere rağmen ilerlemiş yaşı en büyük avantajı 'kristalize' yeteneklerin gelişmiş olmasıdır. Bu yetenekler insanın yaşamı boyunca geliştirdiklerinin özüdür ve yaşlılık bir anlamda 'Aktif ve Bilinçli' bir yaşamın başlangıcıdır (52). Günümüzde aktif ve sağlıklı yaşlılık süreci geçiren çok sayıda yaşlı olmasına rağmen değerlendirme dışı bırakılarak yaşlılığın olumsuz yönleri vurgulanmaktadır (53).

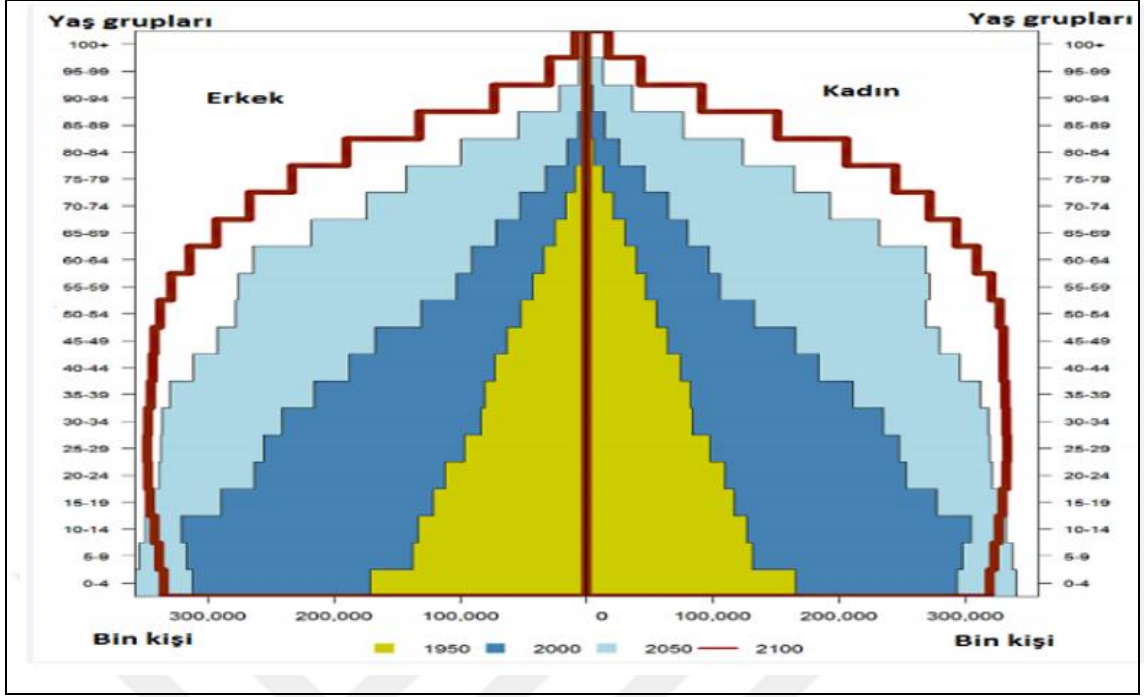
Yaşlanma ile birlikte zihinsel ve fiziksel kapasitede azalmalar, hareketlerde yavaşlama görülse de birey kendini yaşlı hissetmeyebilir. Yaşlılık durağan ve değişmez bir yaşam dönemi değildir. Aksine, yaşlılık çeşitli güçlerin etkileşimini içerir. Bu güçlerin temelinde yaşamın tüm evrelerinin zorlamalarına karşın varoluşunu sürdürebilmiş olmanın bilgeliği ve iç görüşü bulunur (26).

Bütün yaş gruplarının toplumsal yaşama katkısı vardır, hiç biri ihmal edilebilir değildir. Toplumların devamı yönünden kültürel rehber konumundaki yaşlıların yaşantı birikimleri kıymetlidir. Ailelerden başlayarak toplumun üyelerinin birbiri hakkındaki olumsuz ön yargılarını olumluya çevirecek eğitim programları, projelerin geliştirilmesi yararlı olacaktır (27).

Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerin sosyal ve ekonomik politikaları yaşlılığı bakım isteyen insan şeklinde yorumlamaya başlamıştır. Toplumdaki statüsü giderek azalan ve sosyal bir sorun olarak görülen yaşlılık 'diğer insanlara bağımlılık gösteren bir konum gibi' değerlendirilmeye başlanılmıştır (28).

## **7. Demografik Dönüşüm**

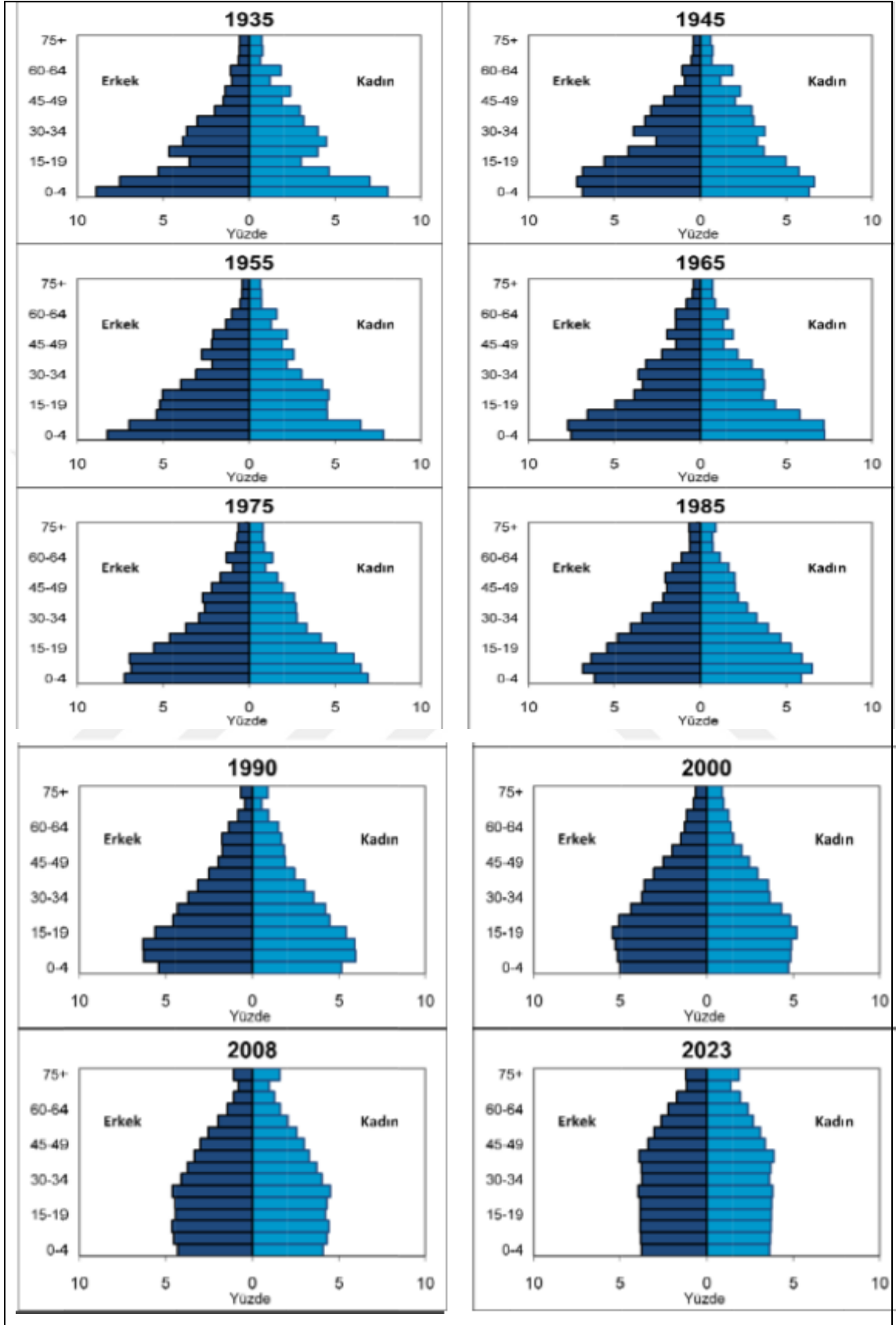
Nüfusun yaş yapısı doğurganlık, ölümlülük ve göçten doğrudan etkilenmektedir. Nüfus piramitleri ülkelerin demografik yapıları hakkında önemli bilgiler sağlarlar. Nüfusun cinsiyet ve yaş yapısının özet bir göstergesi olan nüfus piramitlerinin geniş tabana sahip olması doğurganlığın yüksek olmasını, dar tabana sahip olması doğurganlığın düşük olmasını ifade eder (54). 1950 yılındaki dünya nüfus piramidi geniş tabana sahipken yıllar içinde doğumların azalmasıyla birlikte piramidin tabanının daraldığı, ölüm oranlarının azalmasıyla da tavana doğru genişleme olduğu görülmektedir (Şekil 1).



Şekil 1. Dünya nüfus piramidi 1950-2100 (55).

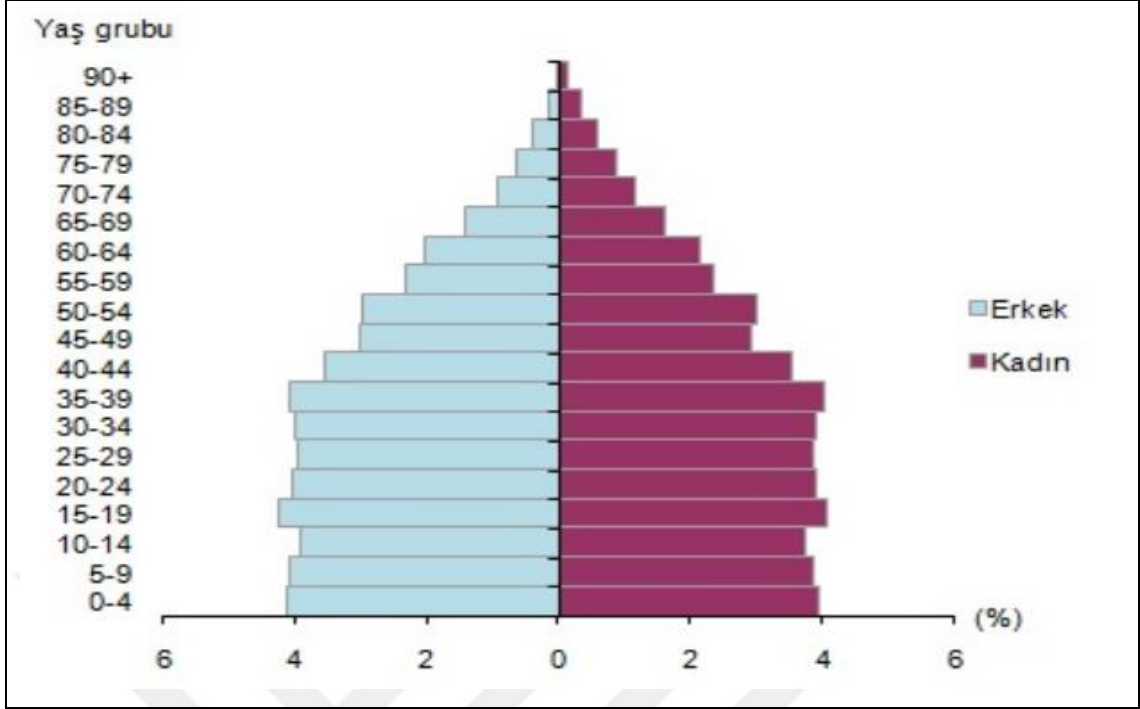
Türkiye'nin yıllara göre nüfus piramitlerindeki değişim incelendiğinde 1935 yılından 1975 yılına kadar sürekli yüksek doğurganlık seviyesinin olduğu geniş tabanlı nüfus piramidi göze çarpmaktadır. 1980'li yıllardan sonra doğurganlık seviyesindeki azalamayı ifade eden tabanı dar nüfus piramidi görülmektedir. 2000'li yıllardan itibaren genç yaş gruplarının toplam nüfus içindeki payının birbirine çok yaklaştığı görülmektedir. Nüfus piramidindeki bir diğer değişiklik yıllar içinde yaşlı nüfusun giderek artmasıdır (Şekil 2) (54). 2016 yılı nüfus piramidi de dar tabanlı, genç yaş gruplarının birbirine yakın olduğu, yaşlı nüfusun arttığı bir yapıdadır (Şekil 3).





Şekil 2. Türkiye'deki nüfusun yaş yapısındaki değişim

Kaynak: TÜİK 1937, 1949, 1961, 1969, 1982, 1989, 1993, 2003, 2010,



Şekil 3. 2016 yılı Türkiye nüfus piramidi (56).

1900'lü yılların başlarında Avrupa ülkelerinde yaşam süresi ortalama 40 yıl civarındaydı (47, 48). Bulaşıcı hastalıkların kontrolü, çocuk ve bebek ölümlerinin azaltılması ve tıbbi ve teknolojik gelişmelerle artık yaşam süresi uzamıştır. Tüm bu olaylar yaşam süresinin uzamasına yol açmış ve doğum hızının azalması ile de dünya nüfusu 50 yıl önceye göre yaşlanmıştır. (57).

Nüfusun yaşlanması, yaş yapısının değişerek çocukların ve gençlerin nüfustaki payının azalması ve yaşlı insanların payının göreceli olarak artmasıdır (58). Tüm dünyada 2050'ye kadar yaşlı nüfus sayısında sahra altı Afrika hariç artış görülecektir (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre 2015 ve 2050 yılları arasında dünya üzerinde yaşayan 60 yaş ve üzeri nüfus ikiye katlanarak %12'den %22'ye çıkması (900 milyondan 2 milyara ulaşması) beklenmektedir (4).

Nüfusun yaş yapısı doğurganlık, ölümlülük ve göçten doğrudan etkilenmektedir. Türkiye'de zaman içinde bu bileşenlerde önemli değişimler meydana gelmiştir. Yüksek doğurganlık rejiminden düşük doğurganlık rejimine geçilmiştir (54). Yaş gruplarına göre nüfusun yapısı incelendiğinde yıllar içinde 0-

14 yaş grubunun oranı azalırken 65 yaş üstü grubun arttığı gözlenmektedir. Ortanca yaş 1990 yılında 22,2 iken 2016 yılında 31,4'e yükselmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Yaş Grubuna Göre Nüfus Dağılımı, Türkiye 1993-2016

Yaş Grubu	GNS 1990	TNSA 1993	TNSA 1998	GNS 2000	TNSA 2003	TNSA 2008	ADNKS 2013	TNSA 2013	ADNKS 2014*	ADNKS 2015*	ADNKS 2016*
0-14	35,0	33,0	31,5	29,8	29,1	27,4	24,6	26,2	24,3	24,0	23,7
15-64	60,7	61,4	62,6	64,5	64,0	65,8	67,7	65,8	67,8	67,8	68,0
65+	4,3	5,6	5,9	5,7	6,9	6,8	7,7	7,9	8,0	8,2	8,3
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Ortanca Yaş</b>	22,2	23,1	24,3	24,8	24,8	24,7	30,4	29,5	30,7	31,0	31,4
<b>Bağımlılık Oranı</b>	64,7	62,7	59,7	55,1	55,1	56,3	47,6	51,9	47,1	46,8	46,1

Year	Survey Type	0-14 (%)	15-64 (%)	65+ (%)
1990	GNS	35,0	60,7	4,3
1993	TNSA	33,0	61,4	5,6
1998	TNSA	31,5	62,6	5,9
2000	GNS	29,8	64,5	5,7
2003	TNSA	29,1	64,0	6,9
2008	TNSA	27,4	65,8	6,8
2013	ADNKS	24,6	67,7	7,7
2013	TNSA	26,2	65,8	7,9
2014*	ADNKS	24,3	67,8	8,0
2015*	ADNKS	24,0	67,8	8,2
2016*	ADNKS	23,7	68,0	8,3

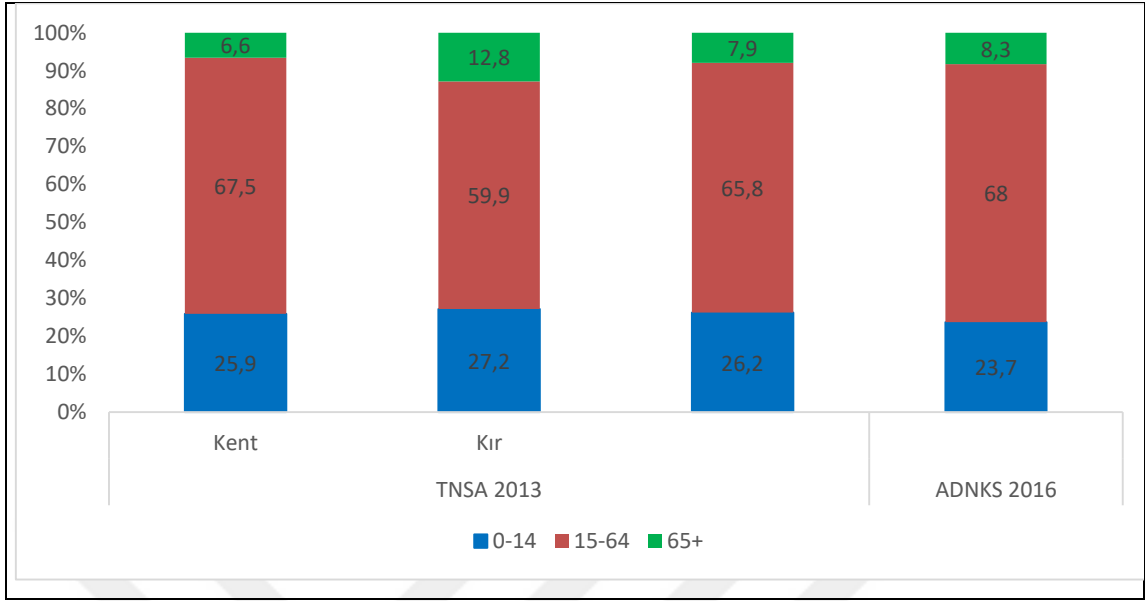
GNS: Genel Nüfus Sayımı, TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

ADNKS: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

Kaynak :Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, 2013

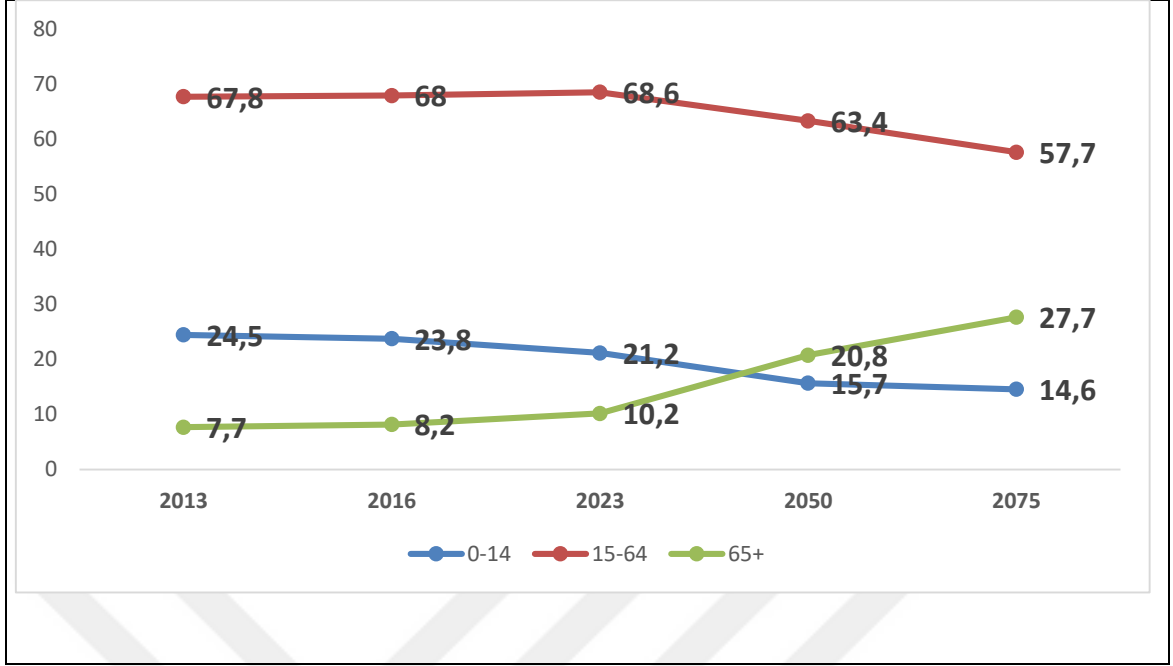
\*: www.tuik.gov.tr

Türkiye’de 1985 yılında 65 yaş üstü yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %4,2, 1995 yılında %4,7 2005 yılında ise %5,5’dir (22). 2016 yılı itibariyle Türkiye’deki 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı %8,3’dür (56). 2013 yılında yapılan TNSA’na göre yaşlı nüfusun kırsal alanda daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Şekil 4.) (59).

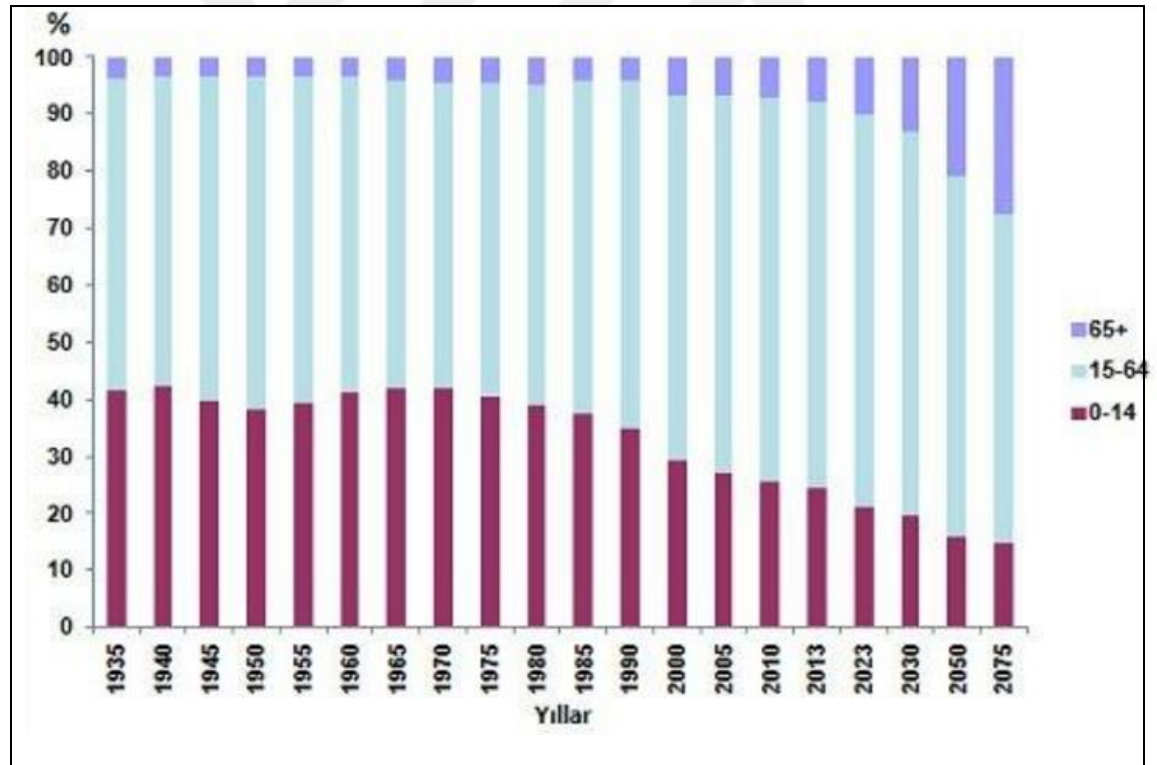


Şekil 4. Hanehalkı nüfusun yaş yapısı (59; 22)

Nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye'deki yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında %27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (22) (Şekil 5). 1935 yılında yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranı %4 iken yaklaşık 100 yıl sonra bu oranın 3 katına çıkacağı öngörülmektedir (Şekil 6). Bu veriler hızla yaşlanan Türkiye'yi işaret etmektedir. Birleşmiş Milletlerin tanımına göre yaşlı nüfusun %10'a üzerine çıktığı toplumlar '*Çok Yaşlı Toplum*' olmaktadır (7). Demografik projeksiyonlar, ülkemizde yaşam beklentilerindeki artışın devam edeceğini ve yakın gelecekte çok yaşlı toplum kategorisine gireceğini göstermektedir.



Şekil 5. Türkiye'de nüfus yaş yapısının değişimi, 2013-2075 (22)



Şekil 6. Yaş grubuna göre nüfus oranları:1935-2075 (6).

Çanakkale ilindeki 2011 yılında 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı %12,5 iken 2016 yılında %14,0'dır. Nüfus projeksiyonlarına göre 2023 yılında %14,7 olması beklenmektedir (5) (Tablo 2). 2016 yılında en çok yaşlı nüfusa

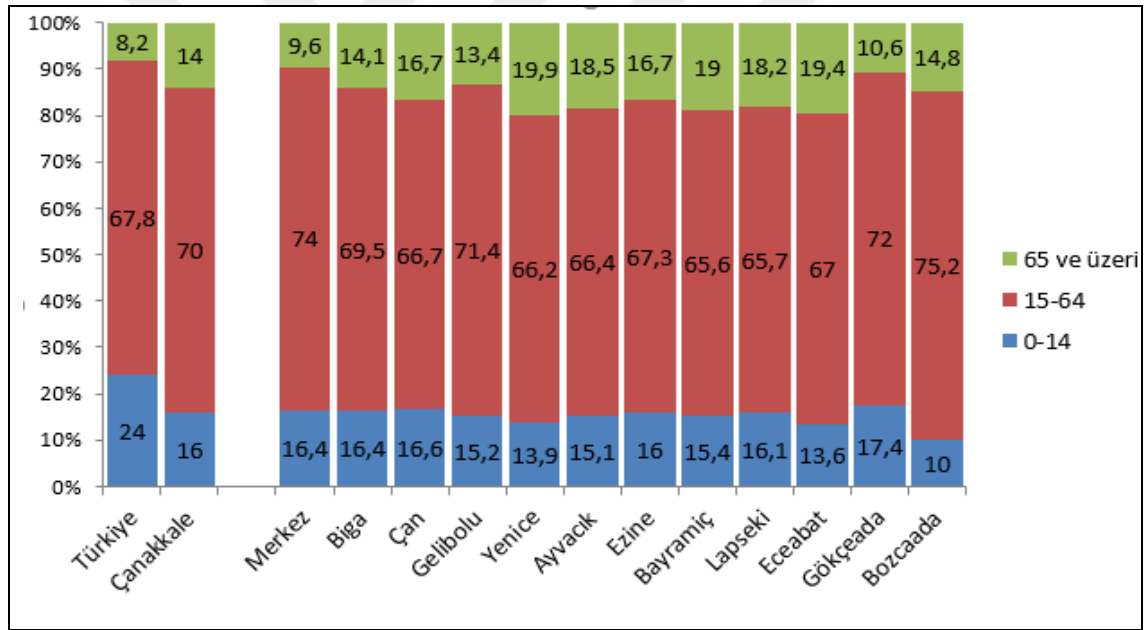
sahip ilçe Yenice ilçesidir. Merkez ilçede yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %9,6'dır (Şekil 7).

Çanakkale'de nüfus çok yaşlı toplum tanımına uymaktadır. Yaşlı nüfusun bu kadar çok olduğu bir bölgede yaşlı insanların sorunları da öncelikli olması beklenmektedir.

Tablo 2. Yaş Grubuna Göre Nüfus Dağılımı, Çanakkale 1993-2016

Yaş Grubu	ADNKS 2011	ADNKS 2012	ADNKS 2013	ADNKS 2014	ADNKS 2015	ADNKS 2016	2023 projeksiyon*
0-14	16,7	16,4	16,2	15,9	16,0	16,0	14,7
15-64	70,8	70,9	70,9	70,6	70,2	70,0	69,9
65+	12,5	12,7	12,9	13,5	13,8	14,0	16,4
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

ADNKS: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (5, 60).



Şekil 7. Türkiye ve Çanakkale yaş gruplarının dağılımı, 2016 (5).

Nüfusun yaşlanması geçmişe göre çok hızlı olmaktadır. Örneğin Fransa'da yaşlı nüfusun %10'dan %20'ye çıkması 150 yılda gerçekleşirken Çin, Hindistan, Brezilya gibi ülkelerde bu değişimin 20 yıldan biraz fazla zamanda gerçekleşmesi beklenmektedir (10). Nüfusun yaşlanması, sağlıktan sosyal güvenliğe, çevre ile ilgili konulara, eğitime, iş olanaklarına, aile yaşamına ve sosyo kültürel faaliyetlere kadar birçok alanda toplumu etkilemektedir (28).

Yaşlıları koruduğu varsayılan geniş aile yapısı kaybedilerek çekirdek aileye dönüşüm başlamıştır. Değişen aile yapısı ile birlikte, barınma olanakları, kentsel yaşam, çalışma hayatının oluşturduğu yeni yapı yaşlı bakımında çocukların güçlüklerle karşılaşmasına neden olmaktadır. Bugüne kadar geleneksel dayanışma ile bakımı yapılan yaşlıların artık yeni düzene göre kurumlarla ve yeni çözümlerle yaşlı bakımını üstlenmek gereklidir (61).

Nüfusun yaşlanmasıyla toplumsal harcamalar artmaktadır. Hızla artan yaşlılığa bağlı felç, bunama, kanser gibi hastalıklar sonucu sağlık harcamaları artması beklenmektedir. Sosyal güvenlik sistemi bir diğer problemdir. Son yıllarda pek çok ülke emeklilik sisteminin finansal sürdürülebilirliği ile ilişkili sorunlar yaşamaktadır (28).

## **8. Dünyada ve Türkiye’de yaşlılarla ilgili çalışmalar**

Dünya Sağlık Örgütü uzmanlarından oluşan bir komite yaşlılık sorunlarını görüşmek ve çözümler üretmek amacıyla ilk kez 1982 yılında Viyana’da bir araya gelmiş ve Birinci Yaşlılık Asamblesi düzenlenmiştir (28). İkinci Yaşlılık Asamblesi 2002 yılında düzenlenmiş yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, topluma entegrasyonları, geçim ve sağlık problemleri ile tüm yaş gruplarını kapsayan ‘Uluslararası Eylem Planı’ hazırlanmıştır. Bu eylem planındaki önemli konu başlıkları şu şekildedir:

- Yaşlılar temel insan hak ve özgürlüklerinden yararlandırılmalıdır.
- Yaşlıların ekonomik etkinliklere aktif olarak katılmaları sağlanmalıdır.
- Yaşlılık ve yaşlanma konularında yaşam boyu öğrenme olanakları yaratılmalı, yaşlıların da öğrenmeleri için fırsat yaratılmalıdır.
- Yaşlılar sağlık hizmetlerinden etkili şekilde faydalanmalıdır.
- İhtiyacı olan yaşlılara sosyal koruma sağlanmalıdır.
- Yaşlıların sağlık ve sosyal sorunları saptanmalı ve çözümlenmelidir.
- Yaşlılar karar verme sürecinde yer almalıdır.
- Bütün bu çalışmalarda hükümet, özel kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri birlikte çalışmalıdır (28).

Birleşmiş Milletler yaşlılar konusuna daha fazla dikkat çekmek amacıyla 1999 yılını ‘Yaşlılar Yılı’ olarak ilan etmiştir Dünya Sağlık Örgütü’nün 21. Yüzyılda

'Herkes İçin Sağlık' temasında 5 hedef doğrudan yaşlı bireylerle ilgiliyken 13. Hedef sağlıklı ortam olanağı sağlamaya yönelik düzenlemeler getirmektedir (58). 2002 yılında Birleşmiş Milletler tarafından Madrid'de düzenlenen 2.Dünya Yaşlılık Asamblesi'nde hazırlanan 'Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı' çerçevesinde 2007 yılında 'Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı' yayınlanmıştır (62). Sağlık Bakanlığı tarafından 2007 yılında yayımlanan "21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek" isimli kitapta, beşinci hedef "Sağlıklı Yaşlanmaya" ayrılmıştır. Bu hedefler içinde 2020 yılına kadar sakatlık olmadan yaşam beklentisinde en az %20'lik artış yer almaktadır. Ayrıca 80 yaşında ev ortamında yaşayan, kendi ihtiyaçlarını karşılayabilen, özgüveni ve sosyal yeri olan kişi oranının en az %50 artırılması da hedeflenmektedir. 2013 yılında yayınlanan Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı'nın öncelikleri; 'Yaşlılar ve Kalkınma', 'Yaşlılıkta Sağlık ve Refahın Artırılması' ve 'Yaşlılıkta Olanaklar Sunan, Destekleyici Ortamların Sağlanması' olmak üzere üç tanedir (58). Yaşlılara yönelik sosyal politikalarda, yaşlanan insanların uğradığı kayıplar değil, onlardaki mevcut potansiyeller dikkate alınmalıdır. Yaşlıları mümkün olduğunca en uzun süre başkalarından bağımsız bir yaşam sürdürmelerini sağlayacak koşullar hazırlanmalıdır (17).

### **9. Yaşlılık dönemi sağlık sorunları ve ölüm nedenleri**

Günümüzde sağlıklı ve uzun süreli yaşlılık dönemi beklentileri daha fazla gerçekleşmeye başlamıştır (11). 2015 yılında doğuştan beklenen yaşam süresinin kadınlar için 80,7, erkekler için 75,3 yıldır (63). Sağlıklı yaşam beklentisi yaş ilerledikçe daha yaygın görülen kronik yeti kaybı nedeniyle sınırlanmaktadır. Kronik yeti kaybı ile giden hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar ve felç gibi dolaşım sistemi hastalıkları, kanserler, atritler ve osteoporoz gibi kas-iskelet sistemi hastalıkları, demans ve depresyon gibi psikiyatrik ve nörolojik hastalıklar, görme, işitme kaybı gibi dejeneratif durumlar ve kronik obstrüktif akciğer hastalıkları yer almaktadır (11).

2015 yılı TÜİK verilerine göre en sık ölüm nedenleri sırasıyla; dolaşım sistemi hastalıkları (%40,3), iyi ve kötü huylu tümörler (%20,0) ve solunum sistemi hastalıklarıdır (%11,1). Dolaşım sistemi hastalıklarından en sık sebep iskemik kalp hastalıkları (%40,3), ikinci sırada serebrovasküler hastalıklardır (%24,5)



(63). 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmada tüm ölümlerin %75'inin nedeni kronik hastalıklar olarak bulunmuştur (64). Bütün dünyada 60 yaş üzerinde meydana gelen en önemli ölüm nedenleri ise sırasıyla; iskemik kalp hastalıkları, kanserler, serebrovaslüler hastalıklar ve kronik obstrüktif akciğer hastalıklarıdır (2) (Tablo 3). 2015 yılı DSÖ verilerine göre ise en sık ölüm nedeni sırasıyla iskemik kalp hastalıkları, inme, alt solunum yolu hastalıkları ve KOAH'tır (20).

Tablo 3. Dünyada 60 yaş ve üzeri nüfustaki ölüm ve hastalık yükü (DALY's) nedenleri, 2002

Sıra	Ölüm nedenleri	Hastalık yükü (DALY's)
1	İskemik kalp hastalıkları	İskemik kalp hastalıkları
2	Serebrovaslüler hastalıklar	Serebrovaslüler hastalıklar
3	KOAH	KOAH
4	Alt solunum yolu enfeksiyonları	Alzheimer ve demans biçimleri
5	Trakea, bronş ve akciğer kanserleri	Katarakt
6	Diyabet	Alt solunum yolu enfeksiyonları
7	Hipertansif kalp hastalıkları	Yetişkinlikte oluşan işitme kayıpları
8	Mide kanseri	Trakea, bronş ve akciğer kanserleri
9	Tüberküloz	Diyabet
10	Kolon ve rektum kanserleri	Görme bozuklukları

Kaynak: The World Health Report , 2003 (65)

Tablo 4. 2002-2015 ilk 10 ölüm nedenleri

Sıra	2002 Yılı Ölüm Nedenleri	2015 Yılı Ölüm Nedenleri*
1	İskemik kalp hastalıkları	İskemik kalp hastalıkları
2	Serebrovaslüler hastalıklar	Serebrovaslüler hastalıklar
3	KOAH	Alt solunum yolu enfeksiyonları
4	Alt solunum yolu enfeksiyonları	KOAH
5	Trakea, bronş ve akciğer kanserleri	Trakea, bronş ve akciğer kanserleri
6	Diyabet	Diyabet
7	Hipertansif kalp hastalıkları	Alzheimer ve demans biçimleri
8	Mide kanseri	Diyareli hastalıklar
9	Tüberküloz	Tüberküloz
10	Kolon ve rektum kanserleri	Kazalar

Kaynak: The World Health Report , 2003 (65)

\*:DSÖ ölüm nedenleri,2015 (66)

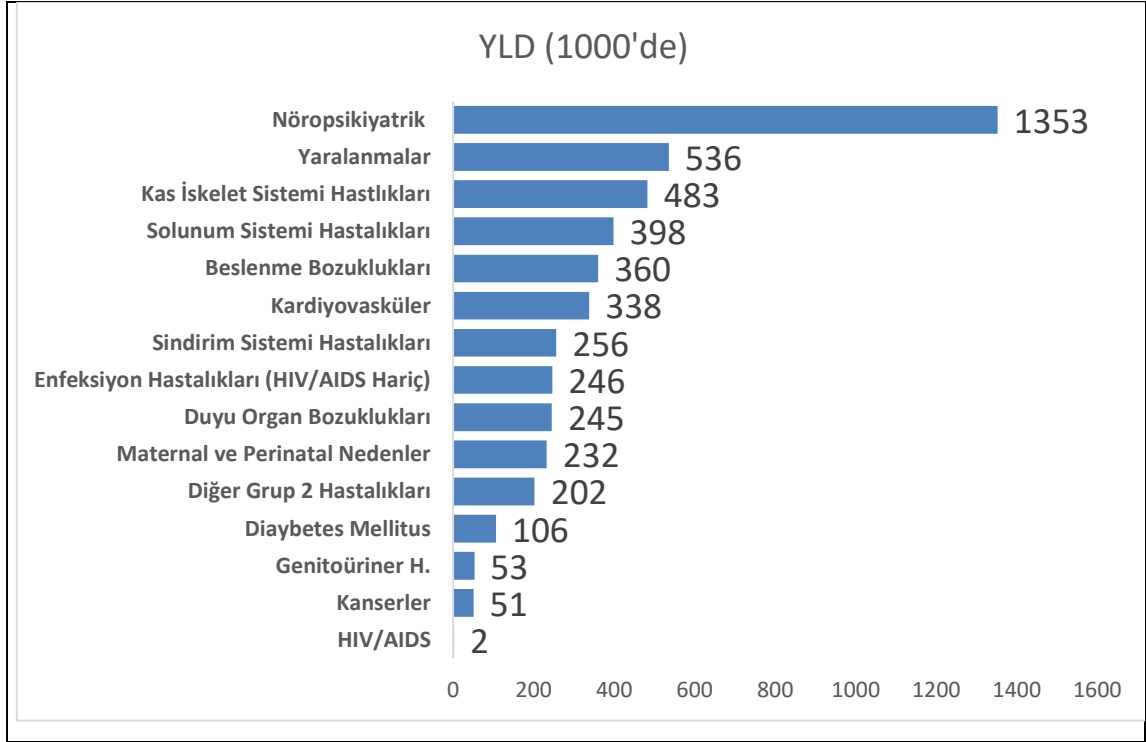
Ulusal hastalık yükü çalışmasına göre Türkiye'de 60 yaş ve üzeri gruptaki ölümlerin ilk üç nedeni iskemik kalp hastalıkları, kanserler, serebrovaslüler hastalıklar ve kronik obstrüktif akciğer hastalıklarıdır (KOAH) (67) (Tablo 5).

Tablo 5. Türkiye'de 60 yaş ve üzeri nüfustaki ölüm ve hastalık yükü (DALY's) nedenleri, 2004

Sıra	Ölüm nedenleri	Hastalık yükü (DALY's)
1	İskemik kalp hastalıkları	İskemik kalp hastalıkları
2	Serebrovaslüler hastalıklar	Serebrovaslüler hastalıklar
3	KOAH	KOAH
4	Hipertansif kalp hastalıkları	Diyabet
5	Trakea, bronş ve akciğer kanserleri	Hipertansif kalp hastalıkları
6	İnflamatuvar kalp hastalıkları	Alzheimer ve demans biçimleri
7	Alt solunum yolu enfeksiyonları	Trakea, bronş ve akciğer kanserleri
8	Diyabet	Osteoartitler
9	Mide kanseri	İşitme kayıpları
10	Mesane kanseri	İnflamatuvar kalp hastalıkları

Kaynak: Ulusal hastalık yükü ve maliyet etkililik çalışması, 2004 (67)

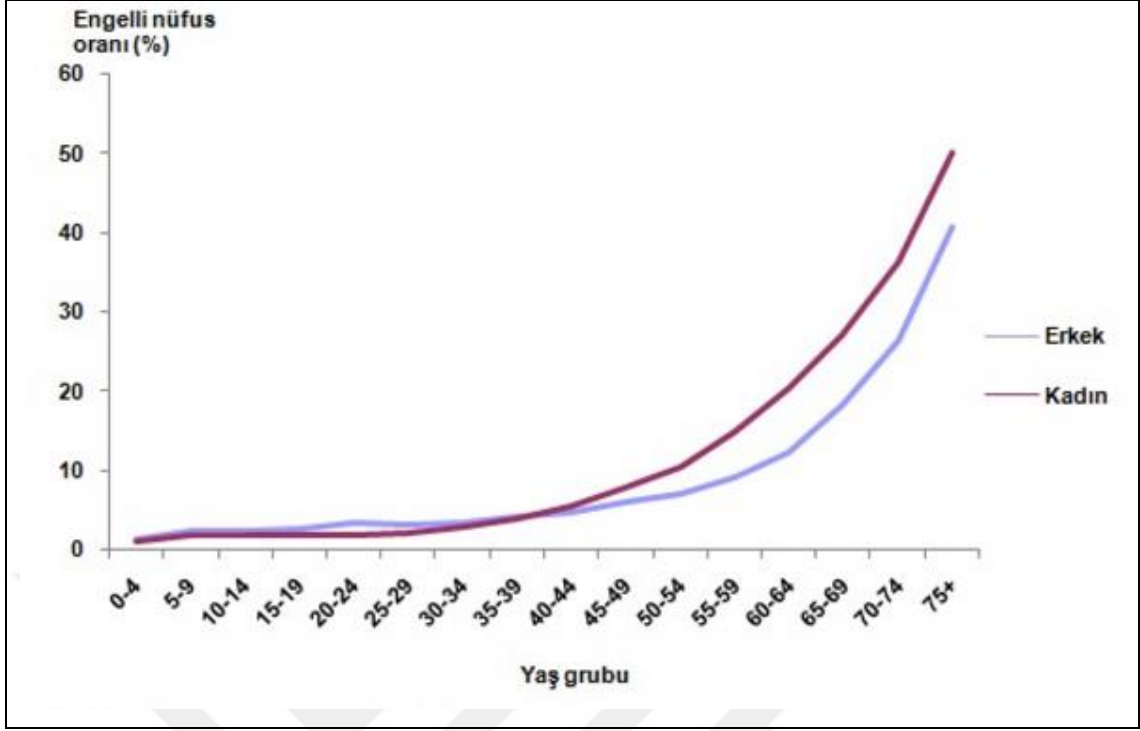
Dünya’da ve Türkiye’de ölümcül olmayan hastalık yüküne (YLD) en sık sebep olan neden nöropsikiyatrik hastalıklardır (67;68). Ulusal hastalık yükü çalışmasına göre İkinci sırada yer alan hastalık yaralanmalar ve üçüncü sırada kas-iskelet sistemi hastalıklarıdır (67) (Şekil 7).



Şekil 7. Temel hastalık gruplarına göre ölümcül olmayan hastalık yükü (YLD) (67).

Kadınlarda en sık YLD nedeni unipolar depresif bozukluk, ikinci sırada demir eksikliği anemisidir. Erkeklerde en sık YLD nedeni osteoartrit, ikinci sırada unipolar depresif bozukluktur (67).

Ulusal hastalık yükü ve maliyet etkililik çalışmasına göre 22 milyon kronik hastalığı olan kişi vardır (67) . Nüfusun yüzde 6,6’sının en az bir engeli vardır (69). Yaşla birlikte engelli birey sayısı da artmaktadır. 65-69 yaş grubunda kadınların %27,2’si, erkeklerin %18,3’ü engelli iken 75 yaş ve üzerinde kadınların %50,3’ü aynı yaş grubu erkeklerin %40,9’u engellidir (Şekil 8). İleri yıllarda yaşlı nüfusun artışına bağlı engelli birey sayısında artış ve bakım ihtiyacının dramatik şekilde artacağı tahmin edilmektedir.



Şekil 8. Yaş grubu ve cinsiyete göre engelli olan nüfusun dağılımı

Kaynak: TÜİK haber bülteni, 2011

Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH) kitlesel yeti yitimidir ve üretkenlik kaybına neden olmaktadır. KVH, yaşam tarzı, özellikle tütün kullanımı, sağlıksız yeme alışkanlıkları, fiziksel hareketsizlik ve psikososyal stres ile güçlü bir ilişki gösterir. DSÖ, uygun yaşam tarzı değişiklikleriyle tüm KVH ölümlerinin dörtte üçünden fazlasının önlenebileceğini belirtmektedir (2). Ülkelerin gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın hemen tüm ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıkların temelinde yatan önlenebilir risk etmenleri sırasıyla; tütün, zararlı alkol kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız diyet, artmış kan basıncı, fazla kilo/obezite, yüksek düzey kolesterol ve kan şekeri (4).

Yetişkin yaş grubunda (45 ve üzeri) morbidite nedenleri; solunum yolu enfeksiyonları, hipertansiyon, romatizmal yakınmalar, kronik akciğer hastalıkları, kalp-damar hastalıkları gibi kronik ve dejeneratif hastalıklardır (70).

Yaşlılarda sık görülen dikkate alınması gereken yakınmalar başlıca şunlardır: baş ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, baş dönmesi (vertigo) ve kabızlıktır (28). Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi tarafından yapılan çalışmada 65 yaş ve üzerindeki kişilerin %49,6'sında önemli sağlık

sorunlarının olduğu, bu sorunların büyük kısmı görme, işitme ve yürüme ile ilgili olduğu belirlenmiş. Yaşlılarda görülen bu sorunların büyük kısmının önlenabilir ya da geciktirilebilir olması koruyucu sağlık hizmetleri açısından önem taşımaktadır (71).

Yaşlılıkta görülen sağlık sorunları ile ilgili en önemli nokta, bu sorunların yeterince ortaya konamamasıdır. Tanı konmamış sağlık sorunları yaşlılarda bir takım nedenlerle genç gruba göre daha fazladır. Buzdağı fenomeni olarak tanımlanan bu duruma neden olan faktörler arasında yaşlıların sağlık kurumlarına gençlere göre daha az başvurması, yakınmalarını olağan kabul edip daha az bildirmeleri veya hiç bildirmemeleri, sağlık kuruluşlarının yaşlı gruba ilgilerinin az olması, hekimlerin tanı koymada yetersiz kalması vardır (1, 72). Yaşlıların karşılaştıkları sorunların çözümünde sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bir bütün olarak ele alınması gerekir (11).

## **10. Yaşlılarda sık görülen hastalıklar**

Yaşlılık döneminde kronik hastalıklar sık görülmektedir. Tüm ölümlerin %75'inin nedeni kronik hastalıklardır (64). 65 yaş ve üzeri grubun yüzde 90'ında 1, yüzde 35'inde 2, yüzde 23'ünde 3, yüzde 15'inde 4 veya daha fazla kronik hastalığın olduğu tahmin edilmektedir (73). Çanakkale'de yaşlılarla yapılan çalışmada kronik hastalık sıklığı %86 olarak bulunmuştur (23). Kronik hastalıkların önemli bir bölümünü kalp ve damar hastalıkları, kanserler ve ruh sağlığı sorunları oluşturmaktadır (74). 2015 yılındaki tüm dünyadaki 15 milyon ölüm nedeni iskemik kalp hastalıkları ve inme nedeniyle gerçekleşmiştir. Bu hastalıklar son 15 yıldır önde gelen ölüm nedenleridir (20). Kronik hastalıklar için risk faktörleri tütün, zararlı alkol kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız diyet, artmış kan basıncı, fazla kilo/obezite, yüksek düzey kolesterol ve kan şekeri (4).

### **10.1. Hipertansiyon**

Hipertansiyon, görülme sıklığı yaşla birlikte artan bir sağlık sorunudur. Erken tanı ve tedavi ile kontrol altına alınabilen, geç kalındığında ise iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar gibi ölümcül komplikasyonlara ya da

organ engeline yol açan ciddi bir hastalıktır (75). Framingham çalışmasına göre daha önce hipertansiyonu olmayan 55 yaşın üzerindeki hastaların %90'ında ileriki yaşlarında hipertansiyon tespit edilmiş (76). Gelişmiş ülkelerde hipertansiyon prevalansı %30-55 arasında olduğu tahmin edilmekle birlikte yaşla beraber sıklığı belirgin artmaktadır. 65-74 yaş grubunda Kuzey Amerika'da %53, Avrupa ülkelerinde %78 sıklığında görülmektedir (77). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması (TEKHARF) çalışmasında, 30 yaş üstü erişkinlerde hipertansiyon prevalansı %33,7 olarak bulunmuştur. Ayrıca kadın ve erkeklerin ortalama kan basıncı değerlerinde artış olduğu belirlenmiştir (78). TURDEP-II'ye (Türkiye Diyabet Hipertansiyon Obezite Ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması, 2011) göre hipertansiyon oranı %30 civarında bulunmuş (79). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nce gerçekleştirilen Patent çalışmasına göre Türkiye'de 18 yaş üstü erişkinlerde hipertansiyon prevalansı %31,8 iken 65 yaş ve üstü bireylerde hipertansiyon prevalansı %75,1'dir. Geriatrik yaş grubunda 65 yaş ve üstünde erkeklerde hipertansiyon prevalansı %67,2, kadınlarda ise %81,7'dir (80). Çanakkale'de yapılan çalışmada yaşlılarda hipertansiyon sıklığı %59,2 olarak bulunmuştur (23). 2011 yılı kronik hastalıklar ve risk faktörlerin sıklığı çalışmasına göre hipertansiyon sıklığı %17'dir. Hipertansiyon prevalansı hem kadınlarda hem de erkeklerde yaşla birlikte artmaktadır. Hipertansiyon prevalansı 45-54 yaş grubundan başlayarak, her yaş grubunda kadınlarda daha yüksektir (64)

## **10.2. Diyabet**

Diyabet tüm dünyada ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalıkları, inme, alt solunum yolu infeksiyonları, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOAH) gibi hastalıklardan sonra 8. sırada yer almaktadır (20). Dünya'da artık epidemi olarak tanımlanan diyabet hem bireysel hem toplumsal olarak insan sağlığını olumsuz etkilemekte, yaşam kalitesini ciddi anlamda bozmakta ayrıca ekonomik olarak yük getirmektedir (81).

2013 yılı sonunda tüm dünyadaki diyabetli nüfusu 382 milyon iken bu sayının 2035 yılında 592 milyona ulaşması beklenmektedir. Bu artışın nedeni nüfus artışı, yaşlanma, kentleşmenin getirdiği yaşam tarzı değişikliği sonucu

obezite ve fiziksel inaktivitenin artış göstermesidir (81). TURDEP-I'e (Türkiye Diyabet Hipertansiyon Obezite Ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması, 1997-1998) göre Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığı %7,2 iken 2010 yılında yapılan TURDEP-II'ye (Türkiye Diyabet Hipertansiyon Obezite Ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması, 2011) göre diyabet sıklığı %13,7'ye yükselmiştir. Diyabet sıklığı erkeklerde %12,4, kadınlarda %14,6'dır. Diyabet prevalansı hem kadınlarda hem de erkeklerde yaşla birlikte artmaktadır (79). Çanakkale'de yaşlılarda diyabet sıklığı %22,7'dir (23).

### **10.3. Obezite**

TURDEP-II'ye göre; obezite prevalansı %32'dir. Genel olarak erişkinlerin 2/3'ü kilolu veya obezdır Erkeklerde fazla kilolular, kadınlarda obezler dikkat çekici şekilde fazladır (79). 2010 yılı Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'na göre obezite prevalansı en fazla 50-59 yaş grubunda %39,9'dur. Aynı çalışmada fazla kilolu olanlar erkeklerde 60-69 yaş grubunda, kadınlarda 30-39 yaş grubundadır (82).

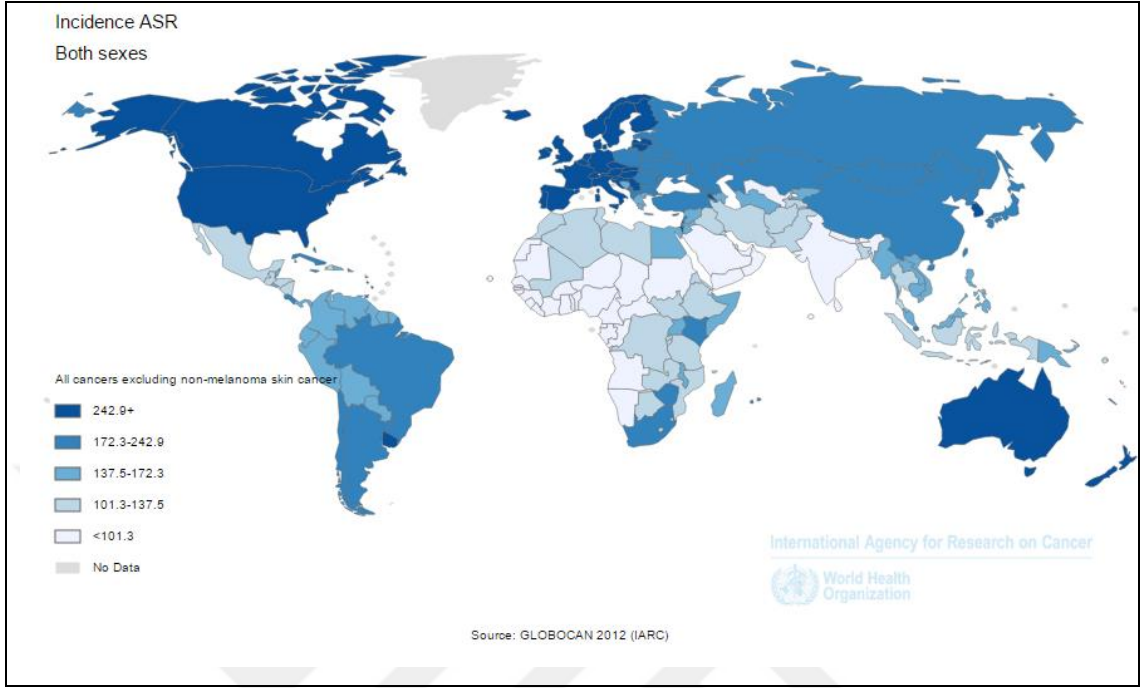
DSÖ tarafından en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul edilen obezitenin son araştırmalarda kanserle yakın ilişkisi olduğu belirlenmiştir (83). DSÖ'nün '*küresel epidemisi*' olarak tanımladığı obezite, tüm toplumlarda ve yaş gruplarında görülme sıklığı giderek artan sosyal ve psikolojik yönleriyle de çok önemli bir halk sağlığı sorunudur (84). Obez hastaların %25-30'unun depresyon ve psikolojik sorunları vardır. Bu kişiler sık aralıklarla aşırı yemek yerler (85).

### **10.4. Kanserler**

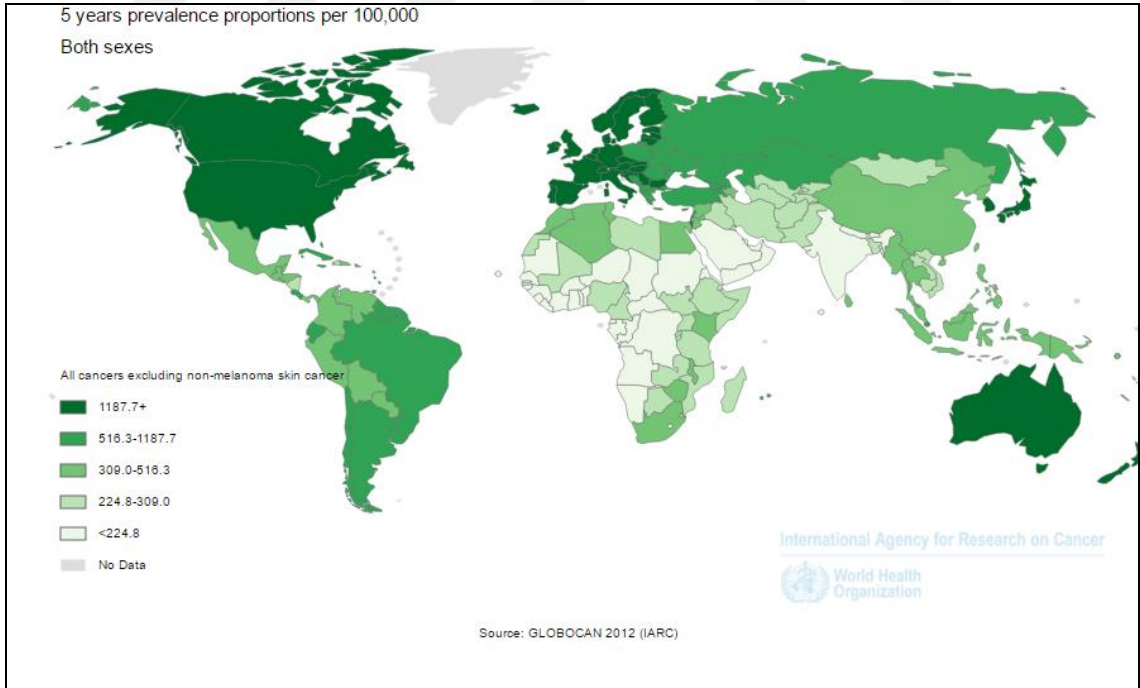
Dünyada her yıl 14 milyon kişi kansere yakalanırken 8,3 milyon kişi kanser nedeniyle ölmektedir. Kansere beraberinde getirdiği sağlık sorunlarının yanı sıra maddi ve manevi kayıplara da neden olmaktadır. 2030 yılında 22 milyon yeni vakanın ortaya çıkması beklenmektedir. Önümüzdeki yıllarda kanser vakalarının önemli kısmının az gelişmiş ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir (86).

2012 DSÖ IARC biriminin raporuna göre erkeklerde görülen ilk üç kanser sırasıyla akciğer, prostat ve kolon kanseridir. Erkeklerde mortalitesi en yüksek kanserler ise akciğer ve karaciğer kanserleridir. Kadınlarda görülen en sık kanserler meme, kolon ve serviks kanserleridir. Mortalitesi en yüksek olanlar

meme ve akciğer kanserleridir. Dünya kanser insidans ve 5 yıllık prevalansları haritada gösterilmiştir (Şekil 9) (86).



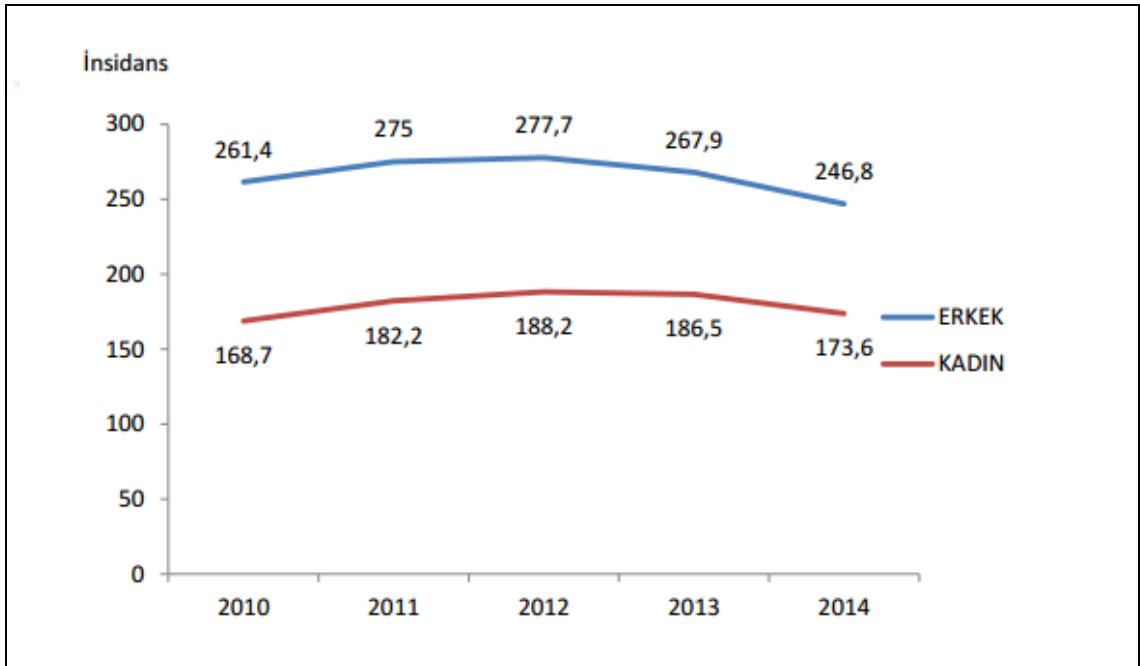
Şekil 9. Dünya kanser insidansı (100.000'de) (86).



Şekil 10. Dünya kanser prevalansı (100.000'de) (86)



Ülkemizde yılda 163.500 civarında yeni kanser vakası teşhis edilmektedir. Kanser sıklığı Avrupa ülkeleri ve Amerika gibi gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelere göre daha düşüktür. Kadınlarda en sık görülen kanserler meme, tiroid ve kolon kanseridir. Erkeklerde görülen en sık kanser akciğer kanseri, prostat ve kolon kanseridir. Obezitenin etki ettiği kanserler daha çok kadınları etkilemektedir (87). İnvaziv serviks kanserlerinin hem insidans hem de mortalitesi yaşla birlikte artmaktadır. Serviks kanserinden ölen kadınların %40-50'si 65 yaş üzerindedir (88).



Şekil 11. Tüm kanserler yaşa standardize insidans hızlarının cinsiyete göre dağılımı (2010-2014) (87).

### 10.5. Solunum yolu hastalıkları

KOAH, ileri yaş kişilerde en sık görülen hastalıklardan birisidir. Tanı konmayan ve tedavi almayan yaşlıların sık olması halen önemli bir problemdir. Bölgesel bir çalışmada 45 yaş üstü KOAH prevalansı %11,5 bulunmuş (89).

KOAH görülme sıklığı 40 üstü yetişkinlerde %15-20'dir. Çanakkale'de 65 yaş üstünde KOAH sıklığı %4,6, astım sıklığı %7,5'dir (23). Toplumumuzda 40 yaş üstü her 5 kişiden birinde KOAH vardır. Küresel Hastalık Yüklü Çalışmasına göre, KOAH yılda 2.9 milyon ölüme neden olmaktadır. Tüm dünya ve ülkemizde

ölüm nedenleri arasında 3. sıradadır. Sigara içimi KOAH için en önemli risk faktörüdür (90). Yapılan çalışmalara göre kadınlarda sigara kullanım sıklığı %15-17 iken erkeklerde %43-48'dir (64; 91).

### **10.6. İnme**

İnme, hayatın tüm alanlarını etkileyen kronik bir sağlık sorundur. İnme sonrası oluşan yetersizlikler hastalarda önemli fonksiyonel özürllülüğe yol açmaktadır (92). İnme dünyada üçüncü ana ölüm sebebidir, sakatlığa yol açan hastalıklar arasında birinci sırada yer almaktadır (93).

İnmeli hastalarda yapılan bir çalışmada fonksiyonel özürllülüğün yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (92). Çanakkale'de yapılan bir çalışmada 65 yaş üstünde inme sıklığı %3,5'dir (23).

### **10.7. Alzheimer ve parkinson**

Alzheimer Hastalığının 65 yaş üzerinde görülme sıklığı %3-11, 85 yaş ve üstünde %20-47 arasındadır. Çanakkale'de ise 65 yaş ve üzerinde Alzheimer sıklığı %5, parkinson sıklığı %1,3 olarak bulunmuştur (23). Yaşlılar için önemli bir problemdir. Alzheimer hastalığı en sık demans nedenidir (94).

Parkinson Hastalığı temel olarak bir hareket bozukluğu olmakla birlikte sıklıkla bilişsel ve psikotik bozuklukların eşlik etmesi nedeniyle bir nöropsikiyatrik hastalık olarak tanımlanır (95). Parkinson hastalığı sonrası demans başlama süresi ortalama 10 yıl olarak belirtilmesine rağmen hastalar arasında farklılık göstermektedir. İleri yaş, ciddi parkinsonizm, postural instabilite, yürüme bozukluğu ve başlangıçta ılımlı kognitif bozulma demans için temel risk faktörleridir (96).

### **10.8. Kas-iskelet sistemi hastalıkları**

Kas iskelet sistemi yaşlanması ile ilişkili kronik tablolar ağır fonksiyonel ve ekonomik yüke neden olmaktadır. Kas iskelet sistemi hastalıkları, 65 yaş ve üzeri kişilerde kronik yeti yitiminin en sık sebebidir. Osteoporoz ve osteoartrit, yaşlı popülasyonda yüksek oranda özürllülüğe neden olan kronik kas iskelet sistemi hastalıklarıdır (97).

## 10.9. Psikiyatrik hastalıklar

Sağlık alanındaki ve sosyal koşullardaki gelişmelere bağlı olarak yaşlı nüfus artmaktadır. Bu duruma ise başta demans ve depresyon olmak üzere çeşitli sağlık sorunlarının daha sık görülmesine yol açmaktadır (98). Psikiyatrik sorunların varlığı dikkat çekecek ölçüde artmıştır. Hem bireysel hem toplumsal açıdan önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Psikiyatrik bozukluklardan en sık depresyon görülmektedir. Sözlük anlamı çökkünlük olan depresyon, anlık bir ruh hali, bir sendrom veya bir hastalık olarak karşımıza çıkabilir (199). Dünyada her yaştan 300 milyon kişinin depresyonu vardır (100). Yaşlılık döneminde depresyonun etiyolojisinde psikososyal nedenler, yaşlılıkla birlikte artan bedensel hastalıklar, yaşlılığa bağlı fizyolojik değişiklikler, kullanılan ilaçlar ve bedensel hastalıklar sonucu ortaya çıkabilen nörokimyasal ya da nöroendokrin değişiklikler sayılabilir (101).

Depresyon yaşam kalitesi ve üretkenliği bozan, dolaylı olarak da diğer kronik hastalıkların kötüleşmesine ve ekonomik kayba yol açan bir sağlık sorunudur (102). Geriatrik yaş grubunda depresyon ölçek ile yapılan taramalarda prevalans değişiklik göstermektedir. Amerikada 65 yaş ve üzeri 6 milyon kişide depresyon olmasına rağmen ancak %10'u tedavi olmaktadır (100). Çeşitli çalışmalarda depresyon prevalansları şöyle bulunmuş; ABD'de %14, Estonya'da %40,2, Japonya'da %33,5 (103). Türkiye'de yapılan çalışmalarda prevans %13,8-80,4 arasında bulunmuştur (98; 103-107). Yapılan çalışmalara göre depresyon, huzurevinde kalmakta olan yaşlılarda evde yaşayan yaşlılara göre daha sık görülmektedir (98). Depresyonu etkileyen başlıca faktörler dul ya da boşanmış olmak, kronik hastalığa sahip olmak, sosyal güvencenin olmaması, son bir ayda stresli durum yaşamak, bilişsel bozukluğun olmasıdır (105, 106). Yaşlılıkta depresyon tedavi edilmediğinde erken ölüm, intihar, genel sağlık durumunun bozulması ve işlev azalması gibi olumsuz sonuçlar oluşturabilir. Özellikle sosyal bağları zayıflamış, yalnız, yoksul, fiziksel hastalıkları olan kişiler depresyona daha yatkındır (100).

Yaşlılık, hızlı bir değişim sürecine uyum gösterme becerisi olarak tanımlanabilir. Yaşamdaki hızlı değişim kayıp olarak görülmezse, kişinin yaşam

olayları karşısındaki psikososyal uyumu artırılırsa yaşlanmanın etkileriyle baş edebilmek daha kolay olacaktır (108).

Günümüzde ruh sağlığı tedavisinde hastane temelli sistemlerden, toplum temelli ruh sağlığı modeline geçilmiştir. Bu modelin özelliği bireyi yaşadığı ortamda takip ve tedavilerinin yapılmasıdır. Bu sayede hastaların toplumun dışına atılmadan ve dışlanmadan toplumla birlikte yaşamaları hedeflenir (109).

## **10. Anemi**

Anemi, beslenme ve sağlık durumundaki zafiyetin bir göstergesidir ve sıklığı beslenme düzeyi, ekonomik durum, sağlık hizmetleri, çevresel etmenler, ırk gibi değişkenlerden etkilenmektedir (110). Anemi yaşlı popülasyonda sık görülen bir problemdir. Görülme sıklığı yaş ile birlikte artmakta ve derecesine bağlı olarak belirgin morbidite ve mortalite artışı ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. 85 yaş ve üstü erkeklerde anemi sıklığı %27-40, kadınlarda %16-21 arasında bildirilmektedir. Birçok çalışma yaşlılarda aneminin hem yaşam kalitesini hem de fonksiyonlar üzerinde olumsuz etkileri olduğunu göstermiştir (111-113). DSÖ anemi prevalansının %5'in üzerinde görüldüğü toplumlarda 'halk sağlığı problemi' olarak tanımlamaktadır (110).

## **11. Yaşlılık Döneminde Kazalar**

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir toplumda en önemli sağlık sorunu o toplumda sık görülen, sık öldüren ve sık sakat bırakan hastalıklardır (11). Buna göre kazalar tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. DSÖ'nün tanımına göre kazalar; insanın kontrolü dışında ani gelişen, dış güçlerin etkisi ile ortaya çıkarak, insanın o andaki kapasitesi ile baş edemediği, fiziksel ve akılsal zarara yol açan olaylardır (114).

Düşme, dengenin bozulması, fiziksel yaralanma ile sonuçlanabilen, bazen bilinç kaybı ile birlikte olan, yaşlının mortalite ve morbiditesini etkileyen bir olaydır (115). Yaşlı bireylerde düşmeye bağlı kırıklar hareketsizliğe ve yatağa bağımlılığı arttırabilmektedir (116). Her yıl 65-74 yaş grubundaki yaşlıların dörtte birinin düştüğü, bunların üçte birinin 6 ay içinde tekrar düştüğü saptanmış ve düşmenin

yaşlılarda önemli bir mortalite nedeni olduğu saptanmıştır (117). Genel olarak düşmeler sonucu 65 yaş ve üstü yaşlıların %30'u, 80 yaş ve üzeri kişilerin ise %50'si etkilenmektedir. Toplumda yaşayan yaşlıların her yıl 1/3'ü, huzurevindeki yaşlıların ise %60'ı düşmektedir (118). Çanakkale'de 65 yaş üstü kişilerle yapılan çalışmada evde düşme sıklığı %16, dışarıda düşme sıklığı %17 olarak bulunmuştur. Düşmeye bağlı ölümlerin büyük kısmı kalça kırığı ve kafa travmasına bağlı gelişen komplikasyonlar sonucudur. Düşmeler travmatik beyin hasarının en sık nedenidir (119). Kalça kırığı olan hastaların yaklaşık %20'si olay sonrası 1 yıl içinde ölmektedir (120).

Düşme için başlıca risk faktörleri; önceki yıl düşme öyküsü, cinsiyet, kilo fazlalığı, sosyoekonomik durum, sigara, alkol kullanımı, ilaçlar, yardımcı cihaz kullanımı, mental skorlarda düşüklük, Parkinson hastalığı, demans, kardiyovasküler hastalıklar, postural hipotansiyon, vertigo, senkop sayılabilir (114).

Yanıklar, yaşlılarda görülen ev kazaları arasında yer almaktadır. Düşme ve yanıklar için ev ortamında değişiklik yapılması kazaların önlenmesi açısından önemlidir (121).

Yaşlı bireylerin fiziksel ve zihinsel güçten düşmüş olması nedeniyle onların güvenliği için ek önlemlerin alınması gerekmektedir. Özellikle geceleri meydana gelebilecek kazalara karşı yaşlıları korumak gerekir. Yaşlı bireylerin karşılaşabileceği ev kazaları riskine karşı mimari ve teknolojik açıdan her türlü önlemlerin alınmalıdır (114). Bu önlemler arasında eşiklerin düzeltilmesi, tuvaletlerde tutunmayı sağlayan bir duvar desteği sağlanması, banyo ve tuvalette kaymayı engelleyecek bir sistem kullanılması, gece aydınlatması sağlanması, uyku sorununun çözümlenmesi gibi önlemler yer alır (121).

## **12.Yaşlılık dönemindeki sosyal ve ekonomik sorunlar, barınma sorunları**

İnsanlar uzun yaşamayı istemekte ancak yaşlanmak istememektedir. Bunun nedeni yaşlılığın bakım ihtiyacının olduğu bir dönem olarak algılanmasıdır (122). Yaşlanırken güvenli ve sağlıklı olmayı etkileyen başlıca sosyal çevre unsurları şunlardır; sosyal destek, eğitim ve hayat boyu eğitim fırsatı, istismar ve

şiddetten korunma gibi unsurlardır (12). Yaşlıların çoğunluğu fakir, eğitim seviyesi düşük ve yalnız kadınlardan oluşmaktadır (16). Yaşlılık döneminde birey emekli olmakta veya yaşadığı sağlık sorunları nedeniyle çalışamaz duruma gelmektedir. Gelir azalması, sosyal güvence yokluğu yaşlılıkta sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını kolaylaştıran ve tedavisini güçleştiren önemli bir sorundur (11).

Günümüzde yaşlı nüfustaki artışın yanı sıra; geniş aileden çekirdek aileye geçiş, kırsal alanlardan şehirlere göç, evde bakımda önemli rolü olan kadının iş hayatına katılımı, geleneksel kültür değerlerindeki değişimler yaşlının aile yapısı içindeki rolünün de değişmesine ve kurum bakımına talebin artmasına neden olmuştur (27, 62). Yaşlı bakımındaki amaç, yaşlının fiziksel, mental ve ruhsal fonksiyonel kapasitesini en üst düzeyde tutmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (123). Bakıma muhtaç yaşlıların büyük kısmı evinde yaşamak ve bakılmak ister (27).

Dünya Sağlık Asamblesi tarafından yaşlanma ve sağlık küresel eylem planında sağlıklı yaşlanma için hedefler belirlenmiştir. Yaşa uygun çevre geliştirme, sağlık sistemlerinin yaşlı insanların ihtiyaçlarına göre düzenlenmesi, uzun süreli sürdürülebilir bakım hizmetleri, eşitlikçi sistemlerin geliştirilmesidir. Dünya çapında bakım ihtiyacı olan yaşlı sayısı artmaktadır. Her ülkenin uzun vadeli bakımı karşılayacak entegre bir sisteme sahip olması gerekir. Yaşlı insanların onurlu bir şekilde yaşama imkanı sağlanmalıdır (124).

### **13. Yaşlı istismarı**

Yaşlı istismarı toplumsal veya bireysel düzeyde olabilir. *Toplumsal istismar*, yaşlının fiziksel, duygusal, ekonomik olarak toplumun değerli bir üyesi olduğunu hissetmesini ve böyle yaşamasını engelleyen tüm toplumsal düşünce, kamusal politika ve kurumsal eksiklikleri içerir. Yaşlılara yönelik uygulanan politikaların insan haklarına ve yaşlı haklarına uygun olması gereklidir. *Bireysel istismar* ise, yaşlıya yönelik kötü muamele, fiziksel acı, duygusal çöküntü ve ekonomik kayıplarla sonuçlanan her türlü harekettir (125, 126). 28 ülkede 60 yaş ve üzerinde yapılan bir çalışmada her 6 yaşlıdan 1'inin istismara uğradığı tespit edilmiştir. Yaşlıların %16'sının psikolojik, %11,6'sının finansal, %6,8'inin ihmale, %2,6'sının fiziksel istismara uğradığı bulunmuştur (127). Psikolojik istismar yaşlı

kişiyi korkutma, utandırma, arkadaşlarını ve ailelerini görmelerini engelleme gibi yaşlıya zarar veren davranışları içerir. Mali istismar ise yaşlı kişinin parasını, mükünü veya varlığını yasadışı olarak kötüye kullanmadır (4).

#### **14.Yaşam kalitesi**

Yaşam kalitesi kavramı için ortak bir görüş bulunmamakla birlikte; kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği öznel duygu olarak tanımlanmaktadır (128). Yaşamın nitelik açısından yeterli ve istendik düzeyde olmasını hedefleyen bir yaklaşım ve uygulamalar bütünüdür. 1970'li yıllardan sonra yaşam kalitesi (Quality of life) kavramı daha fazla gündeme gelmeye başlamıştır. (129). Optimal tıbbi bakımın ve kronik hastalıkların tedavisinin değerlendirilmesinde önemli bir ölçüt haline gelmiştir (130). Yaşlı bilimi olarak ifade edilen geriatik tıbbin ana felsefesi, yaşlıların yaşam kalitesini arttırmak, kendi kendine yetebilirliğini olabilecek en üst düzeye çıkarmaktır (19).

Yaşlı refahının sağlanmasında öncelikle 'yaşam kalitesinin' belirlenmesi ve iyileştirilmesi gerekir. Yaşam kalitesinin artırılmasının evrensel ölçütler şunlardır;

- Uygun konut koşulları ve donanımlar,
- Yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenme,
- Sağlık ve giyim ihtiyaçlarının karşılanması,
- Sağlıklı aile ilişkilerinin kurulması,
- Tüketici davranışlarının belirlenmesi,
- Yeterli gelir ve ekonomik kaynakların rasyonel yönetimidir (62).

Yaşlılıkta yaşam kalitesini etkileyen birçok faktör vardır. Yaşlının yaşa bağlı yaşadığı sağlık sorunları (hipertansiyon, diyabet, görme ve işitme kaybı, hareketsizlik) yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (131). Yaş arttıkça bilişsel yıkım artmakta, yıkımlar beraber günlük yaşam aktiviteleri bozulmakta ve kişilerin yaşam kalitesi azalmaktadır (132). Yaşlı insanlarda sıkça gözlenen düşme sorunu da yaşam kalitesini etkilemektedir (117).

Yapılan çalışmalara göre yaşlılardaki yaşam kalitesini belirleyen en önemli değişkenler sosyoekonomik güvenlik, psikososyal iyilik hali ve genel sağlık durumudur. Bu değişkenler birbirinden bağımsız görünse de, aralarında

kompleks etkileşim vardır (19). Kayseri’de yaşlılarda yapılan bir çalışmaya göre sosyoekonomik durumu ve sağlık durumu iyi olan yaşlılarda yaşam memnuniyeti daha fazladır (57). Samsunda 65 yaş üzeri bireylerde yapılan bir çalışmaya göre yaş arttıkça yaşam kalitesinin azalmaktadır. Aynı çalışmada kadınlarda erkeklere göre yaşam kalitesi ölçek puanı daha düşüktür (133).

Giderek artan ortalama yaşam süresi, yaşlıların yaşam kaliteleri arttırılmadığı durumda bir anlam ifade etmemektedir. Yaşlılardaki pek çok sorun yaşının kendisi ya da yakınları tarafından ‘yaşlılıktandır’ denerek göz ardı edilmekte ve ilerleyen yıllarda kronikleşen problemler oluşmakta ya da yaşlıyı günlük yaşamda bağımlı hale getirmektedir (32). Ülkemizdeki yaşam beklentilerindeki gelişmelerin potansiyel ve toplumsal ve ekonomik uzantılarının tam anlamıyla bilinmesi ve gerekli önlemlerin alınması gerekir (134). Yaşlı sağlığının koruyucu ve geliştirici girişimlerin başarılı olması için halk sağlığı yaklaşımları ile yaşlılıkta sağlığın belirleyicilerini göz önüne alarak planlanan bir yaşlı sağlığı politikasına bağlıdır (135). Yaşlı sağlığının belirleyicilerinin bilinmesi yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından önemlidir. Araştırmalar yaşlılıkta sağlığın belirleyicileri ile ilgili ipuçları vermektedir ancak bu belirleyicilerin temelinde planlanmış sağlık politikaları yoktur (136). Konuya halk sağlığı bakış açısıyla yaklaşıldığında, yaşlıların gereksinimleri belirlenmeli ve yaşlı nüfusun sağlığını geliştirmeye yönelik maliyet etkili müdahaleler yapılmalıdır. Yaşlıların yaşam kalitelerinin arttırılmasında birincil, ikincil ve üçüncül koruma prensipleri temel alınarak, verilecek sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler bir arada düşünmelidir (137).

## **15. Aktif Yaşlanma**

Dünya Sağlık Örgütü 1990’ların sonunda aktif yaşlanma kavramını gündeme getirmiştir. Aktif yaşlanma, kişi yaşlandıkça yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık, katılım ve güvenlik fırsatlarını optimize etme sürecidir. Aktif yaşlanma, hem kişi hem topluma uygulanır. Böylece kişilere yaşam boyu fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden iyi olma potansiyellerinin fark etmeleri ve yardıma ihtiyaçları olduğu zaman yeterli koruma, güvenlik ve bakım sunarken topluma kendi ihtiyaçları, istekleri doğrultusunda katılmaları sağlanır (12; 7). Aktif



yaşlanma kavramı, yalnızca fiziki anlamda aktif olma ve işgücüne katılma durumunu değil, sosyal ve kültürel katılımı da içeren geniş bir anlamı ifade etmektedir. Avrupa Parlamentosu ve Avrupa Birliği tarafından 2012 yılı “Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesillerarası Dayanışma Yılı” olarak kabul edilmiştir (138).

Aktif yaşam sürmek için yaşlı bireylerin biyolojik ve zihinel sağlığın sürdürmesi, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma gibi temel öğelerin yerine getirmesi gerekir. Aktif yaşam psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin varlığını işaret eden bir durumdur (9).

Aktif yaşlanma kavramı, yaşlı insanların çalışmaya devam edebilmeleri, sağlıklı kalmaları, topluma katkıda bulunmaya devam etmeleri için daha fazla fırsatın sunulmasını kapsar. Aktif yaşlanma, kişilerin yaşlılık döneminde sosyal güvenlik, sağlık ve toplumsal hayata katılım açısından fırsatlar sunarak yaşam kalitelerini ideal seviyelere çekmeyi hedefleyen bir sistemdir (138). Aktif yaşlanma için öncelikli konular; yaşamın ileri dönemlerinde beklenmeyen ve erken ölümlerin önlenmesi, kronik hastalıkların olan bireylerin hastalıklarına bağlı engellilik durumu yaşamamaları, bireylerin ileri yaşlarında da yaşamdan zevk alabilmeleri, yaşlı bireylerin toplumun sosyal, politik, ekonomik aktivitelere katılabilmeleri, sağlık harcamalarının daha az maliyetli olması ve bu giderler için devletin sorumluluğunun sağlanmasıdır (139).

Bireyin çocukluk ve yetişkinlik dönemindeki yaşam tarzı ve alışkanlıkları, ileri yaştaki sağlık durumunu belirleyen önemli değişkenlerdir. Sağlıklı yaşlanma doğumla başlayan bir süreç olduğu için sağlıklı yaşlanma çalışmalarına bu hedeflere yönelik olmalıdır (9). Gençlikte kendine bakan, sağlığını koruyan, gerekli yatırımları ve tasarrufları yapan yaşlı birey yaşlılık döneminde de sağlıklı ve aktif olmayı başaracak olan bireydir (23). Alman gerontolog Prof.Dr.Dr.H.C. Ursula Lehr şöyle demiştir; *‘Yaşlanmaya karşı bir şey yapamayız, fakat nasıl bir yaşlı olacağımızı bir ölçüde belirleyebiliriz. Önemli olan yaşama yıllar katmak değil, yıllara yaşam katmaktır’* (140).

## 16. Yaşlılık döneminde koruyucu hekimlik ilkeleri

Hastalıklardan korunma; birincil, ikincil ve üçüncül olmak üzere üç yaklaşım vardır.

1. Birincil (primer) korunma: Sağlıklı bireylere yapılan müdahale sonucunda kişilerin hastalığa yakalanmasının önüne geçilmeye çalışılır. Kronik hastalıklarda başlıca risk faktörleri kötü beslenme, sigara kullanımı ve sadanter yaşam davranışlarının olumlu hale getirilmesi kanserler, kalp hastalıkları ve kronik akciğer hastalıklarından korunmayı sağlayabilir.
2. İkincil (sekonder) korunma: Hastalıkların erken tanısı ile sağlanır. Hastalıkların klinik belirti ve bulgularının ortaya çıkmasından önceki dönemde hastalığın saptanması erken tanı konulması anlamına gelir. Bu amaçla kalp-damar hastalıklarında, kronik akciğer hastalıklarında, kanserler ve diyabette başarılı erken tanı uygulamaları yapılmaktadır.
3. Üçüncül (tersiyer) korunma: Hastalığın klinik bulgu ve belirtilerinin ortaya çıkmasından sonra, hastaların en iyi şekilde tedavisi, sekelli hastaların rehabilite edilmesi gibi hizmetleri kapsar. Hastaların, hastalığın kötü sonuçlarından korunmasını hedefler (70).

Yaşlılık döneminde yalnızlıktan korunma, iş olanaklarının sağlanması, fiziksel aktivite, beslenmeye dikkat edilmesi, kazalardan korunma, ayak bakımı, sigaranın bırakılması, aşılama programı, kanser taramaları, görme ve işitmenin korunması, nöropsikiyatrik işlevler, anemi sıklığının araştırılması koruyucu hekimliğin temel ilkelerini oluşturmaktadır (32).

### 16.1. Fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite ve egzersiz; koruyucu sağlık yaklaşımının bir aracı olarak bireyin sağlığını geliştiren, gelişmiş durumu devam ettiren, yorgunluğa ve hastalıklara karşı direnci artıran hareketlerin bütünüdür (141). Fiziksel aktivitenin kardiyovaküler, nörofizyolojik, kas iskelet sistemi üzerine ve metabolizma, vücut kompozisyonu üzerine birçok faydası bulunmaktadır. Ayrıca kişinin fiziksel kapasitesindeki artışa ek olarak kognitif, moral ve bilişsel aktivitelerinin tümünde

iyilik sağlar (142). Yaşlılarda egzersiz programları denge, esneklik, kuvvet ve çevikliğin gelişmesinde yarar sağlayarak kişinin aktif bir yaşa sürmesini sağlar (141).

Fiziksel aktivitenin, yaşlılarda fonksiyonel bağımsızlığı ve yaşam kalitesindeki yararları bilinmektedir. Bu amaçla yaşlılar için önerilen fiziksel aktiviteler; egzersizler, aerobik, kas kuvvetlendirme, esneklik ve denge egzersizleridir. Denge egzersizleri, yaşlıları düşme ve düşme yaralanmalarına karşı risklerden korur (143).

Dünya Sağlık Örgütü, tüm dünyada bulaşıcı olmayan hastalıklarda büyük bir artış olduğunu açıklamıştır. Bunun nedeni de yaşam standartlarındaki artma sonucu, fiziksel aktivitede azalma, beslenme alışkanlıklarındaki değişim ve sigara kullanımındaki artış olduğunu bildirmiştir (143). Kronik hastalıkların ortak risk faktörü fiziksel hareketsizliktir. Dünya genelinde ölüme neden olan risk faktörleri arasında dördüncü sırada fiziksel hareketsizlik yer alır (dünya genelindeki ölümlerin %6'sı). Meme ve kolon kanserinin %21-25'inin, iskemik kalp hastalıklarının %30'unun, diyabetin %27'sinin ana nedeni fiziksel hareketsizliktir (144). Yaşlılarda fiziksel hareketsizlik oranı ise %33'tür. Fiziksel hareketsizliğin nedenleri, normal yaşlanma, kronik hastalıklar ve uygun olmayan kas-iskelet sistemi kullanımındadır (145).

TEKHARF çalışmasına göre toplumumuzda sedanter bireylerin oranı yaşla birlikte artmakta ve kadınlarda fiziksel aktivite her yaş grubunda erkeklerden daha düşüktür. Bu çalışmaya göre kadınlarda yıllar içinde sedanter olma oranları artış göstermiştir (78). 2010 yılı Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'na göre obezite prevalansı en fazla 50-59 yaş grubunda (%39,9) saptanmıştır. Ülkemizdeki bireylerin %71,9'unun hareketsiz yaşadığı belirlenmiştir (82).

Çocukluk çağından başlayarak kişilere düzenli aktivite alışkanlığını kazandırmak, her yaştaki birey için egzersizi günlük yaşamın vazgeçilmezi yapmak, bireysel sağlın korunması ve ileri yaşlarda karşılaşılabilecek sağlık

tehditlerine karşı büyük öneme sahiptir. Bu etkinliklerin ileri yaşlar boyunca düzenle devamı, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırılmasında önemlidir (141).

## **16.2.Sigaranın bırakılması**

Sigara kullanımı tüm dünyada, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde önemli sağlık sorunu olarak ilk sıralarda yer almaktadır. Önlenbilir morbidite ve mortalite nedenidir (146). DSÖ'ne göre dünyada sigara kullanımına bağlı yılda 5 milyon ölüm gerçekleşmektedir. 2030 yılında bu sayının 8 milyona çıkması beklenmektedir (147). Ülkemizde yetişkinlerde tütün kullanımı oldukça yaygın ve önemli bir halk sağlığı sorundur. Çalışmalar tütün kullanım sıklığının azalmasına neden olmakla birlikte halen oldukça yüksek olduğu bilinmektedir (148). 2003 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yüğü-Maliyet Etkililik çalışmasına göre sigara içme oranı erkeklerde %51, kadınlarda %19 ve toplamda %33 olarak saptanmıştır (67). 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmaya göre kadınlardaki sigara içme oranı % 17 iken erkeklerde %43'tür (64). Yapılan başka bir çalışmaya göre erkeklerde %48, kadınlarda %15 toplamda ise %31 oranında sigara içilmektedir (91). 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmaya göre sigara içme sıklığı; erkeklerde 55-64 yaş grubunda %40,0, 65-74 yaş grubunda %25,7, 75 yaş ve üzerinde %10,0'dır. Kadınlarda ise 55-64 yaş grubunda %9,8, 65-74 yaş grubunda %4,1, 75 yaş ve üzerinde %3,0'dır (64). Sigara kullanımı genç yaş grubunda giderek artmaktadır. Bununla ilişkili hastalıkların artması beklenmektedir. Tütün ve tütün ürünlerini önleyici politikalar hızla sürdürülmelidir. Tütünle mücedelede iyi yol alınamazsa tütünle ilişkili hastalıkların kişiye ve topluma getirdiği yük ciddi boyutlara ulaşacaktır.

Yaşlanma doğal bir süreçtir. Yaş ilerledikçe organizmada bir takım değişiklikler meydana gelir. Yaşlanma ile meydana gelen değişiklikler ilerleme gösterebilir, yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir ve de hastalıklara yol açabilir. Sigara içenlerde tüm bu süreçler daha erken yaşlarda görülür. Sigara içilmesi daha erken yaşlarda özellikler yüzlerin yaşlı görünmesine neden olur. Sigarada bulunan 4000 civarındaki madde vücut metabolizmasını olumsuz etkiler ve çeşitli sağlık sorunlarına neden olur (149). Sigara içilmesi oluşan başlıca hastalıklar

şunlardır: koroner kalp hastalıklar, hipertansiyon, kanser, kronik akciğer hastalıkları, nöro-psikiyatrik sorunlar, osteoporoz, diyabet, ağız ve diş sağlığı sorunları (149).

Yaşlılık döneminde bireylerin sigara algısındaki değişiklik sigara ile mücadeleyi zorlaştırabilir. Bireylerin geçmişten gelen davranışlarını değiştirmek gençlik dönemine göre daha zor olabilir (150). Sigara ile mücadele hızlı sonuç alınabilen bir süreç değildir. Bu nedenle yasal, ekonomik ve sosyal alanlardaki çok yönlü önlemler alınması gerekir (64).

### **16.3. Beslenme**

Her yaş grubunda olduğu gibi ileri yaş grubunda da yeterli ve dengeli beslenme sağlığın korunması ve geliştirilmesi için çok önemlidir. Yeterli ve dengeli beslenme dört besin grubunda bulunan besinleri yeterli miktarda tüketilmesiyle sağlanır. Bu besinler; süt, et, tahıl ve sebze-meyve grubudur (151).

Yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin yeme alışkanlıklarında değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşlılık döneminde beslenme bozukluğuna bağlı oluşan şişmanlıkla beraber kanser, kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon, diabetes mellitus, hiperlipidemi, hiperkolesterolemi gibi hastalıklarda ve risk faktörlerinde artış görülmektedir (9,152). Obez yaşlılarda kişiye özel diyet ve fiziksel aktivite programı geliştirilerek yaşam tarzı değişikliği önerilmektedir (9).

65 yaş ve üzerindeki kişilerde yoğun olarak görülen, beyin kanamaları ve tansiyondan korunmak için günlük tuz miktarı kısıtlanmalıdır. Bu yaş grubunda sıvı kayıpları ve kayıpların yol açtığı sağlık sorunları diğer yaş gruplarına göre daha sık görülmektedir. Bu nedenle günlük sıvı tüketimi artırılmalıdır (151).

Yaşlılarda beslenme durumunu etkileyen olumsuz faktörler arasında yaşlanmayla birlikte oluşan fizyolojik değişiklikler, akut ve kronik hastalıklar, ağız diş sağlığı problemleri, polifarmasi, ekonomik sorunlar, yemek hazırlamada ve yemede güçlükler sayılabilir (9).

Yaşlılarda beslenme bozukluklarından biri de malnütrisyonudur. Genellikle ileri yaşla birlikte artan kronik hastalıklara ve özel olarak da diş kayıplarına bağlı gelişmektedir. Malnütrisyon ve kronik hastalıklar arasındaki kısır döngü de bu yaş grubu için önemli mortalite ve morbidite nedenidir (152). Yaşlılarda malnütrisyon tahmin edildiğinden daha fazla görülmektedir. Bakımevinde ve hastanede yatan yaşlılarda %50'den daha yüksek orandadır (153).

#### **16.4. İlaç kullanımı**

Yaşlı popülasyonda kronik hastalık prevalansı ve çoklu ilaç kullanımı artmaktadır (154). Yaşlılarda ilaç kullanımı poliklinik hastalarında günde üç ila altı iken, bu sayı yatan hastalarda ortalama olarak on ila on beş olabilmektedir (155). İlaçların farmakokinetik özellikleri yaşla birlikte değişmektedir. İlaçların emilimi, vücutta dağılımları, metabolizmaları, atılımları ve reseptör seviyesindeki değişikliklere bağlı olarak ilaçlara verilen yanıt yaşlı bireylerde farklılık göstermektedir (156). Birçok hastalığın birlikte bulunmasının oluşturduğu klinik tabloya ek olarak; çoklu ilaç kullanımının ve bu ilaçların yan etki ve etkileşimlerinin de var olan patolojilere olan katkılarının ayırt edilebilmesi için, ilaç farmakolojisinin yaşlılardaki özelliklerinin iyi bilinmesi zorunludur (155).

Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımına zemin yaratan faktörler:

- Hastanın farklı doktora giderek çok sayıda reçete alması, reçetelere çok sayıda ilaç yazılması,
- Doktorların fazla sayıda ilaç yazmaya eğilimli olmaları, hastaların fazla ilaç beklentileri,
- Tanıdan ziyade semptomaya yönelik olarak ilaç kullanılması,
- Doktorların eski ilacı kesip yeni ilaca başlama eğilimi, hastanın veya doktorun tercihi olarak kullanılan ilaçların otomatik olarak tekrar yazılması,
- Çok sayıda reçetesiz ilaç satılması, yaşlı hastaların aile bireylerinden veya çevreden ilaç alarak kullanma eğilimi olarak sıralanabilir (157).

Özellikle tedavi başarı oranı düşük, çok sayıda hastalığı olan ileri yaş grubunda genel olarak benimsenen 'düşük dozla başla ve yavaş artır' ilkesi günümüzde 'çoğu ilacı kes, kullanılacakların dozunu azalt' olarak değiştirilmektedir. Hipokrat ilkeleri gereği; tüm risk gruplarında olduğu gibi yaşlılara yönelik uygulamalarda da öncelikle zarar vermeden akılcı ve etkin tedavi yaklaşımlarının benimsenmesi önerilmektedir (158). Yaşlıların sağlıklarının korunması ve yaşam kalitelerinin artırılması açısından önemli bir sorun olarak karşımıza çıkan çoklu ilaç kullanımına çözüm üretmek için hekimlerin ve eczacıların ortak bir hareket noktası oluşturması ve akılcı ilaç kullanımı ilkeleri çerçevesinde hareket etmeleri gerekmektedir (157).

### **16.5. Bağışıklama**

Bağışıklama Temel Sağlık Hizmetlerinin en önemli bileşenlerinden birisi olup yaş gruplarına göre bu hizmetin kapsamı değişmektedir. Aşılama, bireyde bağışıklık düzeyini istenilen seviyeye getirmek anlamına gelen bağışıklamayı sağlamak için yapılan işlemdir (142). Tüm dünyada enfeksiyon hastalıklarına bağlı mortalite ve morbiditenin azaltılmasında en etkili yöntem aşılamadır. Bebeklik ve çocukluk dönemi aşılama programı başarıyla yürütülürken hızla artan yaşlı nüfus göz ardı edilmektedir. Yaşlılarda aşı etkinliği gençlere göre daha düşük olmasına rağmen hastalık sıklığı ve morbiditesi düşünüldüğünde bu grubun aşılamadan yarar görme ihtimali çok yüksektir (159).

İleri yaş grubundaki bireyler için 'kırılgan' ifadesi de kullanılmakta olup bu döneme özgü önlemlerin alınması gereğinin üzerinde durulmaktadır (142). Yaşlılarda pnömokok, mevsimsel grip aşısı, herpes zoster, tetanoz aşısı; gereğinde hepatit b, kolera, meningokok ve diğer aşılar uygulanır (142, 160).

### **17. Yaşlı sağlığı sorunlarında halk sağlığı çözüm yaklaşımları**

Son birkaç dekatta, dünya genelinde ciddi demografik ve epidemiyolojik değişiklikler meydana gelmiştir (19). Tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişimi toplumda yaşlı kişilerin sayısının artmasına neden olmaktadır (18). Birleşmiş Milletler Ekonomik Ve Sosyal İşler Departmanı verilerine göre, dünyadaki her on

kişiden biri 60 yaş üzerindedir. 2050 yılında her beş kişiden biri, 2150 yılında ise her üç kişiden biri bu yaş grubuna dahil olacaktır (19). Türkiye'nin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde, gelişmiş ülkelere göre daha hızlı bir değişim yaşanmaktadır. Genç bir nüfusa sahip görünmekle beraber, ülkemiz istatistiki projeksiyonlar ışığında hızlı bir şekilde yaşlanan bir nüfusa sahip olma gerçeği ile karşı karşıyadır (19).

21.Yüzyıl yaşlanan nüfus çağı olarak adlandırılmaktadır. Nüfusun yaşlanması sağlıktan sosyal güvenliğe, çevreden eğitime, iş imkanlarına, sosyal kültürel faaliyetlere, aile hayatına kadar toplumun bütünlüğünü etkileyecek bir şekilde devam etmektedir (161). Gelişmekte olan ülkelerde 2050 yılına kadar uzun süreli bakım ihtiyacı olan insan sayısı dört kat artacaktır. Birçok yaşlı insan hareket kısıtlılığı, fiziksel ve mental sağlık problemleri nedeniyle bağımsız yaşama yeteneğini kaybedecektir. Bu durum hastane, hemşirelik, toplum, ev tabanlı olmak üzere uzun süreli bakım ihtiyacını arttıracaktır (10). Batı ülkelerinde yaşlı nüfus hastane kabullerinin yüzde 50'den fazlasını oluştururken, sağlık kaynaklarının yaklaşık yüzde 40'ını oluşturmaktadır (162).

Yaşamın son dönemi yaşamın ilk yıllarında olduğu gibi eğer gerekli önlemler alınmazsa bir başkasına tam bağımlı olduğu dönem olabilir. Bu yüzden sağlıklı yaşlanma alanındaki yapılacak çalışmaların hedefleri bağımsız geçirilen yaşam süresinin uzatılması, ileri yaşlardaki bağımlılığın en aza indirilmesi veya ötelenmesi olmalıdır (9).

Toplumumuzun sosyolojik yapısında önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Geniş aile yapısının çekirdek aile yapısına dönüşmesi ile birlikte yaşlılar giderek yalnız kalmakta, bakım ihtiyaçları eskiden olduğu gibi geleneksel bir şekilde aile tarafından değil, bakıcılar tarafından ya da bakım evlerinde yapılmaktadır. Geleneksel aile yapısında kadına verilen yaşlıya bakım görevi, günümüzde kadınların daha fazla iş hayatında yer almasıyla birlikte bakıcılara ve bakımevlerine düşmektedir. Bu değişim, beraberinde özellikle sosyal açıdan hazırlıklı olmayan toplumlarda aksaklıklara neden olabilmektedir. Bu durumda da özellikle yaşlılık dönemini bakım evinde geçirmek zorunda kalan yaşlıların genel sağlık ve ruhsal durumuna yansımaktadır. Ülkemizde bu yaş grubunda yapılmış



olan çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda huzurevinde yaşayan yaşlılardaki depresyon sıklığının yüksek olduğu bunun yanında genel sağlık durumunun ve yeti yitimi derecesinin daha kötü olduğu görülmüştür (98, 103-105, 163). Bu araştırmaların sonuçlarının üzerinde durulması gerekmektedir. nk artan yaşlı nüfusunun bakım ihtiyaçları bu koşullar altındaki kurumlarla giderilmeye çalışılacaksa eğer; gelecekte daha fazla sağlık sorunu ile karşılaşmamız kaçınılmaz olacaktır.

Yaşam süresinin uzaması beraberinde kronik hastalıkları getirmiştir. Geçmişte bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilirken artık kronik hastalıklar ve kanserler en önemli sağlık sorunları haline gelmiştir (164). DSÖ'nün tahminlerine göre yaşlı kişilerdeki başlıca hastalık yükü kronik hastalıklar olacaktır. Kalp hastalıkları, inme, kronik akciğer hastalıkları, demans, görme kusurları, işitme kaybı ve osteoartritler önemli sakatlık (yeti kaybı) nedenleri olacaktır. Yaşlı insanların iyi derecede sağlık bakımı alabilmeleri için koruyucu hekimlik uygulamaları ve kronik hastalıkların yönetimi çok önemlidir (10).

Yaşlılar, gebeler ve çocuklar gibi önemli riskli bir grubunu oluşturmaktadır. Bu zel grubun sorunları tespit edilip zm nerileri getirilmelidir. Toplumun genelinde meydana gelen yapısal değişimler kavranmadan, yaşlıların farklı pozisyonlarını anlamak mümkün değildir (164). Beklenen yaşam süresinin başkasına bağımlı olmadan, kaliteli yaşanan bölümünü artırarak, bağımlı yaşanan süreyi olabildiğince kısaltmak gerekir. Yaşlı sağlığına yönelik politikaları daha gerçekçi bir zeminde oluşturabilmek için yaşlı sorunlarına yönelik demografik çalışmalara öncelik vermelidir (19).

Toplum yaşlandıkça artan yaşlı nüfus, diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında, sağlık ve sosyal sorunları ile toplumun özellikli bir grubunu oluşturmaktadır. Aslında bu sorunlar önlenebilir, geciktirilebilir ya da erken dönemlerde belirlenerek zm getirilebilir. Bu yüzden bu özellikli grubun sorunlarının halk sağlığı yaklaşımları ve uygulamaları ile ele alınması gerekmektedir. Bebekler, ocuklar, gebe kadınlar gibi yaşlılar da bir risk grubu olarak değerlendirilmelidir (2). Ülkemizde yaşlı sağlığına yönelik primer, sekonder ve tersiyer koruma ve geriatri konusunda uzmanlaşma eksiklikler bulunmaktadır.

Toplumun yaşlı sağlığı ile ilgili bilgi düzeyi yetersizdir (134). Hızla yaşlanan bir dünya göz önüne alındığında ülkemizde artık yaşlılık konusunun ve yaşlılık politikalarının yeniden gözden geçirilmesi zorunlu hale gelmiştir. Yaşlanmaya bakış açısı, yaşlıya bakım sağlanmanın ötesinde, toplumla bütünleşmesi yitirilen statü ve rollerin yeniden kazanımı gibi konuların tartışılmasını içermektedir (53).

Yaşlılık bireysel bir olay olmakla beraber, toplumsal değerler ve diğer etkenler toplumda yaşlıya ve yaşlılığa verilen değeri ve yeri belirlemekte olup, bir toplumdan diğerine ve çağa göre farklılık göstermektedir. Bu nedenle yaşlılık sadece biyolojik bir olay olmayıp, aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir olaydır (62). İleri yaşlarda yaşlıların giderek yaşamdan, günlük aktivitelerden ve toplumsal ilişkilerden kendilerini çektikleri ve bu davranışların 'normal' olarak algılandığı toplumlarda yaşlılarda başta ruhsal ve sosyal problem olmak üzere pek çok sağlık sorunları oluşmaktadır (165).

DSÖ'nün 21. yüzyılda 'Herkes İçin Sağlık' temasında beşinci hedef doğrudan yaşlı sağlığı ile ilgilidir (7). Gelişmiş ülkelerin çoğunda yaşlıların sağlığını geliştirmek için çok kapsamlı programlar yapılmaktadır (166). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Plan'ında yaşlı kişileri hedef alan stratejiler yer almaktadır. (167).

Yaşlıların her türlü engel, ihmal ve dışlanmaya karşı toplumsal hayata ayrımcılığa uğramadan ve etkin bir biçimde katılmalarını sağlamak üzere; "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı" 2007 yılında yayınlanmış ve 2013 yılında 'Ulusal Yaşlanma Uygulama Programı' hazırlanmıştır. Ulusal Yaşlanma Uygulama Programı kapsamında birçok farklı kurum ve kuruluşun sorumlu olduğu 30'dan fazla eyleme yer verilmiştir.

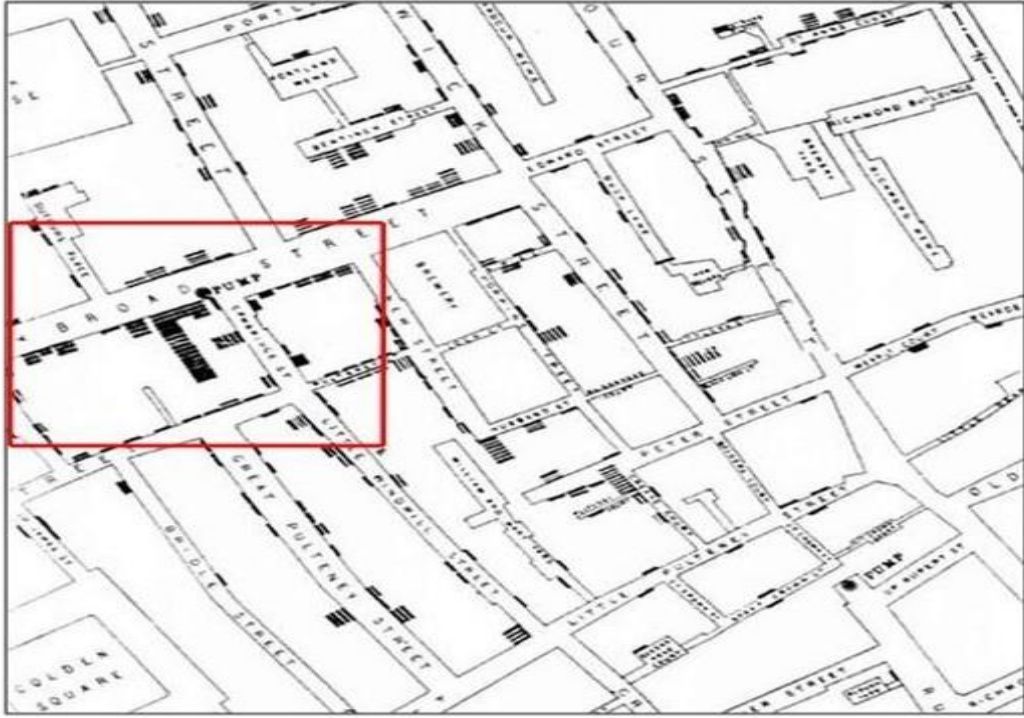
Çanakkale Aile Ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'ne bağlı 2009 yılında hizmete giren 40 kişi kapasiteli 'Hamiyet Ferudun Sözen Huzurevi ' ve 2016 yılında hizmete giren 114 kişi kapasiteli 'Çanakkale Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezi'nde 2 huzurevi bulunmaktadır (168). Çanakkale Belediyesi'nin Güney Maramara Kalkınma Ajansı'nın desteğiyle 2013 yılında başlattığı 'Altın yıllar yaşam merkezi projesi' ile 65 yaş ve üzeri kişilere sosyal ve kültürel aktiviteler yaptıkları yaşlı merkezi vardır. Merkezde iş uğraş terapisi,

kahkaha terapisi, sanat terapisi, grup terapisi ve bireysel psikolojik ve danışmanlık hizmetleri de verilmektedir (169). Çanakkale Halk Sağlığı Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar Ve Kanser Şube Müdürlüğü'ne bağlı 'Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Engelliler Birimi' Sağlık Bakanlığının programlarını ilimizde yürütmektedir. Özel gün ve haftalarda yaşlı ziyaretleri yapmakta, çeşitli etkinlikler düzenlemektedir.

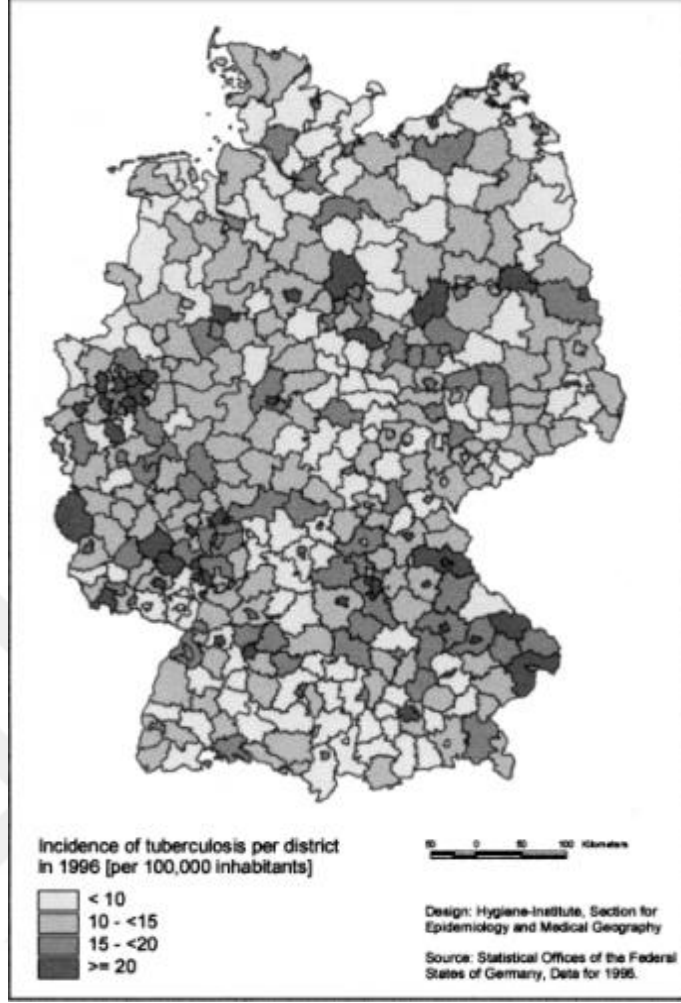
## 18. Sağlık Coğrafyası

'Sağlık coğrafyası' diğer adıyla 'Tıbbi coğrafya' hastalıkların çevreyle ilişkisini araştıran bir yöntemdir. Bunu yaparken tıp ve coğrafyanın dışında sosyoloji, antropoloji, psikoloji, istatistik, kartografya gibi birçok bilimden faydalanarak hastalık ve sağlığa bütüncül bir bakış açısıyla ele alır (170). Günümüzde gelişmiş ülkeler 'sağlık coğrafyası' konusunu önem vererek hastalıkların coğrafi dağılımlarını ve bu dağılıma etki eden coğrafi faktörleri saptamaya çalışmaktadır. Bu çalışmalar hastalık ve ölümlerin dağılımı, ülkenin ekonomik, sosyal ve demografik yapı özellikleri ile birlikte incelenerek sağlık plan ve programlarının yapılmasında kullanılmaktadır (171). Hastalıkların coğrafi dağılımının bilinmesi ülkelerin sağlık politikaları ve yatırımları için mutlaka olması gerekenlerden biridir (172).

Hastalıkların coğrafi dağılımına ilk örneklerden biri 1854 yılında John Snow'un Londra'daki kolera salgınında harita üzerinden vakaları işaretleyerek vakalarının yoğunluk gösterdiği mahallelerden yola çıkarak salgının su kaynağındaki kirlilikten meydana geldiğini göstermesidir (Şekil 12). Burkitt lenfoması konusunda çalışmalar yapan Dr. Burkitt 1958 yılında hastalığın Afrika Kıtasındaki dağılımını göstermiştir (173) . Almanya'daki tübezküloz insidansı yerleşim yerine göre dağılımı coğrafi bilgi sistemi ile sunulmuştur (Şekil 13) (174).



Şekil 12. 1854 yılında John Snow Londra'daki kolera salgınında harita üzerinden vakaları işaretleyerek vakalarının yoğunluk gösterdiği mahalleleri göstermiştir (173).



Şekil 13. Hastalık insidans modellerinin CBS destekli gösterimi: Almanya'da tüberküloz, 1996. (174).

## 19. Coğrafi Bilgi Sistemi

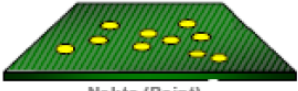
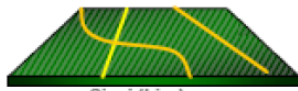

Coğrafi Bilgi Sistemi (CBS), yeryüzü referanslı ve konuma dayalı gözlemlerle elde edilen, grafik ve grafik olmayan bilgilerin kullanılması ile bilgileri toplayan, bilgisayar programı ile verileri analiz eden, planlama, yönetim ve karar aşamasında destek amaçlı kullanılan bir yönetim bilimidir (175,176). CBS, 1980 yılından itibaren kullanılmaya başlayan bir bilgisayar teknolojisidir (177). CBS ile haritalandırma bilginin hızlıca güncellenmesini kolaylaştırır ve en hızlı şekilde yöneticilere bilgi aktarır (178). Zamana bağlı istatistiksel değişimlerin işlenmesi ve takibi yapılmaktadır. Niteliksel ve niceliksel araştırmalarda kullanılabilir (175). CBS, İstatistiksel analizi görselleştirebilmekte, haritalar tarafından sağlanan coğrafi analiz ile birleştirmektedir (179). CBS kullanımı için CBS

yazılımı, bilgisayar, destek donanımlar, coğrafi veri ve deneyimli personel gereklidir (180) (Şekil 14).



Şekil 14. Coğrafi bilgi sisteminin bileşenleri (175).

Coğrafi ve coğrafi olmayan veriler bilgisayar programına girilirken bu verilerin sınıflandırılması gerekmektedir. Coğrafi veriler üç ana unsurdan oluşmaktadır; nokta, çizgi, poligon ve grid-raster (alan) (Şekil 15). Coğrafi olmayan veriler ise tablolardan oluşmaktadır (176,180).

 <p>Nokta (Point)</p>	 <p>Çizgi (Line)</p>	 <p>Alan (Polygon)</p>
Bir tek koordinat değeri (x,y) ile gösterilen, sıfır boyutlu, uzunluk ve alan bilgisi olmayan, ölçeğe bağlı büyüklüğe sahip coğrafi detaylardır (tepe noktası, vaka gibi).	Uzunluk bilgisi olan, alan bilgisi olmayan, ölçeğe bağlı büyüklüğe sahip coğrafi detaylardır (yol, nehir gibi).	Uzunluk ve alan bilgisi olan, ölçeğe bağlı büyüklüğe sahip coğrafi detaylardır (yerleşim sınırları, göller gibi).

Şekil 15. Coğrafi veri elementleri (176).

Epidemiyologlar, genellikle renklendirilmiş tematik, görsel haritalar kullanmaktadırlar. Bulaşıcı hastalıkların paternini göstermede CBS yol gösterici

olabilir (181). DSÖ 2015 verilerine göre tüm dünyada 52 milyon ölümün 40 milyonunun veya %70'nin nedeni bulaşıcı olmayan hastalıklardır (182). İstatistik tablolarına karşılaştırıldığında CBS bulaşıcı olmayan hastalıkların mekansal dağılımını daha etkin gösterebilir. Hastalık haritaları aracılığı ile düşük ve yüksek riskli bölgeler belirlenebilir. Ayrıca hastalık oluşumuna etkisi olan çeşitli faktörler (Fiziki veya sosyokültürel) hastalıkla ilişkilendirilebilir (181).

CBS, neden sonuç ilişkisini saptamada yeterli değildir ancak etken hastalık ilişkisi belli ise, hastalığın latent süresi kısaysa ve mekansal maruziyet tanımlanmışsa hastalık sıklığının dağılımı ve risk faktörlerini belirlemede faydalı olabilir (181). CBS ile mantıksal ve matematiksel modeller aracılığıyla coğrafi analizler yapılmaktadır. Örneğin değişik çevre kirliliklerinde modeller aracılığıyla analiz yaparak, rüzgar ve hava koşullarına göre bölgelerde olabilecek farklı etkiler grafiksel olarak CBS ile sunulmaktadır (180).

CBS, insan, yer, zaman araştırmaları ile ilgilenen tüm bilim dalları, meslek grupları araştırmalarında kullanılabilir (175, 176). Son yıllarda sağlık alanında CBS uygulamalarında önemli bir artış olmuştur. Çünkü CBS, epidemiyolojik amaçlı özel bir veri tabanı oluşturarak sorgulama ve analiz için uygun bir sistemdir. CBS sadece verilerin saklanması için değil aynı zamanda verilerin etkin bir şekilde sunulması olarak sağlar (179). Son gelişmeler, çevre sağlığı, hastalık ekolojisi ve halk sağlığı alanlarında CBS'nin, mekansal verileri işlemek, analiz etmek ve görselleştirmek için vazgeçilmez bir araç haline geldiğini açıkça göstermektedir. Coğrafi epidemiyoloji alanında CBS, hastalık haritalarının hazırlanması ve ekolojik analiz için kullanılmaktadır (174).

Sağlık coğrafyasında CBS kullanılarak:

- Sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç belirlenebilir.
- Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve yürütülmesindeki eşitsizlikler irdelenebilir.
- Sağlık hizmetlerinin planlanması ve değerlendirilmesi etkili bir şekilde gerçekleştirilebilir.

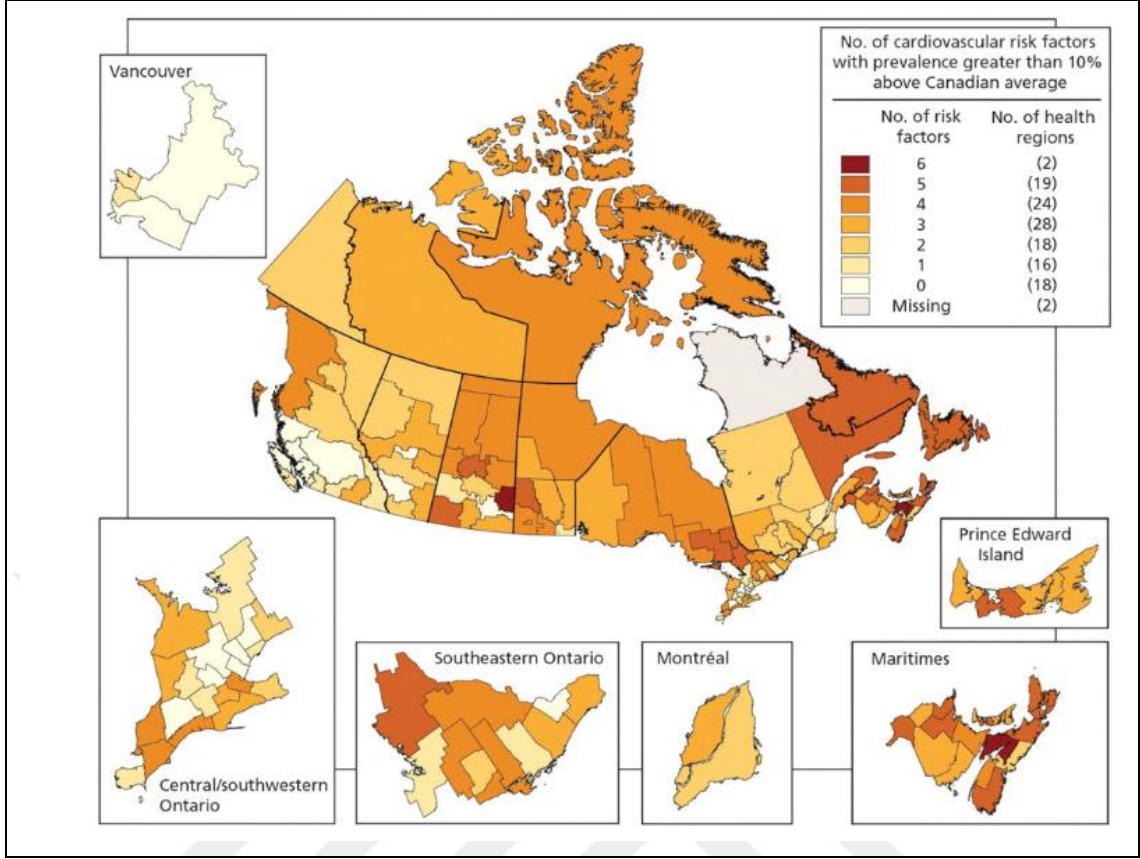
- Hastalıkların görüldüğü yerler ve görülme sıklığı izlenip hastaların takibi hızlı ve güvenilir bir şekilde gerçekleştirilebilir.

Tüm bu gerçekleştirilen hizmetler ve sonuçları haritalar ve grafikler kullanılarak görselleştirilerek elde edilen bilginin etkin bir şekilde sunumu ve paylaşımı gerçekleştirilebilir (183).

CBS kullanarak sağlık hizmetlerinin planlamasında ve geliştirilmesinde Wilkinson (1998), Albert (2000), Cromley ve McLafferty (2003), Bazemore (2003), Guagliardo (2004) ve Black ve (2004) tarafından önemli çalışmalar yapılmıştır. Salgın hastalıklar konusunda Jerrett (2003), Kaushal ve Johnson (2003) ve Busgeeth ve Rivett (2004) tarafından çalışmalar gerçekleştirilmiştir (179).

Avrupa ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletlerinde CBS ağırlıklı olarak sağlık sektöründe kullanılmaktadır. Hasta kayıtları aylık, 3 aylık, 6 aylık ve 1 yıllık periyotlarla bölgelere göre CBS ile hastalıkların dağılımı elde edilmektedir. Düzenli olarak yapılan analizlerle artan hastalıkların bölgesel dağılımı, nedenleri elde edilmektedir (180). ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı, 2010 yılı sağlık raporunda ulusal ve yerel tüm verilerin en az %90'ının coğrafi kodlama yapılmasını hedef koymuştur (184). Luksenburg'da 18-69 yaşları arasındaki 1432 kişi ile yapılan çalışmada kardiyovasküler risk faktörleri yerleşim yerlerine göre haritalandırılarak risk haritaları oluşturulmuştur. Kapsamlı risk haritalarına göre bölgesel farklılıkların olduğu tespit edilmiştir. (185). Kanada'da yapılan bir çalışmada kardiyovasküler risk faktörleri yerleşim yerine göre incelenmiştir (Şekil 16) (186).





Şeki 16. Kanada'da kardiyovaküler hastalık risk faktörleri haritası (186).

Amerika birleşik devletlerinin 17 şehrinde yapılan bir çalışmada kadınlardaki kardiyovaküler risk faktörlerinin yerleşim yerine göre dağılımı gösterilmiştir (187). Amerika birleşik devletlerinde yapılan başka bir çalışmada hipertasyonun yerleşim yerine ve yıllara göre değişimi belirlenmiş (188).

Ülkemizde de Sağlık Coğrafyası alanında CBS ile yapılan çalışmalarda son yıllarda artış olmuştur. Urgancıoğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada Türkiye'deki her il ve ilçeden su örneği alarak iyot miktarı belirlenmişlerdir. Böylece endemik guatr riskinin fazla olduğu iller gösterilmiştir. Trabzon'da yapılan bir çalışmada kanser insidansları yerleşim yerine göre incelenmiştir (189). İstanbul'da yapılan bir çalışmada hava kirliliğinin insan sağlığı üzerine etkisi ve KOAH ilişkisi değerlendirilmiştir (190). Konya'da yapılan bir çalışmada Fenilketanürili hastaların tespiti, önlenmesi ve tedavi amacıyla CBS kullanılmıştır (191). Yine Konya'da diyaliz hastaları hangi bölgeden ne sebeple geldikleri, tedavi amacıyla gittikleri diyaliz merkezleri CBS ile incelenmiştir (192). 2004-2009 yılları arasında tüm Türkiye'den Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) çağrı

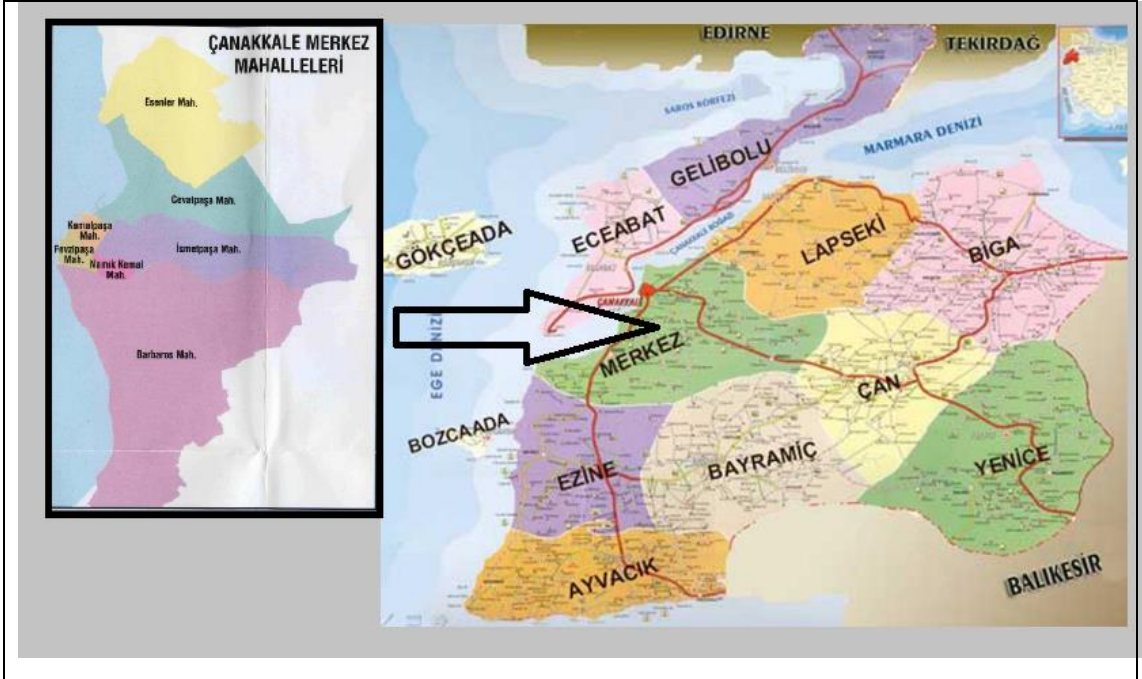
merkezine yapılan sağlık konularında bilgi alma, Şikayet ve diğer konularda yapılan 6 milyon ağrı yıllara göre il düzeyinde dağılımı gösterilmiştir (193). Yapılan bir çalışmada Türkiye’de meme kanseri nedeniyle meydana gelen ölümler 1998-2006 yılları arasındaki değişim yaş gruplarına ve illere göre incelenmiştir (194.). Bir diğer çalışmada 2000-2013 yılları arasındaki sağlık personelinin illere göre dağılımı incelenerek sağlık planlanmasında sağlık coğrafyasının önemi vurgulanmiŐtir (195). İstanbul’da yapılan bir çalışmada beş yaş altı ölümler ilçelere göre değerlendirilmiştir (196).



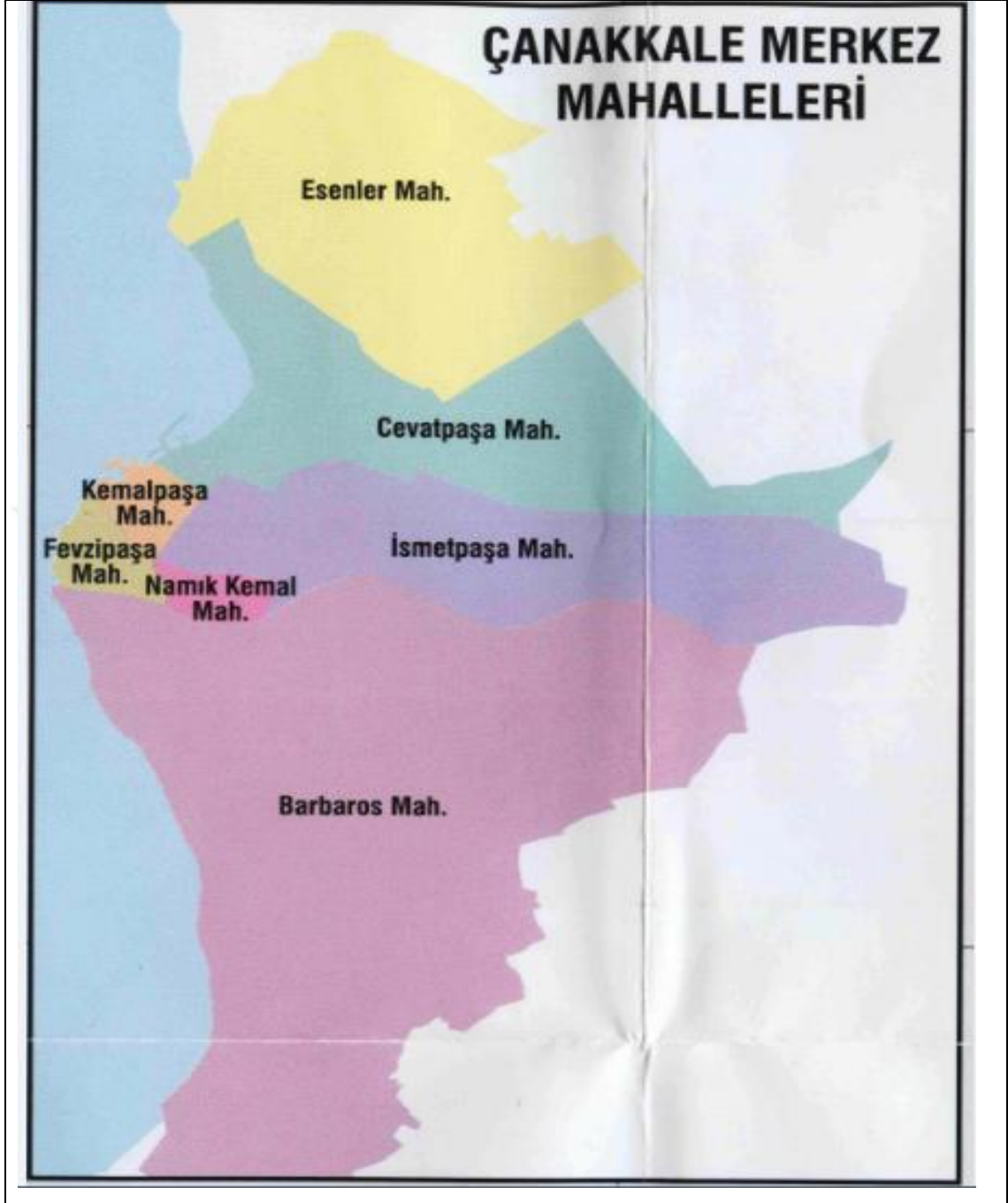
## GEREÇ VE YÖNTEM

### 1. Araştırma bölgesi

Çanakkale ili Anadolu'nun Kuzeybatısında, Biga Yarımadası ile Trakya'nın güneyinde bulunan Gelibolu Yarımadası üzerinde yer alır (Şekil17). 12 ilçesi, 23 belediyesi ve 574 köyü bulunmaktadır. 2016 yılı Adrese Dayalı Nüfus tespitlerine göre Çanakkale nüfusu 519.793'dür (197). Bu nüfusun %50,4'ü erkek, %49,6'sı kadındır. Nüfusun %59,2'si il ve ilçe merkezlerinde geriye kalanı belde ve köylerde yaşamaktadır. Nüfusun il ve merkez ilçedeki yaş gruplarına göre olan dağılımı Tablo 6'da sunulmuştur. Merkez ilçe en çok nüfusa sahip ilçedir ve toplam nüfusu 165.517'dir. Merkez ilçede 7 mahalle vardır (Şekil 18).



Şekil 17. Çanakkale İli ve İlçelerinin Konumu



Şekil 18. Çanakkale İl merkezindeki mahallelerin konumu

### 1.1. Demografik yapı

2010 yılında %45,1 olan kırsal nüfus 2016 yılında %40,8'e gerilemiştir. Ancak Çanakkale nüfusu Türkiye ile kıyasla daha fazla oranda kırsal alandadır (Şekil 19). 2010-2016 yılları arasında 0-14 yaş grubunda belirgin değişiklik olmazken 65 yaş ve üzeri yaş grubun toplam nüfus içindeki oranı %12,2'den %14,0'e yükselmiştir. Çanakkale'nin kaba ölüm hızı Türkiye'ye göre yüksekken,

doğum hızı ve toplam doğurganlık hızı Türkiye ortalamasından düşüktür (Tablo 6). Çanakkale emeklilerin yaşamak için tercih ettiği bir ildir. Özellikle emeklilik döneminde olan kişiler Çanakkale'ye göç etmektedirler. Bu sebeple özellikle merkez ilçede artan yaşlı nüfusa katkısı olmaktadır. Genç nüfusu diğer illerden gelen Üniveriste öğrencileri ve askeri birliklerde yaşamakta olan askerler oluşturmaktadır.

Tablo 6. Çanakkale Demografik Verileri 2010-2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015 <sup>#</sup>	2016
<b>Nüfus</b>	490.397	486.445	493.691	502.328	511.790	<b>513.341</b>	519.793
<b>Kentsel Nüfus* (%)</b>	54,9	55,1	56,3	57,4	58,0	<b>58,9</b>	59,2
<b>Kırsal Nüfus* (%)</b>	45,1	44,9	43,7	42,5	42,0	<b>41,1</b>	40,8
<b>0-14 Yaş Nüfus (%)</b>	16,7	16,7	16,4	16,1	15,9	<b>15,9</b>	16
<b>65 ve Üzeri Nüfus (%)</b>	12,2	12,5	12,7	12,9	13,5	<b>13,8</b>	14
<b>Kaba Doğum Hızı** (‰)</b>	10,1	10,7	11,0	10,6	10,8	<b>10,4</b>	10,5
<b>Kaba Ölüm Hızı ***(‰)</b>	8,01	8,2	8,2	7,9	8,3	<b>8,4</b>	-
<b>Toplam Doğurganlık Hızı **</b>	1,43	1,53	1,57	1,51	1,57	<b>1,53</b>	1,56

Kaynak: TÜİK, ADNKS

\* Kentsel Alan Nüfusu İl ve İlçe Merkezleri, Kırsal Alan Nüfusu Belde ve Köy Nüfusları üzerinden hesaplanmıştır.

\*\* TÜİK, Haber Bülteni, Doğum İstatistikleri 2010-2016 <http://www.tuik.gov.tr>

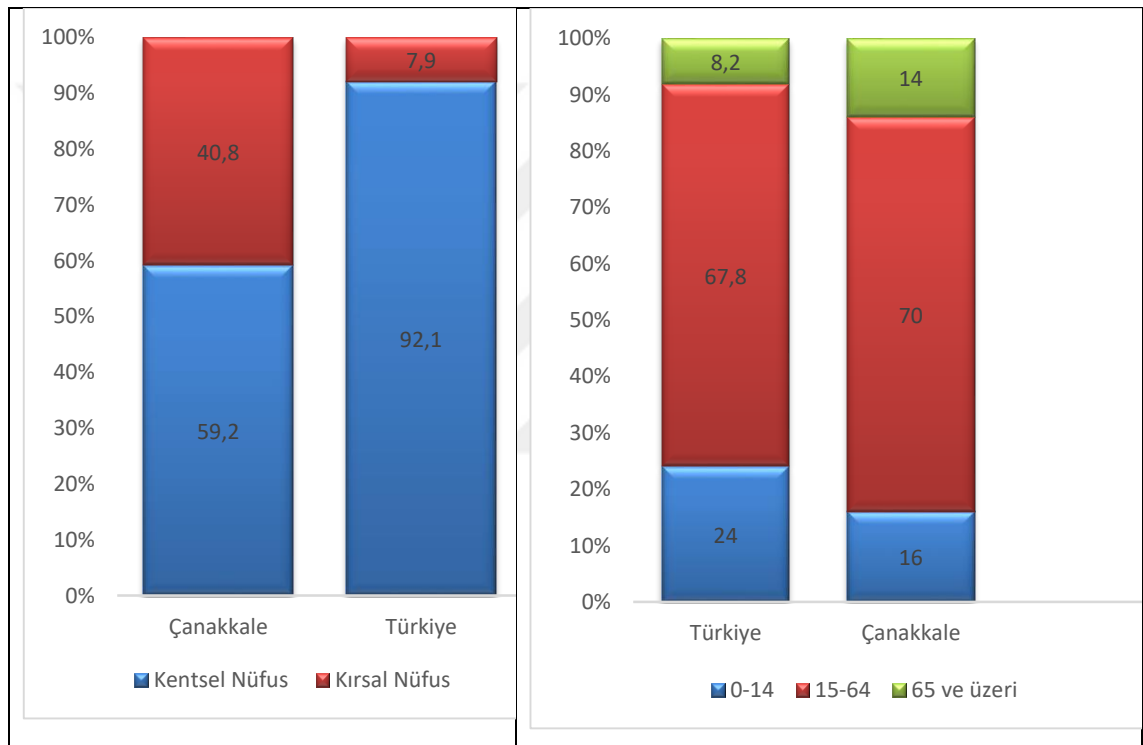
\*\*\* TÜİK, Haber Bülteni, Ölüm İstatistikleri, 2010-2016. <http://www.tuik.gov.tr>

#: Araştırmanın verilerinin toplandığı yıl

Türkiye 2015 nüfusu 78 milyon 741 bin 53 kişidir. Kentsel nüfus %92,1 iken kırsal nüfus %7,9'dur. Çanakkale'de kırsal nüfus %41,1 ile halen yüksek

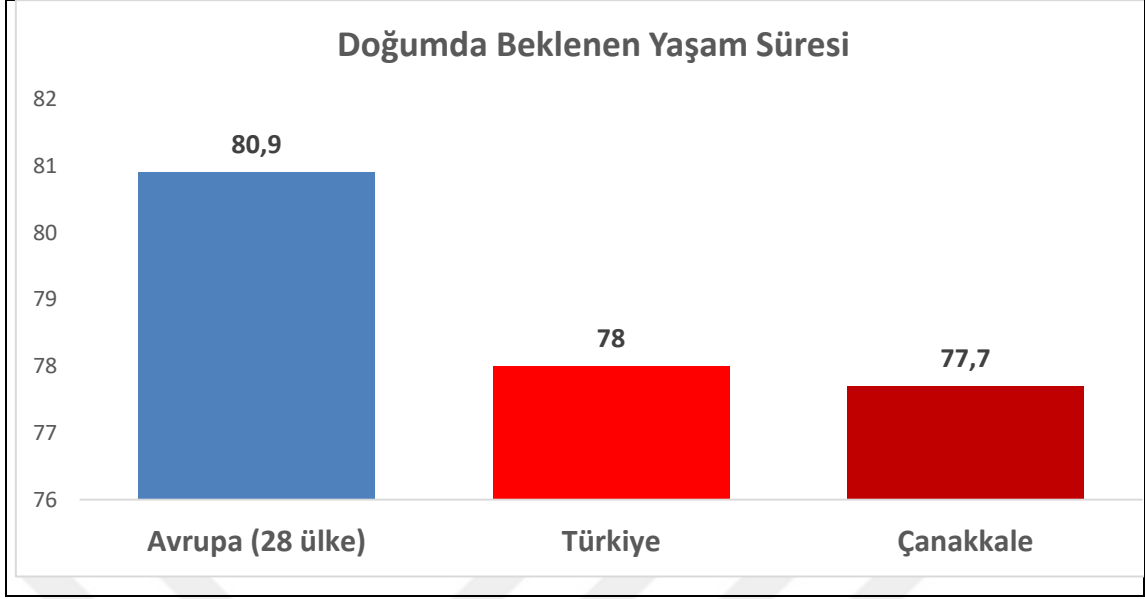
değerlerdedir. Türkiye toplam doğurganlık hızı 2,1, kaba doğum hızı binde 16,9, kaba ölüm hızı binde 5,2'dir. Çanakkale'de toplam doğurganlık hızı 1,53, kaba doğum hızı binde 10,4 , kaba ölüm hızı binde 8,4'tür.

65 yaş ve üzeri nüfus Türkiye nüfusunun %8,2'lik bölümünü oluşturmaktadır. 2015 yılı yaşlı nüfusu 6 milyon 495 bin 239 kişidir. Çanakkale'deki yaşlı nüfus 72 bin 589'dur. Çanakkale ilinin yaklaşık %13,8'i 65 yaş ve üzeri nüfus olmak üzere yaşlı nüfusa sahip illerden birisidir. Ortanca yaş Türkiye genelinde 31,8 iken Çanakkale'de 38,5'dir (197).



Şekil 19. Türkiye ve Çanakkale kırsal-kentsel alanı, yaş gruplarının dağılımı, 2016. Kaynak: TÜİK ADNKS 2016

Doğumda beklenen yaşam süresi Çanakkale için 77,7 yıl, Türkiye geneli için 78 yıldır. 28 Avrupa ülkesinin ortalama değeri ise 80,9 yıldır. Doğumda beklenen yaşam süresi giderek artmaktadır (198).



Şekil..Doğumda beklenen yaşam süreleri

Kaynak: TÜİK haber bülteni, 2016

Çanakkale ilinde 50-64 yaş grubu nüfusun %19,8'lik bölümünü oluştururken Merkez ilçede bu oran %17,9'dur (Tablo 7) (197).

Tablo 7. Çanakkale İli ve Merkez İlçe Nüfusunun Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı, 2016, Çanakkale

	ÇANAKKALE					
	Toplam	%	Erkek	%	Kadın	%
0-14	82.924	16,0	42.536	16,2	40.388	15,7
15-49	261.334	50,2	135.923	51,8	125.411	48,7
50-64	102.946	19,8	51.210	19,5	51.736	20,1
65+	72.589	14,0	32.619	12,4	39.970	15,5
	519.793	100,0	262.288	99,9	257.505	100,0

	MERKEZ İLÇE					
	Toplam	%	Erkek	%	Kadın	%
0-14	27.184	16,4	13.976	17,1	13.208	15,8
15-49	92.685	56	45.734	55,9	46.951	56,1
50-64	29.643	17,9	14.763	18,1	14.880	17,8
65+	16.005	9,7	7.316	8,9	86.89	10,4
	165.517	100,0	81.789	100,0	83.728	100,0

\*Sütun Yüzdesi

Kaynak: TÜİK, 2016

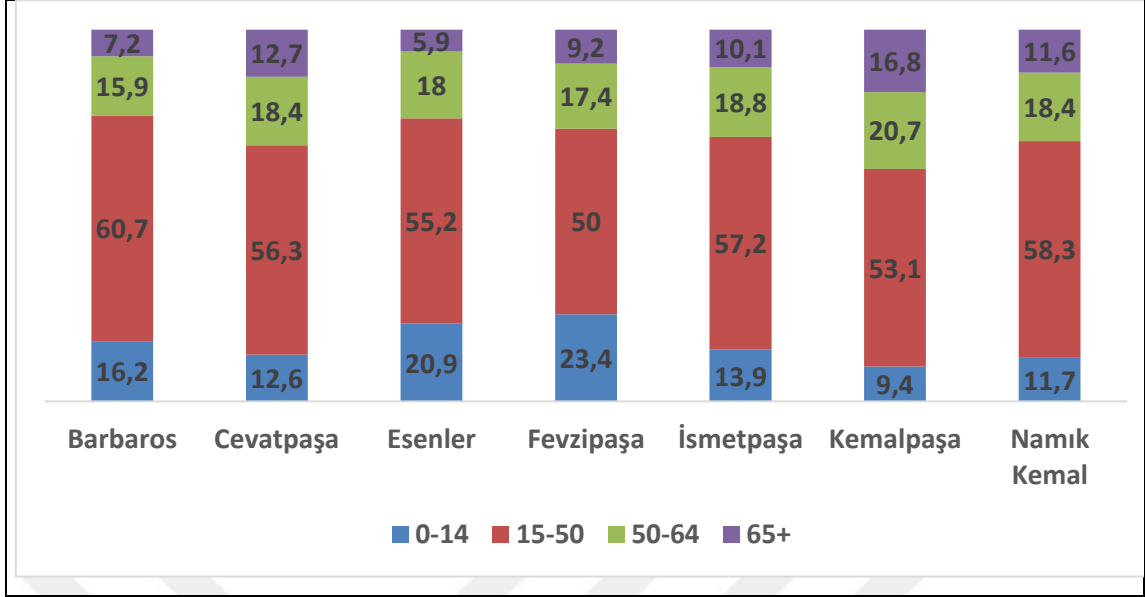
Merkez ilçede en çok nüfusa sahip mahalleler sırasıyla Barbaros, Esenler ve Cevatpaşa mahalleleridir. 65 yaş üstü nüfusun en çok olduğu mahalleler Kemalpaşa (%16,8), Cevatpaşadır (%12,7) ve Namık Kemal'dir (%11,6). Genç nüfusun yoğun olduğu yerleşim yerleri ise Fevzipaşa, Esenler ve Barbaros mahalleleridir (Tablo 8) (Şekil 20) (197).

Tablo 8. Merkez ilçe mahalle nüfuslarını yaş gruplarına göre dağılımı, 2016, Çanakkale

<b>MAHALLE ADI</b>	<b>0-14 n (%)</b>	<b>15-50 n (%)</b>	<b>50-64 n (%)</b>	<b>65+ n (%)</b>	<b>TOPLAM NÜFUS n (%*)</b>
<b>BARBAROS</b>	8.565 (16,2)	32.220 (60,7)	8.487 (15,9)	3.865 (7,2)	53.137 (43,1)
<b>CEVATPAŞA</b>	2.915 (12,6)	12.986 (56,3)	4.230 (18,4)	2.941 (12,7)	20.157 (16,4)
<b>ESENLER</b>	5.765 (20,9)	15.212 (55,2)	4.955 (18,0)	1.630 (5,9)	27.562 (22,4)
<b>FEVZİPAŞA</b>	497 (23,4)	1.064 (50,0)	370 (17,4)	196 (9,2)	2.127 (1,7)
<b>İSMETPAŞA</b>	2.375 (13,9)	9.799 (57,2)	3.231 (18,8)	1.739 (10,1)	17.144 (13,9)
<b>KEMALPAŞA</b>	169 (9,4)	959 (53,1)	373 (20,7)	302 (16,8)	1.803 (1,5)
<b>NAMIK KEMAL</b>	143 (11,7)	709 (58,3)	224 (18,4)	141 (11,6)	1.217 (1,0)
					123.147 (100,0)

n:sayı, %: mahalle nüfusuna göre yüzde, %\*: toplam nüfus içindeki mahalle nüfusları





Şekil 20. Mahalle nüfusunun yaş gruplarına göre dağılımı (%), Çanakkale, 2016.

## 1.2. Sağlık hizmetleri

Çanakkale Merkez İlçesindeki sağlık hizmetleri 9 Aile Sağlığı Merkezi, 1 Toplum Sağlığı Merkezi, 1 Verem Savaş Dispanseri, 1 Çocuk Ergen ve Kadın Üreme Sağlığı Merkezi, 1 Ruh Sağlığı Merkezi, 1 Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi, 1 Devlet Hastanesi, 1 Özel Hastane, 1 Özel Ayaktan Tedavi Merkezi, 1 Özel Göz Hastalıkları Merkezi, 1 Üniversite Hastanesi tarafından sunulmaktadır.

Ayrıca 65 yaş üzeri insanların sosyal faaliyetlerini gerçekleştirebilmeleri amacıyla Çanakkale Belediyesi tarafından işletilen Altın Yıllar Yaşam Merkezi bulunmaktadır. Çanakkale Aile Ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü tarafından 'Çanakkale Yaşlı Hizmet Merkezi' açılmıştır ve sosyal faaliyetler devam etmektedir. Merkez ilçedeki Kepez beldesinde Çanakkale Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi 2016 yılında hizmete başlamıştır.

## 2. Araştırmanın tipi

Bu araştırma kesitsel tipte tanımlayıcı bir epidemiyolojik araştırmadır. Bu çalışma Çanakkale il merkezinde yaşayan 50 yaş ve üzeri nüfusun sağlık durumlarını ve bunların biyolojik, psikolojik ve sosyal belirleyicilerini tespit etmeyi amacıyla yapılmıştır. Çalışmada elde edilen veriler Coğrafi Bilgi Sistemi

kullanılarak sağlık ve sosyal açıdan 50 yaş ve üzeri nufusa ilişkin bir haritalandırma yapılmıştır.

### 3. Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini Çanakkale il merkezinde yaşayan 50 yaş ve üzeri nufus oluşturmaktadır. anakkale il merkezinde yaşayan 50 yaş ve üzeri nufus 38.923'dir (199). 50 yaş üzeri nufusun ve orneklerin cinsiyete ve mahallelere gfre dağılımları Tablo 9'da sunulmuştur.

### 4. Orneklem dağıtımı ve ornek seçim yontemleri

Bu alışma için evren Çanakkale il merkez ilçesinde yaşayan 50 yaş ve üzeri nufustur. Orneklem buyukluğu her mahalle için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Bu amaçla aşağıda belirtilen orneklem buyukluğu belirleme formulu kullanılmıştır.

#### 4.1 Orneklem buyukluğunun belirlenmesi

Orneklem sayısının hesaplanması için aşağıda belirtilen evrendeki birey sayısının bilindiği durumlardaki formulu kullanarak hesaplanmış ve 385 olarak belirlenmiştir (şekil 21). Toplamda 447 kişi ile goruşulmuştur.

Bu formulde olayın goruluf sikligi, birden fazla konu araştırıldığı için, hızın bilinmediği durumlarda alınan  $P=0,50$  değerı alınmıştır. Bu formulde evren değerı (N) Çanakkale il nufusu Adrese Dayalı Nufus Kayıt sonuçlarına gfre merkez ilçe 50 yaş ve üzeri nufusudur. Her mahalle için hesaplanan orneklem buyukluğu Tablo 9'da yer almaktadır.

$$n = \frac{N [Z^2_{\alpha/2} P(1-P)]}{d^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2} P(1-P)}$$

n: Orneklem Buyukluğu  
N: Evren Buyukluğu (**50 yaş üzeri nufus**)  
 $Z^2_{\alpha/2}$ : İstenilen yanılma düzeyinde iki yönlü hipoteze gfre T tablosundan elde edilen sabit değer (**1,96**)  
P: İncelenecek olayın gorulme sikligi (**0,50**)  
D: İncelenecek olayın goruluf sikligına gfre yapılmak istenen sapma (**0,05**)

şekil 21. Orneklem formulu

Örneklem büyüklüğünün dağıtılması amacıyla her mahallenin nüfuslarının ağırlıkları belirlenmiş ve örneklem büyüklüğü bu ağırlıklara göre dağıtılmıştır (Tablo 9). Örneklem sayısına ulaşmak amacıyla öncelikle Çanakkale il merkezindeki yaşlı nüfusun kullandığı sosyal yaşam merkezleri tercih edilmiştir. Bu amaçla Çanakkale Belediyesinin yaşlı nüfusa yönelik Altın Yıllar Yaşam Merkezi, Belediyeye ait sosyal yaşam evleri, Prof.Dr.Türkan Saylan Sosyal Tesisi ve Aile ve Sosyal Politikalar Müdürlüğü'nün kurs programları belirlenmiştir. Çalışmanın en önemli kısıtlılığı örneklemde hesaplanan kişi sayısına evlerde ulaşılabilmesi bunun yerine kentsel alanlardaki sosyal merkezlerde yapılmasıdır. Evden çıkamayan engelli ve ileri yaştaki kişilere ulaşılabilmiştir. İncelenenlerin çoğunluğunun erkek olmasının sebebi de çalışmanın evlerde yapılamaması bu sebeple daha az sayıda kadına ulaşılmasıdır. Çanakkale'de kentsel alanda yaşayanların sosyokültürel olarak farklı yapıda olması, gündüz ev ortamı yerine daha çok kahvehaneler, kafeler ve sosyal yaşam alanlarında bulunmaları nedeniyle çalışma ev yerine bu sosyal alanlarda yapılmıştır.

Tablo 9. Çanakkale Merkez İlçedeki Mahallelere Göre Nüfusun ve Örneklem Sayılarının Dağılımı, 2013

İlçe Adı	Nüfus	Yüzde	Örneklem Sayısı	Ulaşılan kişi sayısı
Barbaros	35.957	38,6	154	152
Cevat Paşa	21.656	23,2	93	104
Esenler	18.799	20,2	81	105
Fevzipaşa	1.565	1,7	7	8
İsmetpaşa	12.660	13,6	54	60
Kemalpaşa	1.548	1,7	7	13
Namık Kemal	1.023	1,0	4	5
Toplam	93.208	100,0	400	447

## 5. Araştırmada kullanılan değişkenler

Araştırmada yüz-yüze görüşme tekniği ile bir anket formu uygulanmıştır. Çalışmaya katılanlar sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı bir anket formu, genel sağlık durumunu değerlendirmek için Nottingham Sağlık Profili (NHP) ve

depresyon varlığını tespit etmek için Beck depresyon ölçeği ve yaşam kalitesini değerlendirmek için EUROHIS-QOL.8 (WHOQOL- 8) kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler Coğrafi Bilgi Sistemi kullanılarak sağlık ve sosyal açıdan 50 yaş ve üzeri nüfusa ilişkin bir haritalandırma yapılmıştır. Çalışmaya katılanların boy, kilo, bel çevresi, ölçülerek obezite açısından değerlendirilmiştir. Tansiyon arteryel ölçümü sfingomanometreler ve uygun manşonlar kullanılarak ölçülmüştür.

### **5.1. Sosyo-demografik anket formu**

Sosyo-demografik özelliklerin sorgulandığı 49 soruluk bir anket formu uygulanmıştır. Ankette şu özellikler sorgulanmıştır; yaşadığı mahalle, yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, yaşamını sürdürdüğü yer, evde yaşayan kişi sayısı, birlikte yaşayan kişi sayısı, Çanakkale’de yaşama süresi, bir işte çalışma durumu, aylık toplam gelir miktarı, sigara ve alkol kullanımı ve kullanım süreleri, düzenli yemek yeme, düzenli egzersiz yapma durumları (EK 1). Medeni durum ikili analizlerde evli ve evli değil (hiç evlenmedi, evli fakat ayrı yaşıyor, boşandı, eşi öldü) olarak katogorize edilmiştir.

Gelir düzeyi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından 2015 ilk yarıyıl için belirlenen net asgari ücret olan 949 TL ve asgari ücret 1.201,50 TL dikkate alınarak 1000 TL’den az, 1000-2499 arası ve 2500den fazla olmak üzere 3 kategoride değerlendirilmiştir (200) (EK 2).

Kişilere yaşlanmaktan memnuniyet durumları, geçmişteki amaçlarına ulaşma durumu ve gündelik yaşam aktivitelerini sorgulayan 6 soruluk bir ölçek, son altı ay içinde evde ve dışarıda düşme durumu, düşme gerçekleşiyse yaralanma olup olmadığı sorulmuştur.

Sağlık hizmetleriyle ilgili sosyal güvence varlığı, en son ne zaman sağlık hizmeti aldıkları, en son başvurdukları sağlık kuruluşu ve bu sağlık kuruluşunu tercih sebebi, başvurma nedeni, sağlık harcaması yapma durumu sorgulanmıştır. En son başvurdukları sağlık kurumunu değerlendirmeleri ve memnuniyetlerini derecelendirmeleri istenmiştir. Bu amaçla doktorluk, hemşirelik ve sekreterlik

hizmetinin genel kalitesi, doktorun sağlık durumları hakkında bilgi verme durumu, randevu alma süresi ve bekleme süresi hakkındaki görüşleri, sağlık kurumunun genel temizlik durumu hakkındaki memnuniyetleri sorgulanmıştır.

Hekim tarafından tanısı konulmuş, sürekli ilaç kullanmalarını gerektiren hastalıkları ve süreleri sorulmuştur. Hastalıklar ICD-10 hastalık sınıflandırılmasına göre kodlanmıştır. Hastalık süreleri 1 yıldan az, 1-5 yıl arası, 6-9 yıl arası, 10 yıl ve üstü şeklinde kodlanmıştır. Bedensel ya da zihinsel engelin olup olmadığı varsa engel tipi, nedeni ve süresi sorulmuştur. Yardımcı araç (gözlük, baston, diş protezi, kulaklık, koltuk değneği, tekerlekli sandalye) kullanım durumları sorulmuştur.

### **5.2. Beck depresyon ölçeği (BDÖ)**

Beck depresyon ölçeği, duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyon bileşenleri ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (201). 21 maddeden oluşup iki madde duygulara, on bir madde bilişlere, iki madde davranışlara, beş madde bedensel belirtilere, bir madde kişiler arası belirtilere ayrılmıştır. Her bir soruya 0,1,2,3 olmak üzere puan verilerek, 0-63 arasında skorlar elde edilir. 0-9 hiç yok/ minimal depresyon, 10-18 hafif depresyon, 19-29 orta depresyon, 30-63 şiddetli depresyon olarak değerlendirilir (202). Ölçeğin kesme puanı, Beck ve Beasmesderfer tarafından (1974) toplum tabanlı çalışmalarda 13, klinik çalışmalarda 21 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada kesme puanı 13 olarak alınmıştır. Ölçeğin Türkçe çevirisinin geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan Teğin ve Hisli, test-retest güvenilirlik katsayısını 0,65, iki-yarım test güvenilirliği katsayısını öğrenci grubu için 0.78, depresif hastalar için 0.61 olarak bulmuştur (203, 204).

### **5.3. Nottingham sağlık profili (NHP)**

NHP, kişinin algıladığı sağlık problemlerini ve bu problemlerin normal günlük aktiviteleri etkileme düzeyini ölçen bir genel yaşam kalitesi anketidir. NHP, 1975 yılında İngiltere'de Nottingham Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Bölümünde bir ekip tarafından geliştirilmiştir. NHP Türkçe geçerlilik çalışması

Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (205). Anket, 38 maddeden oluşur ve sağlık statüsü ile ilgili altı boyutu değerlendirir: Enerji (3 madde), ağrı (8 madde), emosyonel reaksiyonlar (9 madde), uyku (5 madde), sosyal izolasyon (5 madde) ve fiziksel aktivite (8 madde). Sorulara evet veya hayır şeklinde cevap verilir (206). NSP skorlaması Alonsa ve diğerleri tarafından geliştirilen yöntemle göre, her soru için hayır cevabı için '0', evet cevabı için '1' değeri verilir. Her bir alt kategorinin toplam puanı, o katagorideki toplam puana bölünür ve sonuç 100 ile çarpılır. Sorulardan toplam en iyi alınabilecek puan '0', en kötü puan '100'dür. Elde edilen puanın 100'e yaklaşması düşük düzey algılanan sağlık statüsünü ifade etmektedir. Tüm bölümlerin toplam alınabilecek puan '600'dür (207).

#### **5.4. EUROHIS-QOL.8 (WHOQOL- 8)**

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2010 yılında yapılan bu ölçek, WHOQOL-Bref ölçeğinden üretilmiş olan genel amaçlı sağlıkta yaşam kalitesi ölçeğidir. Toplam 8 sorudan oluşan ölçeğin sorularının ikisi genel sorudur. 5'li Likert tipinde yanıt seçenekleri vardır. Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir. Ölçek, soruların ortalaması alınarak, sorular toplanarak ya da bu toplamın 100'e dönüştürülmesi gibi alternatif yöntemlerle puanlanabilmektedir. Ölçeğin ilk sorusu genel yaşam kalitesi algısı, ikinci sorusu ise genel sağlık algısı sorularıdır. Bu nedenle Türkçe sürümde bu iki sorunun hiçbirinin yanıtı olmaması istenmektedir. Bu 6 soru: enerji (s3), günlük yaşam becerilerinden hoşnut olmak (s4), kendinden hoşnut olmak (s5), diğer kişilerle olan ilişkiden hoşnut olmak (s6), para (s7) ve yaşanan evin koşulları (s8) ile ilgili sorulardır (208). Puan arttıkça yaşam kalitesinin iyileştiği ölçek, özellikle farklı grupların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması ve bu anlamda risk gruplarının tanımlanmasında kullanılmıştır.

#### **5.5. Ölçümler**

Çalışmaya katılanlar 30 dakika dinlendikten sonra kan basınçları her iki koldan sfingomanometreler ve uygun manşonlar kullanılarak öncesinde sigara, kahve, çay, alkol tüketmemiş olmasına özen gösterilerek yapılmıştır. Kan basıncının yüksek olarak saptandığı kişilerde 10 dakika sonra kan basıncının

yüksek olduğu koldan ölçülmüştür. Sistolik kan basıncı >140, diastolik kan basıncı >90 mmHg olan kişiler bilgi verilip uygun sağlık kuruluşuna kontrole gitmeleri önerilmiştir.

Ölçümler alınırken bireylerin mümkün olduğunca az kıyafetli olmalarına özen gösterilmiştir. Kilo ve boy ölçümleri yapılırken katılımcının ayakkabısız ölçüm yapılmıştır. Boy uzunluğu alınırken, ölçü bir kişi tarafından alınarak ölçü alan kişi katılımcının başının Frankfurt düzleminde, omuzların serbest, sırtın düz, ayakların ise topuklardan bitişik duruma getirilmiş olmasına dikkat edildi ve maksimum boy ölçümünü aldığına emin olduktan sonra okumaları yapılmıştır. Bel çevresi ölçümü en alt kaburga kemiği ile pelvis kemiğinin arasındaki orta noktanın ölçülmesiyle yapılmıştır. Basen çevresi ölçümünde ise basenin en geniş olduğu seviyeden ölçüm alınmıştır. DSÖ tarafından bel/kalça çevresi oranının erkeklerde <0,90, kadınlarda <0,85 olması sağlıklı olarak tanımlanmaktadır (209).

Beden Kitle İndeksi (BKİ),  $(\text{kg})/\text{boy}^2$  (m) formülü ile hesaplanmıştır. Bu hesaplama yapılırken boy uzunluğu, santimetreden metreye çevrilmiştir. NHLBI (National Heart, Lung and Blood Institute) kılavuzundan alınan BKİ sınıflaması kullanılmıştır. <18.5 kg/m<sup>2</sup> zayıf, 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup> normal kilolu, ≥25.0-29.9 kg/m<sup>2</sup> fazla kilolu, ≥30.00-39,9 kg/m<sup>2</sup> obez , ≥40 morbid obez olarak değerlendirilmiştir (210).

## **5.6. Coğrafi bilgi sistemi (CBS)**

Coğrafi Bilgi Sistemi (CBS), yeryüzü referanslı ve konuma dayalı gözlemlerle elde edilen, grafik ve grafik olmayan bilgilerin kullanılması ile bilgileri toplayan, bilgisayar programı ile verileri analiz eden, planlama, yönetim ve karar aşamasında destek amaçlı kullanılan bir yönetim bilimidir (175). CBS, 1980 yılından itibaren kullanılmaya başlayan bir bilgisayar teknolojisidir (177). CBS ile haritalandırma bilginin hızlıca güncellenmesini kolaylaştırır ve en hızlı şekilde yöneticilere bilgi aktarır (178). Zamana bağlı istatistiksel değişimlerin işlenmesi ve takibi yapılmaktadır. Niteliksel ve niceliksel araştırmalarda kullanılabilir (175). İstatistiksel analizi görselleştirebilmekte, haritalar tarafından sağlanan coğrafi analiz ile birleştirmektedir (179).

Günümüzde gelişmiş ülkeler 'sağlık coğrafyası' konusunu önem vererek hastalıkların coğrafi dağılımlarını ve bu dağılıma etki eden coğrafi faktörleri saptamaya çalışmaktadır. Bu çalışmalar hastalık ve ölümlerin dağılımı, ülkenin ekonomik, sosyal ve demografik yapı özellikleri ile birlikte incelenerek sağlık plan ve programlarının yapılmasında kullanılmaktadır (171).

Coğrafi Bilgi Sistemi, verileri harita, tablo ya da grafik olarak görüntüleyen bir yazılımdır. Coğrafi Bilgi Sistemi ile mahallelere göre katılımcı sayısı, 65 yaş üstü nüfus, yaş gruplarına göre kronik hastalığı, hipertansiyonu, diyabeti, iskemik kalp hastalığı, obezitesi ve depresyonu olanların sıklığı, gelir ve öğrenim durumu, sigara kullanımı gibi değişkenlerin dağılımı mahallelere göre haritalandırılmıştır. Harita çiziminde ÇOMÜ Fen Edebiyat Fakültesi Coğrafya Bölümü'nden Prof.Dr. Telat Koç'tan yardım alınmıştır.

## **6. Araştırmanın uygulanması ve uygulayanlar**

### **6.1. Etik kurul ve izinler**

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 7.11.2014 tarihinde 2014/20-02 sayılı karar ile onay alınmıştır (EK-3). Çanakkale belediyesinin yaşlı merkezi olan Altın Yıllar Yaşam Merkezi'nden ve Sosyal Yaşam evlerinden gerekli izinler alınmıştır (EK-4 ve 5).

### **6.2. Saha ekiplerinin seçimi**

Araştırmanın saha çalışması, 2-13 Mart 2015 tarihleri arasında ÇOMÜ Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılmıştır. Çalışmada 2 öğretim üyesi, 1 araştırma görevlisi ve 15 intörn hekim görev almıştır. Saha çalışmasından önce çalışmanın amacı, anketlerin uygulanması ve bilgisayara veri aktarımı hakkında intörn hekimlere 2 günlük teorik ve pratik eğitim verilmiştir. Eğitimin yarım günü teorik olup, çalışmanın amacı, çalışmadan elde edilecek bilimsel yararlar, çalışmanın nasıl uygulanacağı konusunda araştırmacılar tarafından bilgi verilmiştir. Diğer yarım günde ise araştırma görevlisi gözetiminde ön uygulama yapılmıştır. Verilerin bilgisayara aktarılması işlemi araştırma görevlisi



gözetiminde intörn hekimlerle yapılmıştır. Bu konuda da araştırma görevlisi tarafından 1 günlük eğitim verilmiştir.

Çalışmaya katılan kişilerin kan basıncı, boyu, kilosu, bel çevresi çevresi ölçülmüştür. Saha çalışmasında yer alacak intörn hekimlere ölçümler konusunda eğitim verilmiştir.



Tablo 10. İş-Zaman Çizelgesi

İş sıra no	Yapılan iş	Kimler tarafından yapıldığı	1.AY	2.AY	3.AY	4.AY	5.AY	6.AY	7.AY	8.AY	9.AY	10.AY	11.AY	12.AY
1	Konunun Belirlenmesi ve literatür taraması	Dr.Merve Çelik												
2	Araştırmanın Planlanması	Halk Sağlığı Öğretim Üyeleri ve Dr.Merve Çelik												
3	Anket formunun anket formunun oluşturulması	Halk Sağlığı Öğretim Üyeleri ve Dr.Merve Çelik												
4	Anket formunun gözden geçirilmesi ve ön denemesi	Halk Sağlığı Öğretim Üyeleri ve Dr.Merve Çelik												
5	Saha ekiplerinin belirlenmesi	Dr.Merve Çelik (Öğretim üyeleri gözetiminde)												
6	Anket eğitimi	Dr.Merve Çelik (Öğretim üyeleri gözetiminde)												
7	Saha araştırması verilerinin toplanması	Dr.Merve Çelik, intörn hekimler (Öğretim üyeleri gözetiminde)												
8	Verilerin bilgisayar ortamına aktarılması	Dr.Merve Çelik, intörn hekimler (Öğretim üyeleri gözetiminde)												
9	Verilerin kontrol edilmesi	Dr.Merve Çelik (Öğretim üyeleri gözetiminde)												
10	Verilerin analizi	Dr.Merve Çelik (Öğretim üyeleri gözetiminde)												
11	Verilerin yorumlanması	Dr.Merve Çelik (Öğretim üyeleri gözetiminde)												
12	Uzmanlık Tez'i olarak hazırlanması	Dr.Merve Çelik (Öğretim üyeleri gözetiminde)												
13	Uzmanlık Tez'inin sunumu	Dr.Merve Çelik												

## 7.Araştırma verilerinin düzenlenmesi ve analizi

Araştırmada elde edilen verilerin girişi öncelikle SPSS 19.0 programında yapıldıktan sonra veriler kontrol edilmiştir. Tanımlayıcı verilerin sunumunda ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum, frekans ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Spearman's Korelasyon testi ile incelenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda normal dağılım gösteren değişkenler için Student T testi, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Bağımlı bağımsız değişkenlerin tek değişkenli analizinde Ki-Kare testi, çok değişkenli analizinde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. P değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Coğrafi bilgi sistemi uygulamaları ArcView 10.2.2 yazılımı ile yapılmıştır.

### 7.1 Lojistik regresyon analizi

Kronik hastalıklar ile ilişkili risk faktörleri için 447 kişiden 437'si i(%97,8) lojistik regresyon analize dahil edilmiştir. Analiz tekniği olarak adımsal yöntemlerden geriye dönük istatistiksel metodu tercih edilmiştir. Analize 'Kronik hastalık' bağımlı değişken olarak dahil edilmiştir. Başlangıçta analize dahil edilen 6 bağımsız değişkenin (medeni durum, BMI sınıflaması, sigara, cinsiyet, eğitim durumu, yaş grubu) 2 tanesi adımsal analiz sırasında dışlanmıştır ( $p>0,05$ ). Model, geriye kalan 4 bağımsız değişkenden (yaş grubu, cinsiyet, BMI sınıflaması, medeni durum) oluşturulmuştur. Oluşturulan modelin Nagelkerke  $R^2$  değeri 0,195, Cox&Snell  $R^2$  değeri 0,135 olarak hesaplanmıştır. Modelin uyum iyiliği Hosmer ve Lemeshow testi ile değerlendirilmiştir ( $X^2=6,547$ ,  $p=0,365$ ).

Hipertansiyon ile ilişkili risk faktörleri için 447 kişiden 434 (%97,1) lojistik regresyon analize dahil edilmiştir. Analiz tekniği olarak adımsal yöntemlerden geriye dönük istatistiksel metodu tercih edilmiştir. Analize 'Hipertansiyon' bağımlı değişken olarak dahil edilmiştir. Başlangıçta analize dahil edilen 10 bağımsız değişkenin (medeni durum, BMI sınıflaması, diyabet, sigara, alkol kullanımı, iskemik kalp hastalıkları, cinsiyet, eğitim durumu, yaş grubu, depresyon) 4 tanesi adımsal analiz sırasında dışlanmıştır ( $p>0,05$ ). Model, geriye kalan 6 bağımsız

değişkenden (BMI sınıflaması, diyabet, iskemik kalp hastalıkları, cinsiyet, yaş grubu, depresyon) oluşturulmuştur. Oluşturulan modelin Nagelkerke R<sup>2</sup> değeri 0,216, Cox&Snell R<sup>2</sup> değeri 0,161 olarak hesaplanmıştır. Modelin uyum iyiliği Hosmer ve Lemeshow testi ile değerlendirilmiştir (X<sup>2</sup>=4,978, P=0,663).

Diyabet ile ilişkili risk faktörleri için 447 kişiden 410'u (%91,7) lojistik regresyon analize dahil edilmiştir. Analiz tekniği olarak adımsal yöntemlerden geriye dönük istatistiksel metodu tercih edilmiştir. Analize 'diyabet' bağımlı değişken olarak dahil edilmiştir. Başlangıçta analize dahil edilen 12 bağımsız değişkenin (medeni durum, gelir miktarı, BMI sınıflaması, hipertansiyon, sigara, alkol kullanımı, iskemik kalp hastalıkları, düzenli yemek, düzenli egzersiz, cinsiyet, eğitim durumu, yaş grubu) 7 tanesi adımsal analiz sırasında dışlanmıştır (p>0,05). Model, geriye kalan 5 bağımsız değişkenden (yaş grubu, hipertansiyon, alkol kullanımı, cinsiyet, iskemik kalp hastalıkları) oluşturulmuştur. Oluşturulan modelin Nagelkerke R<sup>2</sup> değeri 0,163, Cox&Snell R<sup>2</sup> değeri 0,106 olarak hesaplanmıştır. Modelin uyum iyiliği Hosmer ve Lemeshow testi ile değerlendirildi (X<sup>2</sup>=4,005, p=0,857).

İskemik kalp hastalıkları ile ilişkili risk faktörleri için 411 kişi (%91,9) lojistik regresyon analize dahil edilmiştir. Analiz tekniği olarak adımsal yöntemlerden geriye dönük istatistiksel metodu tercih edilmiştir. Analize 'İskemik kalp hastalığı' bağımlı değişken olarak dahil edilmiştir. Bağımsız değişkenler gelir durumu, cinsiyet, düzenli egzersiz yapma, eğitim durumu, obezite, yaş, hipertansiyon ve diyabetir. Oluşturulan modelin Nagelkerke R<sup>2</sup> değeri 0,114, Cox&Snell R<sup>2</sup> değeri 0,066 olarak hesaplanmıştır. Modelin uyum iyiliği Hosmer ve Lemeshow testi ile değerlendirilmiştir (X<sup>2</sup>=3,565, p=0,828).

Obezite ile ilişkili risk faktörleri için 447 kişiden 408'i (%91,3) lojistik regresyon analize dahil edilmiştir. Analiz tekniği olarak adımsal yöntemlerden geriye dönük istatistiksel metodu tercih edilmiştir. Analize 'Obezite' bağımlı değişken olarak dahil edilmiştir. Başlangıçta analize dahil edilen 11 bağımsız değişkenin (yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu, yalnız yaşama durumu, medeni durum, kronik hastalık varlığı, gelir miktarı sigara, alkol kullanımı, düzenli

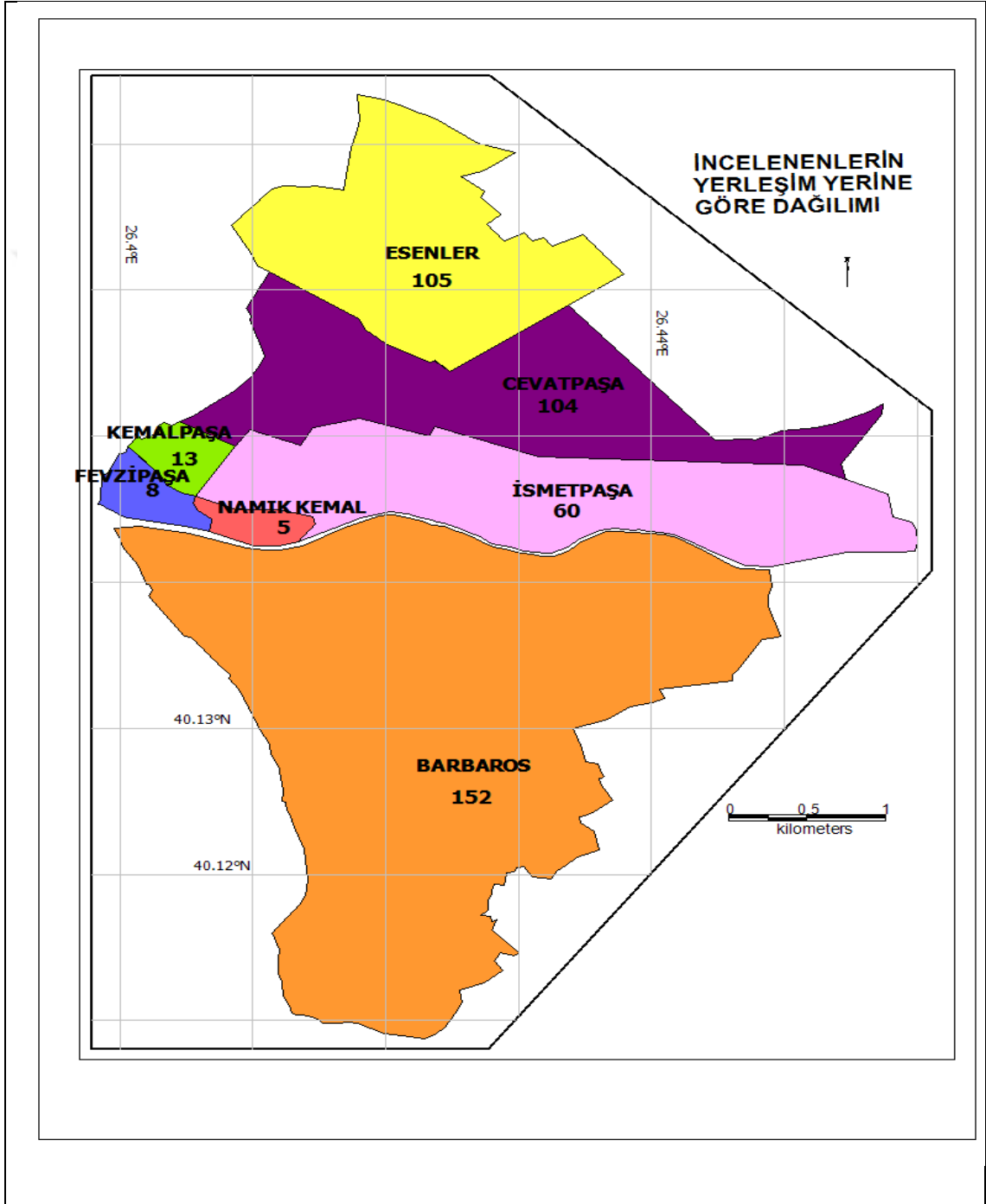
egzersiz ve düzenli yemek) 4 tanesi adimsal analiz sırasında dışlanmıştır ( $p>0,05$ ). Model, geriye kalan 4 bağımsız değişkenden (gelir miktarı, eğitim durumu, cinsiyet ve kronik hastalık varlığı) oluşturulmuştur. Oluşturulan modelin Nagelkerke  $R^2$  değeri 0,135, Cox&Snell  $R^2$  değeri 0,099 olarak hesaplanmıştır. Modelin uyum iyiliği Hosmer ve Lemeshow testi ile değerlendirilmiştir ( $X^2=6,542$ ,  $P=0,365$ ).

Depresyon ile ilişkili risk faktörleri için 447 kişiden 411'i (%91,9) lojistik regresyon analize dahil edilmiştir. Analiz tekniği olarak adimsal yöntemlerden geriye dönük istatistiksel metodu tercih edilmiştir. Analize 'depresyonda olma durumu' bağımlı değişken olarak dahil edilmiştir. Başlangıçta analize dahil edilen 8 bağımsız değişkenin (yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu, yalnız yaşama durumu, medeni durum, kronik hastalık varlığı, gelir miktarı ve obezite durumu) 6 tanesi adimsal analiz sırasında dışlanmıştır ( $p>0,05$ ). Model, geriye kalan 2 bağımsız değişkenden (medeni durum ve kronik hastalık varlığı) oluşturulmuştur. Oluşturulan modelin Nagelkerke  $R^2$  değeri 0,063, Cox&Snell  $R^2$  değeri 0,036 olarak hesaplanmıştır. Modelin uyum iyiliği Hosmer ve Lemeshow testi ile değerlendirilmiştir ( $X^2=0,930$ ,  $p=0,818$ ).

## BULGULAR

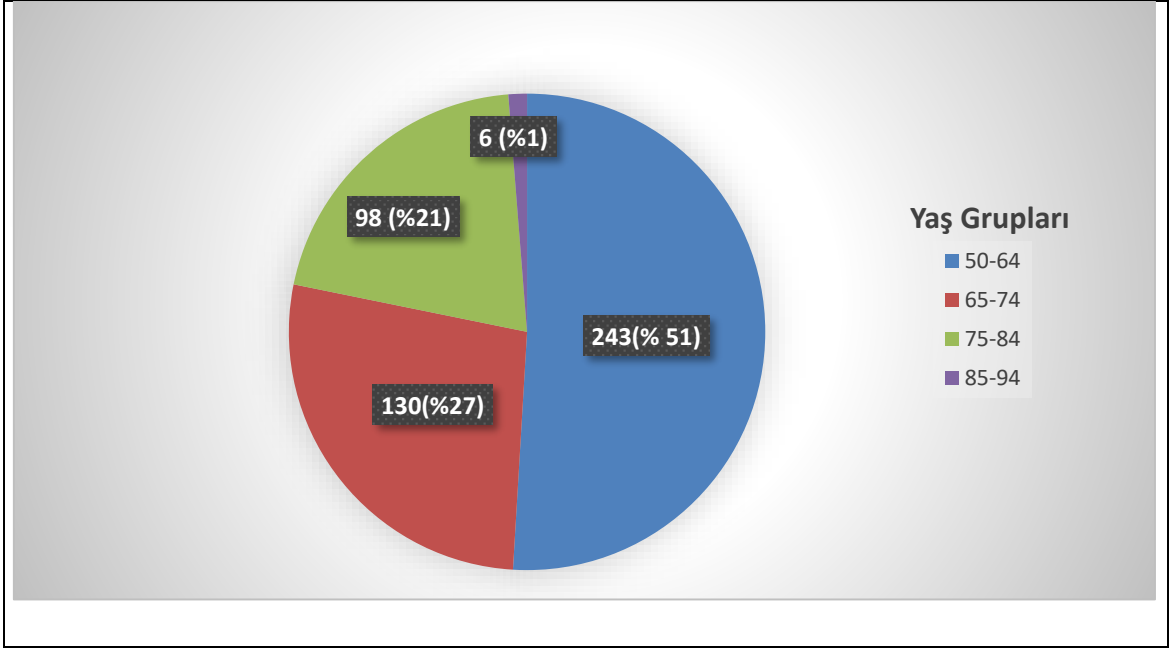
### 1. Demografik özellikler

Çalışmada Çanakkale Merkez ilçede yaşayan 50 yaş ve üzeri 447 kişi ile görüşüldü. Katılımcıların mahallere göre dağılımları Şekil 21. gösterilmiştir.

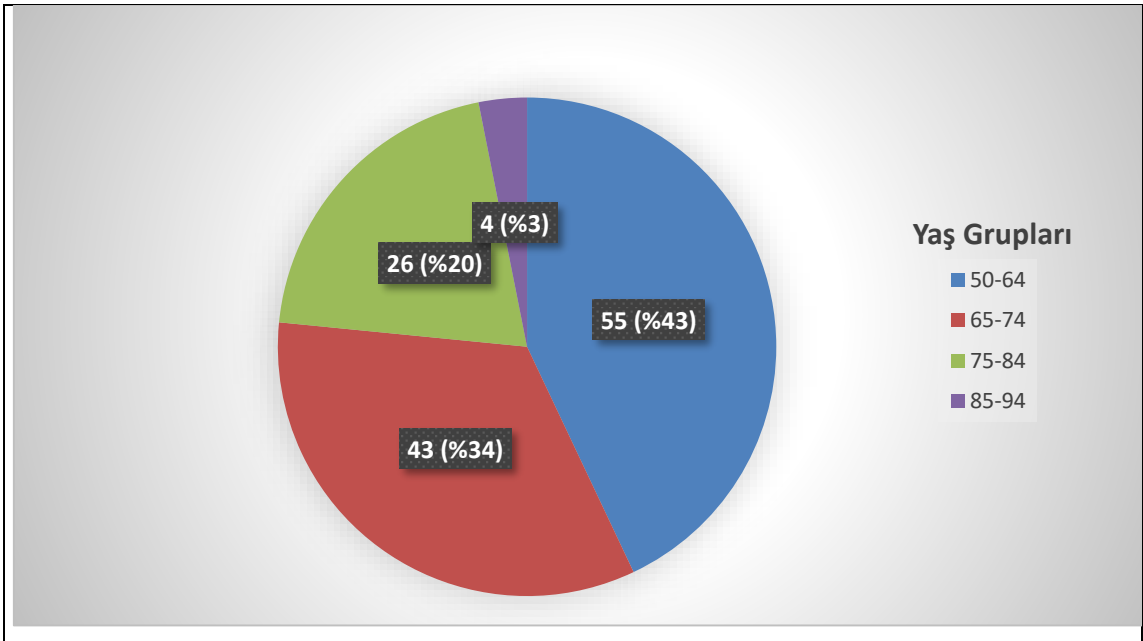


Şekil 21. İncelenenlerin mahallelere göre dağılımları, Çanakkale, 2015

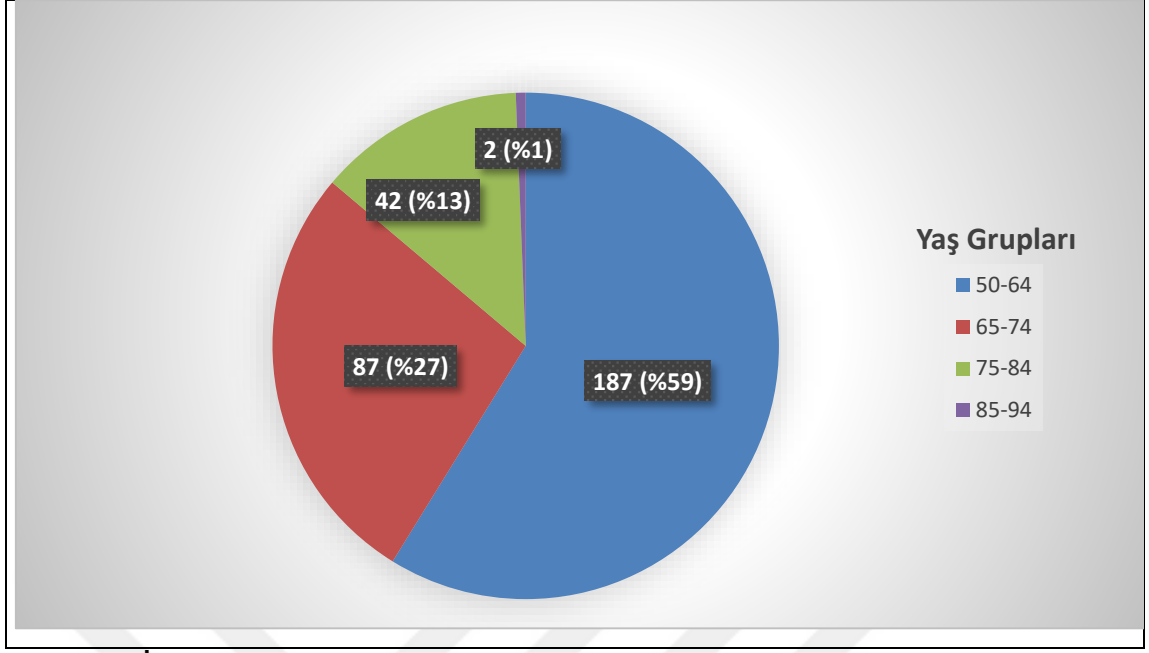
Çalışmaya katılanların yaş ortalaması  $64,2 \pm 9,3$ 'dür (min:50, maks:90). Katılımcıların %54,4'ü (n:243) 50-64 yaş grubunda iken %45,6'sı (n:204) 65 yaş ve üstü yaş grubundadır (Tablo 11). Yaş grupları dört grupta incelendiğinde katılımcıların %54,4'ü 50-64, %29,1'i 65-74, %15,2'si 75-84 ve %1,3'ü 85 yaş üstünde yer almaktadır (Şekil 22). Kadınların %43'ü, erkeklerin %59'u 50-64 yaş grubundadır (Şekil 23 ve 24).



Şekil 22. İncelenenlerin yaş gruplarına göre dağılımları, Çanakkale, 2015



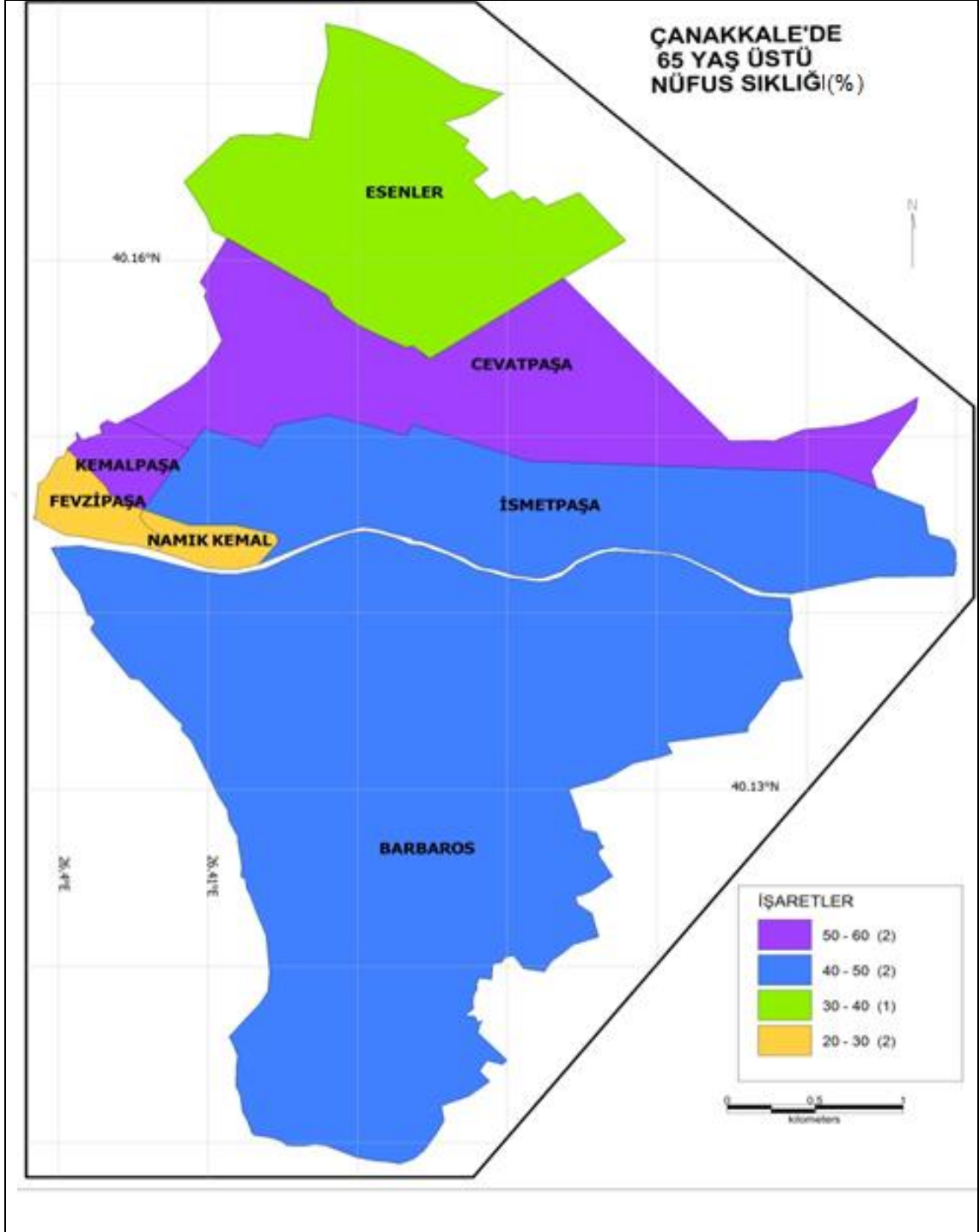
Şekil 23. İncelenen kadınların yaş gruplarına göre dağılımları, Çanakkale, 2015



Şekil 24. İncelenen erkeklerin yaş gruplarına göre dağılımları, Çanakkale, 2015

Mahallelere göre 65 yaş üstü nüfus sıklığına bakıldığında en çok Cevatpaşa (%55,8), Kemalpaşa (%53,8), Barbaros (%49,3) ve İsmetpaşa (%45,0) mahallelerinde yer almaktadır (Şekil 25).



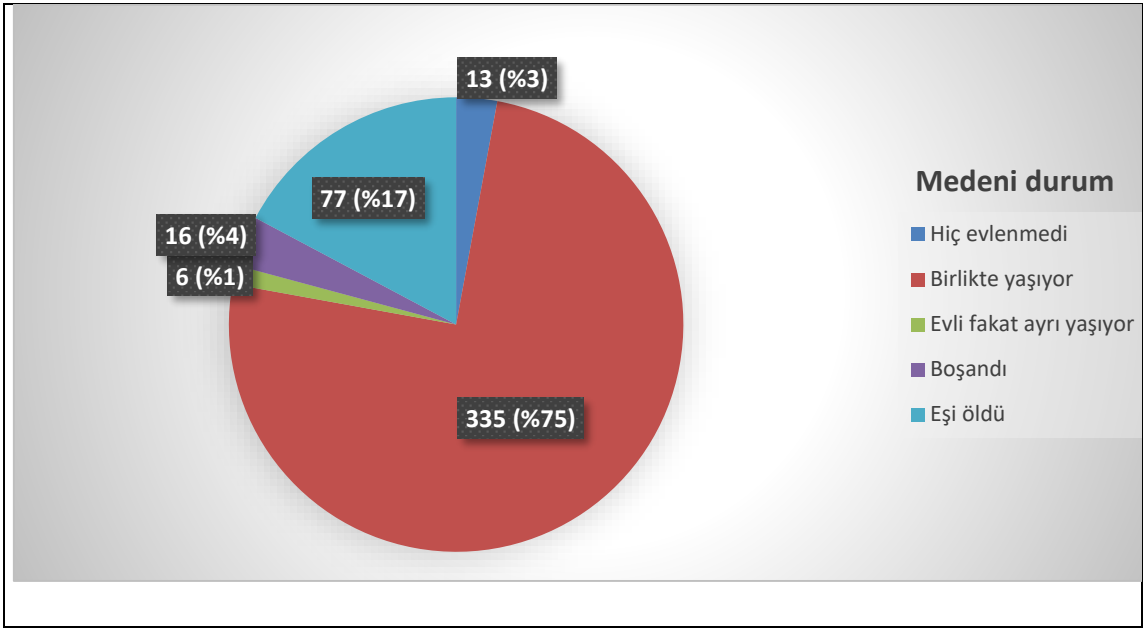


Şekil 25. İncelenenlerin 65 Yaş üstü nüfus sıklığının mahallelere göre dağılımı, Çanakkale, 2015  
İşaretlerdeki parentez içi sayılar mahalle sayılarını belirtmektedir.

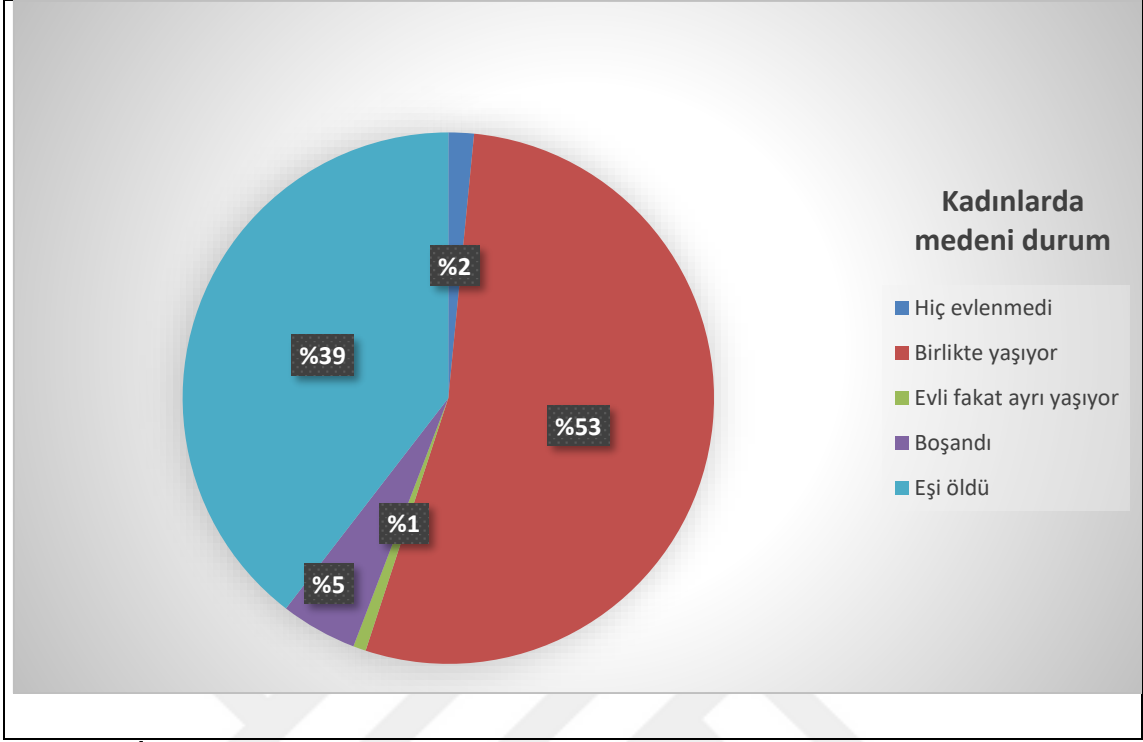
Çalışma grubunun %71,1'i (n:318) erkek, %28,9'u (n:129) kadındır (Tablo 11). Yaş grubuna göre cinsiyet dağılımına bakıldığında 50-64 yaş grubunda daha fazla oranda erkek vardır, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,002). Eğitim durumuna bakıldığında ilköğretim mezunları %59,1, lise mezunu %17,2, lisans,

lisansüstü ve doktora yapmışlar %16,4'dür. Okur yazar olmayanların oranı %2,2 ve okur yazar olduğu halde bir okul bitirmeyenlerin oranı %5,1'dir.

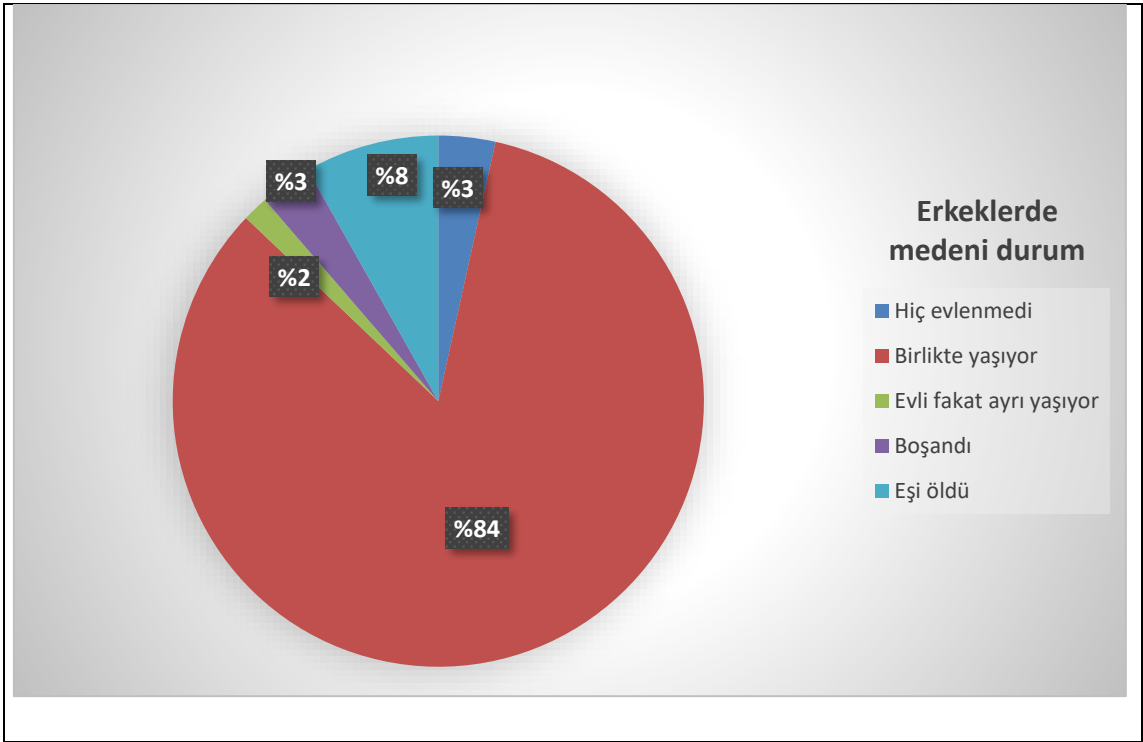
Katılımcıların %74,9'u evli ve eşiyle birlikte yaşarken, %17,3'ünün eşi ölmüştür. %3,6'sı boşanmış, %2,9'u hiç evlenmemiş ve %1,3'ü evli fakat ayrı yaşıyor. (Tablo 11) (Şekil 26). Kadınların %39'unun eşi ölmüşken erkeklerin %8'inin eşi ölmüştür (Şekil 27 ve 28).



Şekil 26. İncelenenlerin medeni duruma göre dağılımları, Çanakkale, 2015



Şekil 27. İncelenenlerden kadınların medeni duruma göre dağılımları, Çanakkale, 2015



Şekil 28. İncelenenlerden erkeklerin medeni duruma göre dağılımları, Çanakkale, 2015

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 64,2±9,3'dür (min-maks: 50-90). Aylık gelir miktarı 1661,8±931,8'dir. Çalışmaya katılanların %94,2'sinin çocuğu vardır. Ortalama çocuk sayısı 2,27±0,9'du. Yaşadıkları yerler sorgulandığında en sık kendi evinde (%81,8) ve kirada (%14,8) cevapları verilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. İncelenenlerin sosyo-demografik özellikleri, Çanakkale, 2015

<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Yaş grupları</b>		
50-64 yaş	243	54,4
65 yaş ve üstü	204	45,6
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	129	28,9
Erkek	318	71,1
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur yazar değil	10	2,2
Okur yazar (bir okul bitirmemiş)	23	5,1
İlköğretim	264	59,1
Lise	77	17,2
Lisans, lisansüstü, doktora	73	16,4
<b>Medeni durum</b>		
Hiç evlenmedi	13	2,9
Birlikte yaşıyor	335	74,9
Evli fakat ayrı yaşıyor	6	1,3
Boşandı	16	3,6
Eşi öldü	77	17,3
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>		
Evet	420	94,2
Hayır	26	5,8

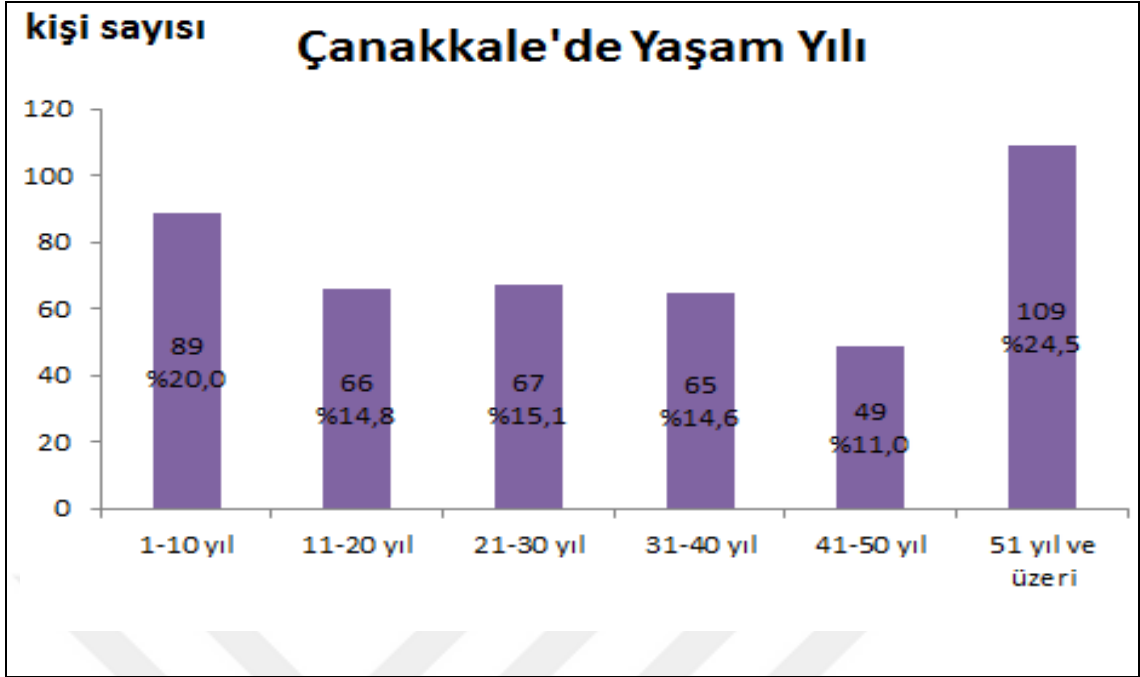
Tablo 11. İncelenenlerin sosyo-demografik özellikleri, Çanakkale, 2015 (Devam)

<b>Yaşadığı yer</b>		
Kendi evinde	362	81,8
Kirada	65	14,8
Çocuklarının evinde	12	2,4
Akrabalarının evinde	5	1,0

yüzde: sütun yüzdesi

İncelenenlerin %43,8'i (n:195) eşi ile birlikte yaşarken %29,2'si (n:130) eşi ve çocukları ile %16,2'si (n:72) tek başına yaşamaktadır. Katılımcıların %76'sı (n:338) emekli ve bir işte çalışmazken %9,9'u (n:44) ev işleri ile meşgul, %6,1'i (n:27) emekli değil ve çalışmıyor, %4,3'ü (n:19) tam zamanlı bir işte çalışmakta, %1,8'i (n:8) tam zamanlı çalışan emeklidir.

Katılımcıların Çanakkale'de yaşam yılı ortalama  $33,5 \pm 21,6$  yıl iken; %20'si 1-10 yıldır, %24'ü 51 yıldan uzun süredir Çanakkale'de yaşamaktadır (Şekil 29). Daha önce yaşadıkları şehir sorgulandığında en sık verilen cevaplar şöyledir; Çanakkale'nin ilçeleri (%67,1), İstanbul (%18,1), İzmir (%5,0), Bursa (%5,0) ve Balıkesir'dir (%4,6). Daha önce Çanakkale merkez ilçe dışındaki yaşanan yerler en sık Çan, Lapseki ve merkeze bağlı köylerdir.



Şekil 29. İncelenenlerin Çanakkale'de yaşadıkları yıla göre dağılımları, Çanakkale, 2015

50-64 yaş grubundaki kadınların %67,9'unun, ileri yaştaki kadınların ise %89,0'unun eğitim düzeyi ilköğretim ve altıdır. Erkeklerin genç yaş grubunda eğitim seviyesi ilköğretim ve altı olanlar sırasıyla genç yaşta %56,1, ileri yaşta %67,9'dur. İleri yaş kadınların %61,6'sı, aynı yaş grubu erkeklerin %13'ü eşini kaybetmiştir. İleri yaş kadınların tamamı bir işte çalışmazken, erkeklerin %3,8'i bir işte çalışmaktadır. İleri yaş kadınların %42,4'ünün geliri 1000 TL'den azdır (Tablo 12).

Tablo 12. Yaş grubuna ve cinsiyete göre sosyo-demografik özelliklerin dağılımı, Çanakkale, 2015

Değişkenler	Kadın		Erkek	
	50-64 (n=56)	>65 (n=74) n (%)	50-64 (n=187) n (%)	>65 (n=131) n (%)
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim ve altı	38 (67,9)	65 (89,0)	105 (56,1)	89 (67,9)
Lise ve üzeri	18 (32,1)	8 (11,0)	82 (43,9)	42 (32,1)
<b>Medeni durum</b>				
Hiç evlenmedi	1 (1,8)	1 (1,4)	7 (3,7)	4 (3,1)
Birlikte yaşıyor	44 (78,6)	25 (34,2)	160 (85,6)	106 (80,9)
Evli fakat ayrı yaşıyor	0 (0,0)	1 (1,4)	5 (2,7)	0 (0,0)
Boşandı	5 (8,9)	1 (1,4)	6 (3,2)	4 (3,1)
Eşi öldü	6 (10,7)	45 (61,6)	9 (4,8)	17 (13,0)
<b>Çocuk sahibi olma</b>				
Evet	52 (92,9)	71 (98,6)	174 (93,0)	123 (93,9)
Hayır	4 (7,1)	1 (1,4)	13 (7,0)	8 (6,1)
<b>Bir işte çalışma durumu</b>				
Evet	1 (1,8)	0 (0)	23 (12,3)	5 (3,8)
Hayır	54 (98,2)	74 (100,0)	164 (87,7)	126 (96,2)
<b>Gelir miktarı</b>				
<1000	6 (13,0)	25 (42,4)	14 (7,6)	14 (10,9)
1000 ve üzeri	40 (87,0)	34 (57,6)	171 (92,4)	114 (89,1)

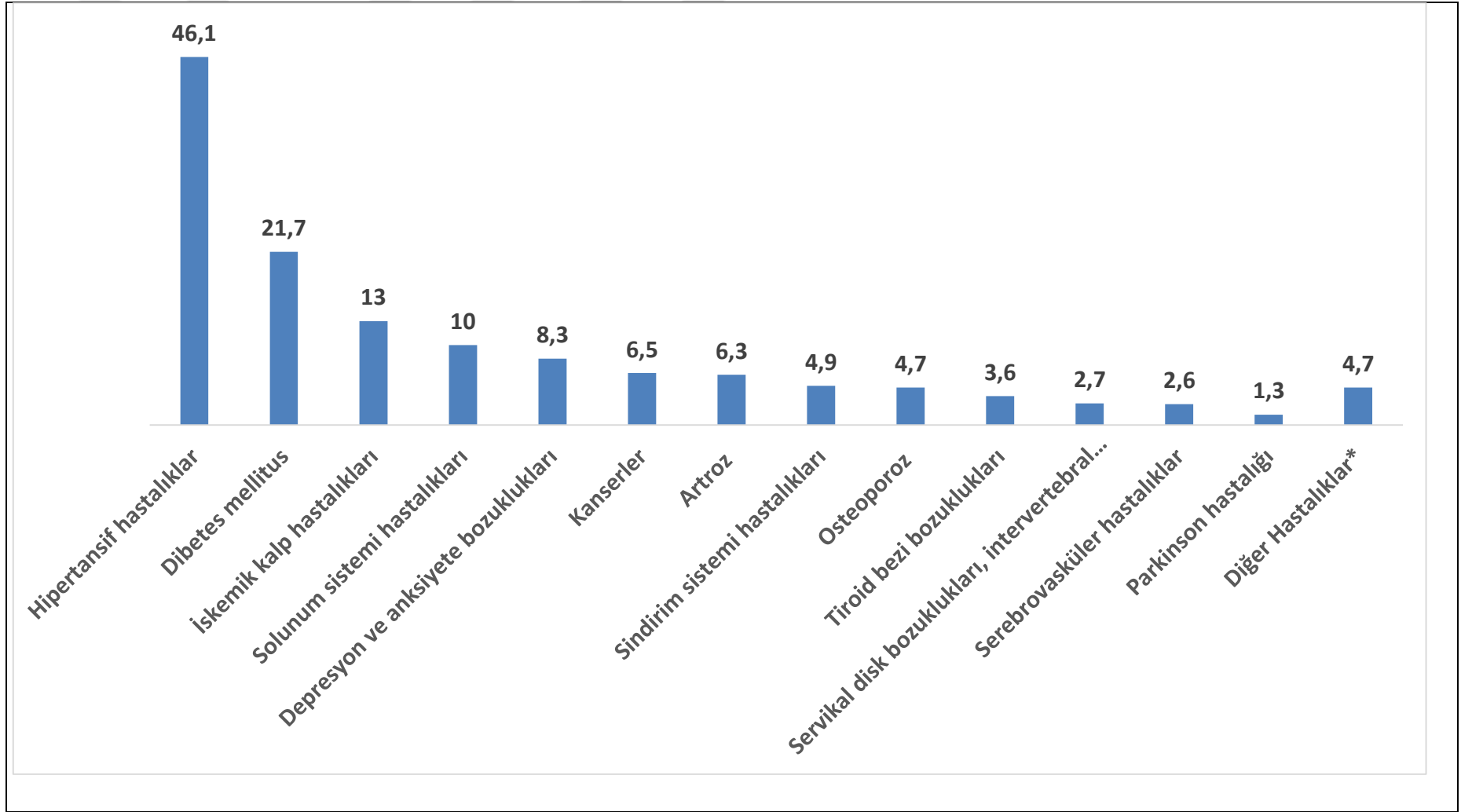
=: sütun yüzdesi

## 2. Kronik hastalıklar

İncelenenlerin %73,1'i (326 kişi) hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmalarını gerektiren bir hastalığı saptanmıştır. En sık saptanan hastalıklar şöyledir; hipertansiyon (%46,1), diyabet mellitus (%21,7), iskemik kalp hastalıkları (%13,0), solunum sistemi hastalıkları (%10,0), depresif ve anksiyete bozuklukları (%8,2), kanserler (%6,4) ve artrozdur (%6,3) (Şekil 30). Diyabet, hipertansiyon, solunum sistemi hastalıkları, depresif bozukluklar ve artrozu olanların hastalık sürelerine bakıldığında en sık 10 yıldan uzun süredir bu kronik hastalıkları vardır. İskemik kalp hastalığı olanların çoğunluğu 5 yıldan uzun süredir bu hastalığa sahiptir (Tablo 13).

Genç yaş grubunda kadınlarda en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%42,9), depresif bozukluklar (%19,6), diyabet (%14,3) olmakla beraber, erkeklerde en sık hipertansiyon (%33,2), diyabet (%17,1) ve iskemik kalp hastalıkları (%11,2) görülmektedir. İleri yaş kadınlarda en sık hipertansiyon (%74), osteoporoz (%24,7), diyabet (%21,9), ileri yaş erkeklerde ise en sık hipertansiyon (%50,4), diyabet (%31,3) ve iskemik kalp hastalıkları (%19,8) görülmektedir (Tablo 14) (Şekil 31).





Şekil 30.En sık görülen kronik hastalıklar (%)(447 kişi üzerinden hesaplanmıştır, her hastalık için ayrı ayrı değerlendirilmiştir), \*: romatoid artrit, metabolik bozukluklar, karaciğer hastalıkları ve kalp hastalıklarının diğer formları

Tablo 13. İncelenenlerin kronik hastalıklarının ve süreleri, Çanakkale, 2015

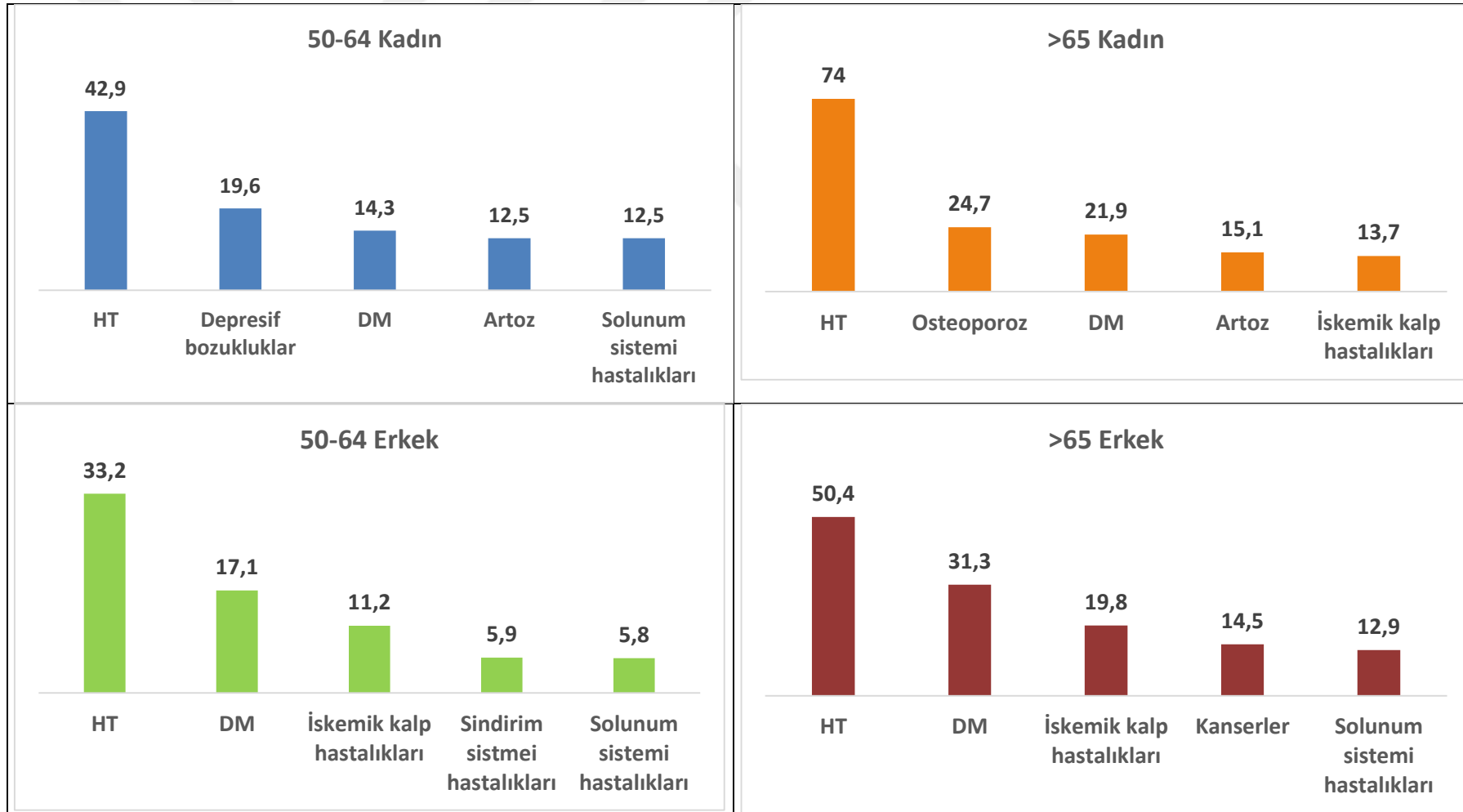
Hastalığın adı	Sayı (Yüzde)	Hastalık süre			
		<1 yıl n (%)	1-5 yıl n (%)	6-9 yıl n (%)	>10 yıldan n (%)
Hipertansif hastalıklar	206 (46,1)	8 (3,9)	46(22,4)	42 (20,5)	109 (53,2)
Diabetes mellitus	97 (21,7)	7 (7,2)	23 (23,7)	23 (23,7)	44 (45,4)
İskemik kalp hastalıkları	58 (13,0)	6 (10,3)	13 (22,4)	20 (34,5)	19 (32,8)
Solunum sistemi hastalıkları	45 (10,0)	3 (6,8)	9 (20,4)	5 (11,4)	27 (61,4)
Depresyon ve anksiyete bozuklukları	37 (8,3)	8 (21,6)	8 (21,6)	7 (19,0)	14 (37,8)
Kanserler	29 (6,5)	5 (15,1)	12 (36,3)	8 (24,2)	8 (24,2)
Artroz	28 (6,3)	2 (7,1)	7 (25,0)	7 (25,0)	12 (42,9)
Sindirim sistemi hastalıkları	22 (4,9)	1 (4,5)	6 (27,3)	4 (18,2)	11 (50,0)
Osteoporoz	21 (4,7)	0 (0,0)	4 (19,0)	6 (28,6)	11 (52,4)
Tiroid bezi bozuklukları	16 (3,6)	5 (31,3)	1 (6,3)	0 (0,0)	10 (62,5)
Servikal disk bozuklukları, intervertebral disk bozuklukları	12 (2,7)	1 (8,3)	3 (25,0)	6 (50,0)	2 (16,7)
Serebrovasküler hastalıklar	12 (2,6)	1 (9,1)	5 (45,5)	3 (27,3)	2 (18,2)
Parkinson hastalığı	6 (1,3)	2 (33,3)	2 (33,3)	1 (16,7)	1 (16,7)
Diğer Hastalıklar*	21 (4,7)	2 (9,5)	6 (28,6)	8 (38,1)	5 (23,8)

yüzde: 447 kişi üzerinden hesaplanmıştır, %: satır yüzdesi, \*: romatoid artrit, metabolik bozukluklar, karaciğer hastalıkları ve kalp hastalıklarının diğer formları

Tablo 14. Cinsiyete ve yaşa göre kronik hastalık sıklıklarının dağılımı, Çanakkale, 2015

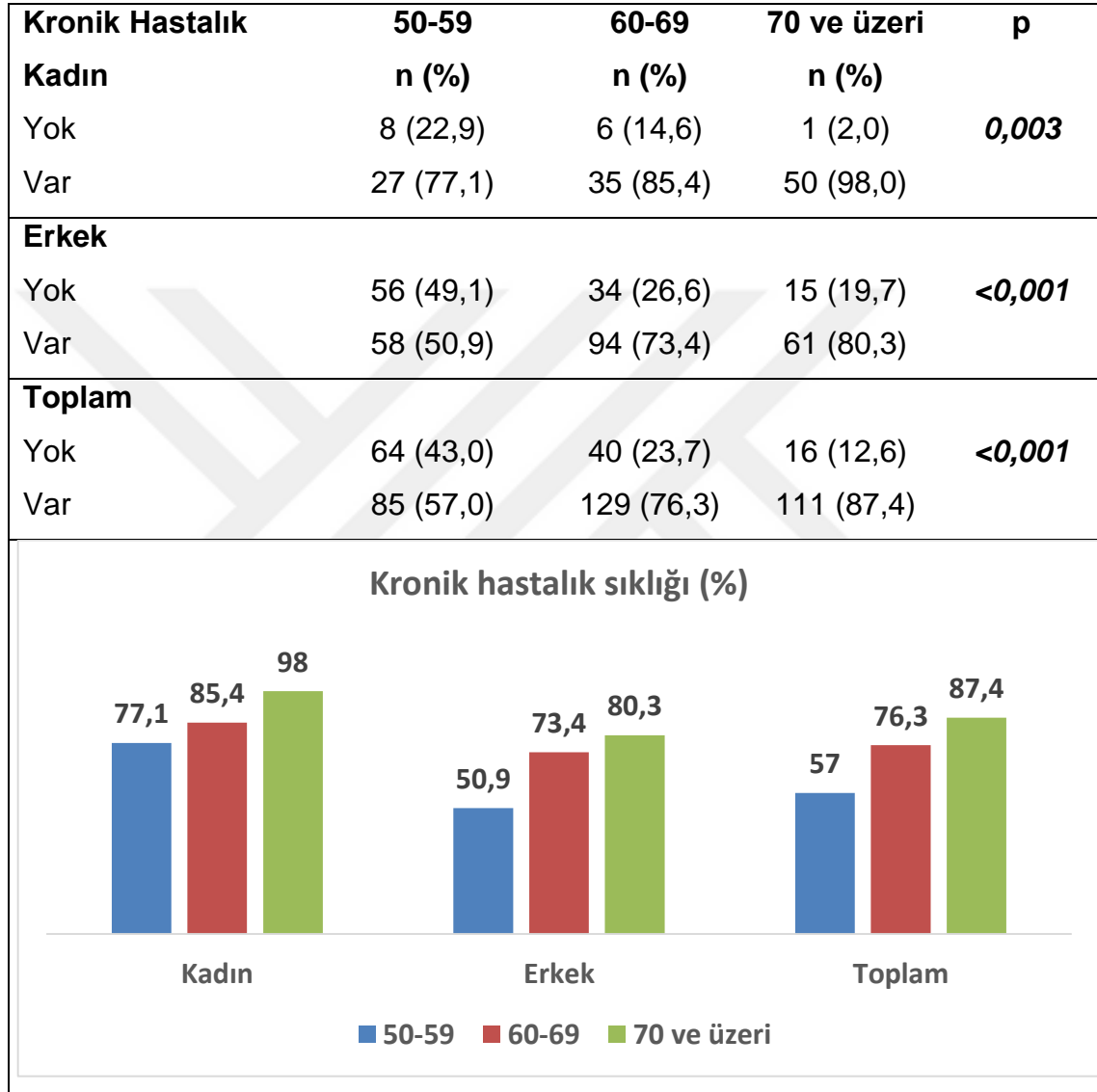
Hastalığın Adı	KADIN		ERKEK	
	50-64	>65	50-64	>65
	(n=56) %	(n=74) %	(n=187) %	(n=131) %
Hipertansif hastalıklar	42,9	74,0	33,2	50,4
Dibetes mellitus	14,3	21,9	17,1	31,3
İskemik kalp hastalıkları	1,8	13,7	11,2	19,8
Solunum sistemi hastalıkları	12,5	13,5	5,8	12,9
Depresyon ve anksiyete bozuklukları	19,6	8,1	9,0	2,2
Kanserler	-	1,4	4,8	14,5
Artroz	12,5	15,1	3,2	3,1
Sindirim sistemi hastalıkları	5,4	8,2	5,9	1,5
Osteoporoz	1,8	24,7	-	1,5
Tiroid bezi bozuklukları	8,9	9,6	2,1	-
Servikal disk bozuklukları, intervertebral disk bozuklukları	7,1	2,7	2,1	3,1
Serebrovasküler hastalıklar	3,6	4,1	1,6	2,3
Parkinson hastalığı	1,8	1,4	0,5	2,3
Diğer Hastalıklar*	,8	9,4	1,6	6,1

%%: cinsiyete göre o yaş grubunda bulunan kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. \*: romatoid artrit, metabolik bozukluklar, karaciğer hastalıkları ve kalp hastalıklarının diğer formları



Şekil 31. Yaşa ve cinsiyete göre en sık görülen kronik hastalıklar (%), Çanakkale, 2015  
HT: Hipertansiyon, DM: Diabetes Mellitus

İncelenenlerde kronik hastalık sıklığı yaş ile birlikte anlamlı olarak artmaktadır ( $p<0,001$ ). Kadınlarda ve erkeklerde de anlamlı olarak yaş ile birlikte artmaktadır (sırasıyla  $p=0,003$ ;  $p<0,001$ ) (Şekil 32).



Şekil 32. Yaş grubu ve cinsiyete göre en az bir kronik hastalığı olanlar (%), Çanakkale, 2015

n:sayı, %:sütun yüzdesi, p: Ki-Kare testi

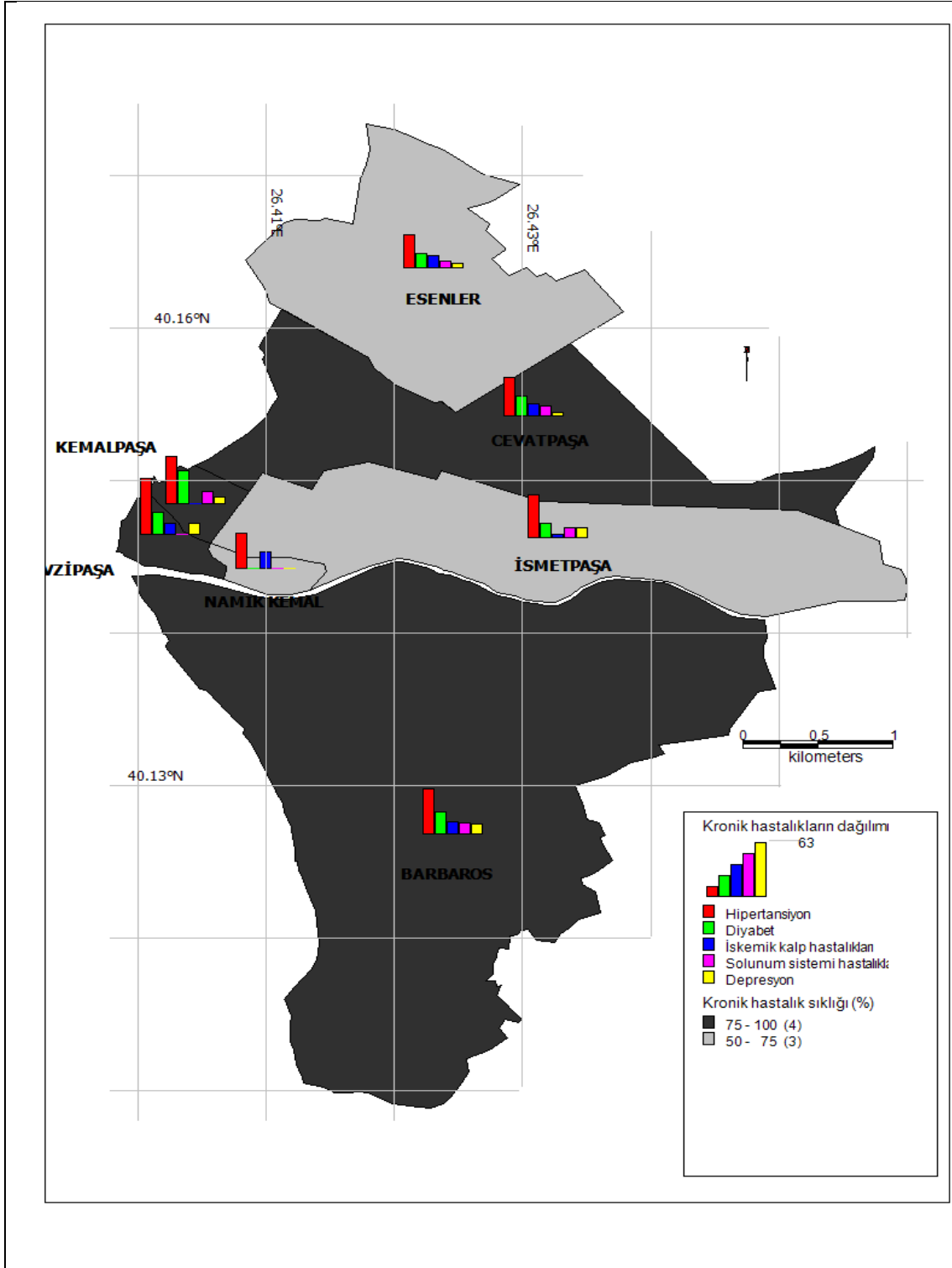
## 2.1. Kronik Hastalık Sıklığının Yaş Grubu Ve Yerleşim Yerine Göre İncelenmesi

Kronik hastalıklar Kemalpaşa, Fevzipaşa ve Esenler mahallerinde yaşayanlarda daha sık görülmektedir. Hipertansiyon, diyabet en sık Kemalpaşa, Fevzipaşa mahallerinde görülürken, iskemik kalp hastalıkları Fevzipaşa, Esenler ve Barbaros mahallerinde görülmektedir. Solunum sistemi hastalıkları Kemalpaşa ve Barbaros mahallelerinde, depresyon ve anksiyete bozuklukları Fevzipaşa ve İsmetpaşa'da, kanserler ise Kemalpaşa'da sık rastlanılmıştır. Artroz Namık Kemal, Fevzipaşa mahallelerinde daha sık tespit edilmiştir (Tablo 15) (Şekil 33).

Tablo 15. İncelenenlerin kronik hastalık sıklığının yerleşim yerine göre dağılımı, Çanakkale, 2015

Mahalle adı	Kronik Hastalık	HT	DM	İKH	Solunum Sistemi Hastalıkları	Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları	Kanserler	Artroz
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Esenler	69 (66,3)	40 (38,1)	17 (16,2)	15 (14,3)	8 (7,6)	7 (6,6)	4 (3,8)	3 (2,8)
Cevatpaşa	80 (76,9)	45 (43,3)	25 (24,0)	16 (15,4)	12 (11,5)	6 (5,7)	9 (8,6)	2 (1,9)
İsmetpaşa	41 (68,3)	29 (48,3)	10 (16,7)	3 (5,0)	4 (12,1)	4 (12,1)	6 (10,0)	1 (1,6)
Kemalpaşa	11 (84,6)	7 (53,8)	5 (38,5)	0 (0,0)	2 (15,3)	1 (7,7)	2 (15,3)	0 (0,0)
Fevzipaşa	7 (87,5)	5 (62,5)	2 (25,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (12,5)
Namık Kemal	3 (60,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,0)
Barbaros	115 (75,7)	78 (51,3)	37 (24,3)	22 (14,5)	19 (12,5)	18 (11,8)	8 (5,2)	5 (3,2)

n:sayı %:yerleşim yerine göre yüzde alınmıştır.



Şekil 33. Kronik hastalıkların yerleşim yerine göre dağılımı, Çanakkale, 2015  
İşaretlerdeki parantez içi sayılar mahalle sayılarını belirtmektedir.

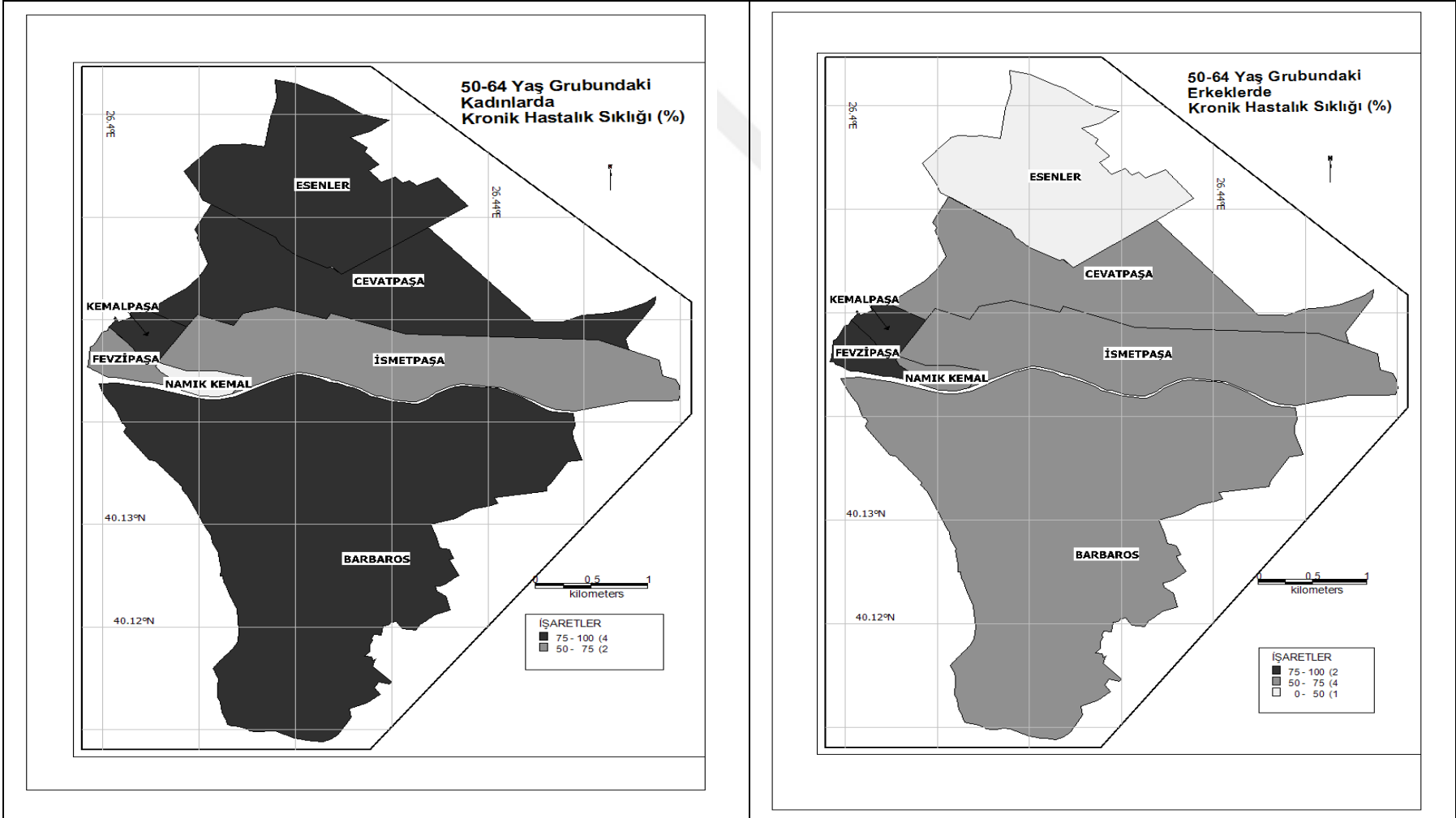
Kronik hastalıklar kadınlarda genç yaş grubunda Cevatpaşa, Kemalpaşa, Esenler ve Barbaros mahallelerinde, erkeklerde ise Kemalpaşa ve Fevzipaşa mahallelerinde sık görülmektedir. İleri yaş grubunda kadınlarda Namık Kemal mahallesi hariç tüm yerleşim yerlerinde erkeklerde ise Kemalpaşa mahallesi hariç tüm yerleşim yerlerinde kronik hastalıklar sık görülmektedir (Tablo 16) (Şekil 34 ve 35)

Tablo 16. Kronik hastalıkların yerleşim yerine göre dağılımı, Çanakkale, 2015

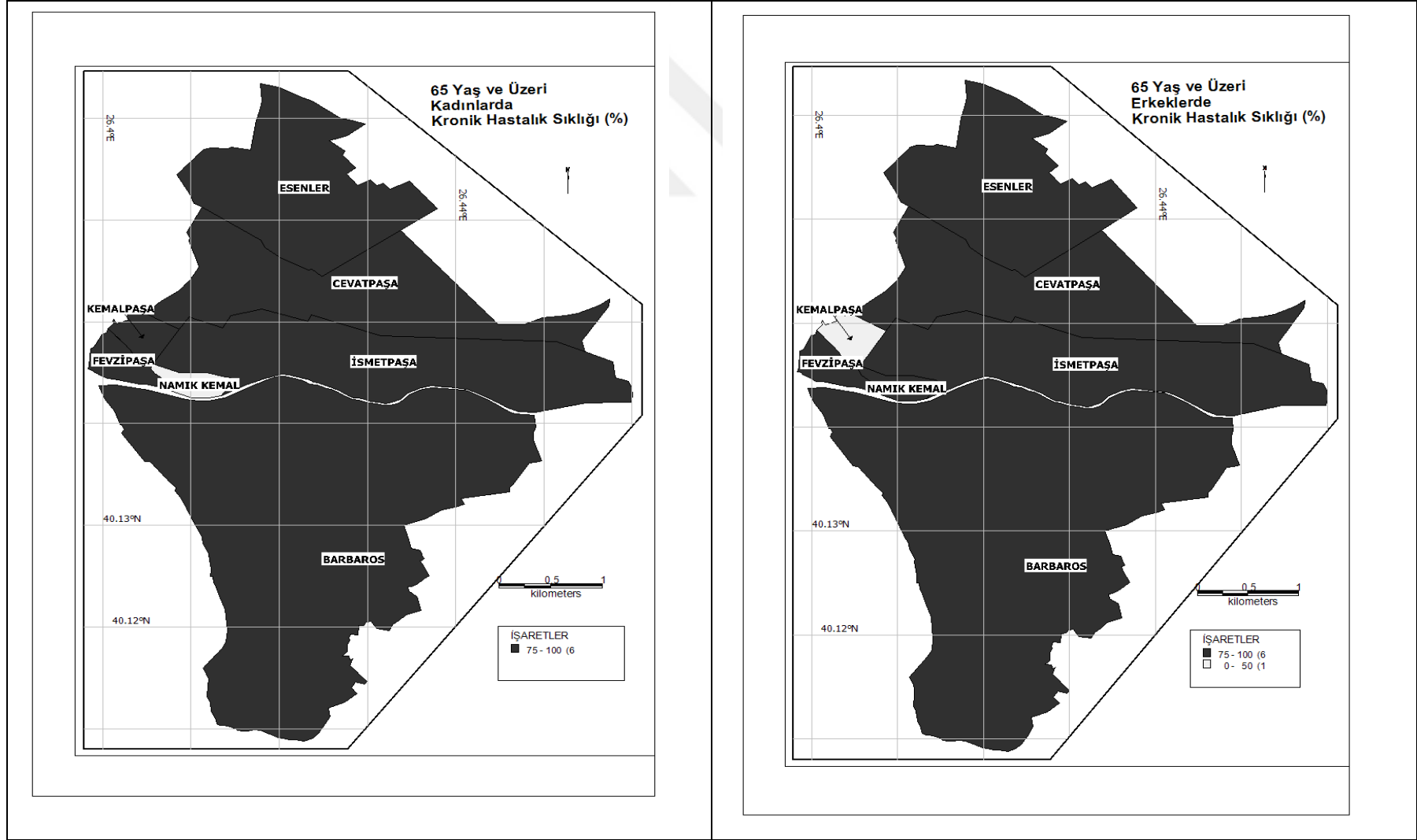
Mahalle adı	KADIN		ERKEK	
	50-64 (n=56)	>65 (n=74)	50-64 (n=187)	>65 (n=131)
	%	%	%	%
Esenler	78,9	93,3	49,0	78,9
Cevatpaşa	100,0	94,4	54,8	90,0
İsmetpaşa	66,7	100,0	55,6	75,0
Kemalpaşa	100,0	100,0	100,0	33,3
Fevzipaşa	50,0	100,0	83,3	100,0
Namık Kemal	-	-	50,0	81,2
Barbaros	78,3	96,3	59,3	81,7

%.yerleşim yerine göre yüzde alınmıştır.





Şekil 34. 50-64 yaş grubundaki kadın ve erkeklerin kronik hastalık sıklığının yerleşim yerine göre dağılımı, Çanakkale, 2015  
İşaretlerdeki parantez içi sayılar mahalle sayılarını belirtmektedir.



Şekil 35. 65 yaş ve üzeri kadın ve erkeklerin kronik hastalık sıklığının yerleşim yerine göre dağılımı, Çanakkale, 2015  
İşaretlerdeki parantez içi sayılar mahalle sayılarını belirtmektedir.

### 2.3. Kronik Hastalığı Etkileyen Risk Faktörleri

Kadınlarda anlamlı olarak erkeklerden daha fazla sıklıkta kronik hastalık vardır ( $p<0,001$ ). Kadınlarda ileri yaşta, evli olmayanlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda anlamlı olarak kronik hastalık daha çok görülmektedir (sırasıyla  $p=0,002$ ;  $p=0,004$ ;  $p=0,044$ ) (Tablo 17).

Tablo 17. Kadınlarda kronik hastalık görülme sıklığı ile risk faktörlerinin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015

Değişkenler	Kronik Hastalık		p
	Yok n (%)	Var n (%)	
<b>Yaş</b>			
50-64	12 (21,8)	43 (78,2)	<b>0,002</b>
>65	3 (4,1)	70 (95,9)	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	13 (18,8)	56 (81,2)	<b>0,004</b>
Evli değil	2 (3,4)	57 (96,6)	
<b>Öğrenim</b>			
İlköğretim ve altı	9 (8,8)	93 (91,2)	<b>0,044</b>
Lise ve üzeri	6 (23,1)	20 (76,9)	
<b>Gelir durumu</b>			
<1000	9 (12,2)	65 (87,8)	0,755
1000 ve üzeri	3 (10,0)	27 (90,0)	
<b>Yalnız yaşama durumu</b>			
Hayır	13 (14,0)	80 (86,0)	0,167
Evet	2 (5,7)	33 (94,3)	
<b>Sigara</b>			
Evet	13 (10,7)	109 (89,3)	0,150
Hayır	2 (33,3)	4 (66,7)	
<b>BKI</b>			
Normal	7 (14,6)	41 (85,4)	0,500
Obez	8 (10,5)	68 (89,5)	

n: sayı, %: satır yüzdesi, p: Ki-kare testi

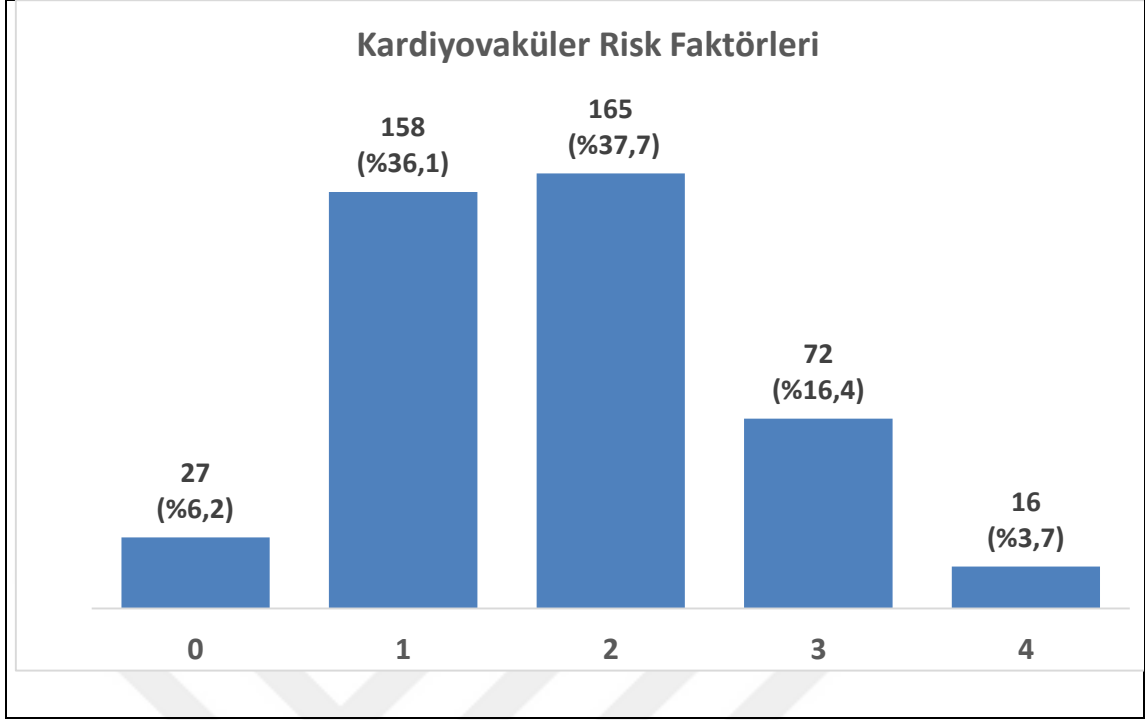
Erkeklerde ileri yaşta ve obez olanlarda anlamlı olarak kronik hastalık daha çok görülmektedir (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p=0,026$ ) (Tablo 18).

Tablo 18. Erkeklerde kronik hastalık görülme sıklığı ile risk faktörlerinin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015

Değişkenler	Kronik Hastalık		p
	Yok n (%)	Var n (%)	
<b>Yaş</b>			
50-64	81 (43,3)	106 (56,7)	<b>&lt;0,001</b>
>65	24 (18,3)	107 (81,7)	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	92 (34,6)	174 (65,4)	0,179
Evli değil	13 (25,0)	39 (75,0)	
<b>Öğrenim</b>			
İlköğretim ve altı	60 (30,9)	134 (69,1)	0,321
Lise ve üzeri	45 (36,3)	79 (63,7)	
<b>Gelir durumu</b>			
<1000	10 (35,7)	18 (64,3)	0,740
1000 ve üzeri	93 (32,6)	192 (67,4)	
<b>Yalnız yaşama durumu</b>			
Hayır	94 (33,5)	187 (66,5)	0,651
Evet	11 (29,7)	26 (70,3)	
<b>Sigara</b>			
Evet	39 (37,5)	65 (62,5)	0,259
Hayır	66 (31,1)	146 (68,9)	
<b>BKI</b>			
Normal	82 (37,1)	139 (62,9)	<b>0,026</b>
Obez	23 (24,2)	72 (75,8)	

n: sayı, %: satır yüzdesi, p: Ki-kare testi

50 yaş ve üzerindeki kişilerin %6,2'sinin kardiyovasküler risk faktörü hiç yokken %36,1'inin 1, %37,7'sinin 2, %16,4'ünün ve %3,7'sinin 4 risk faktörü vardır (Şekil 36). 50-64 yaş grubundaki erkeklerin %52,2'sinin, 65 yaş ve üzerindeki ise %59,4'ünün 2 ve üzerinde kardiyovasküler risk faktörü vardır. İleri yaş kadınlarda %71,0'inin genç yaşta ise %56,4'ünün 2 ve üzerinde kardiyovasküler risk faktörü vardır.

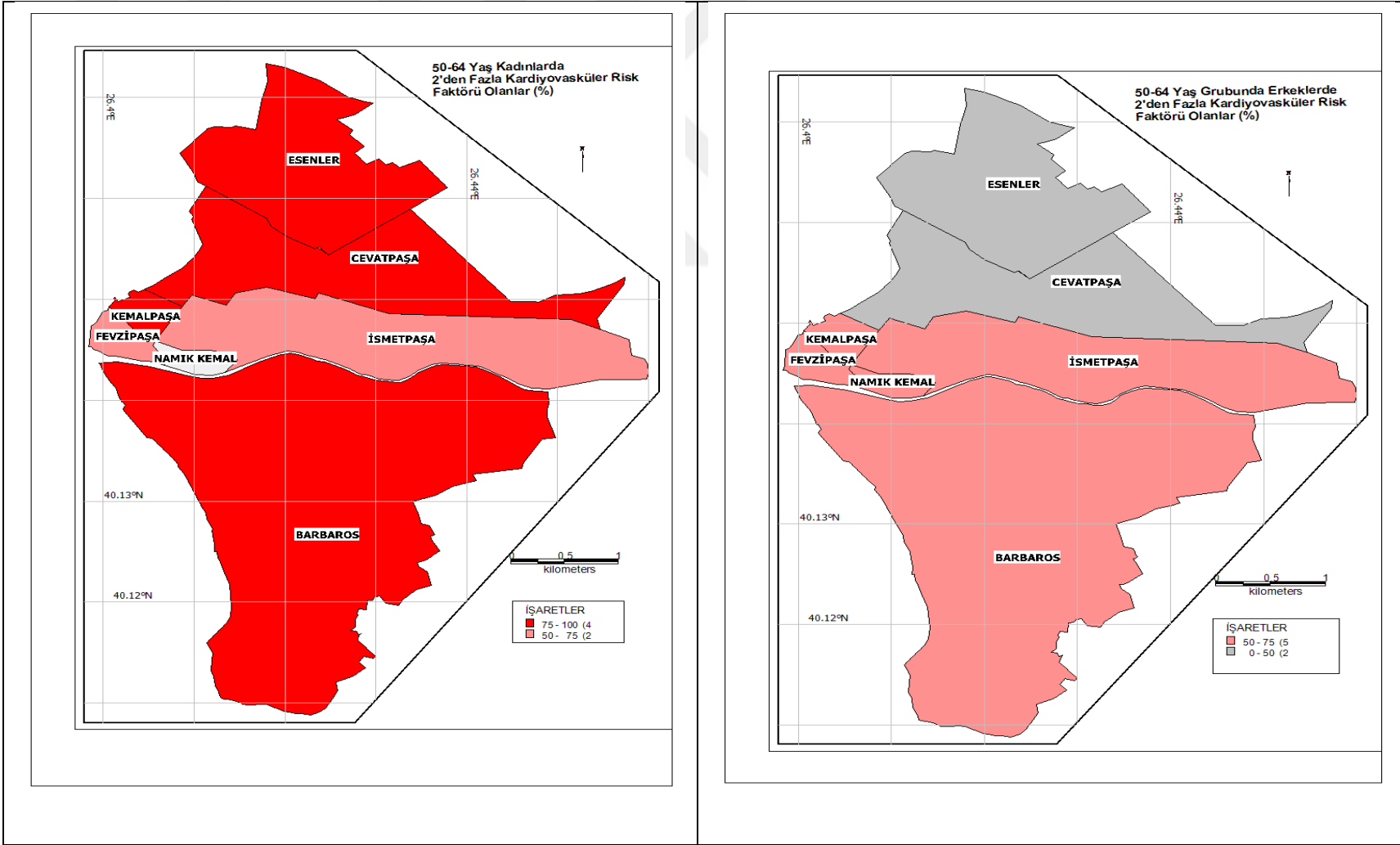


Şekil 36. Kardiyovasküler risk faktörlerine (diyabet, hipertansiyonun olması, fazla kiloluluk ve obezite, sigara kullanımı) göre dağılım, Çanakkale, 2015

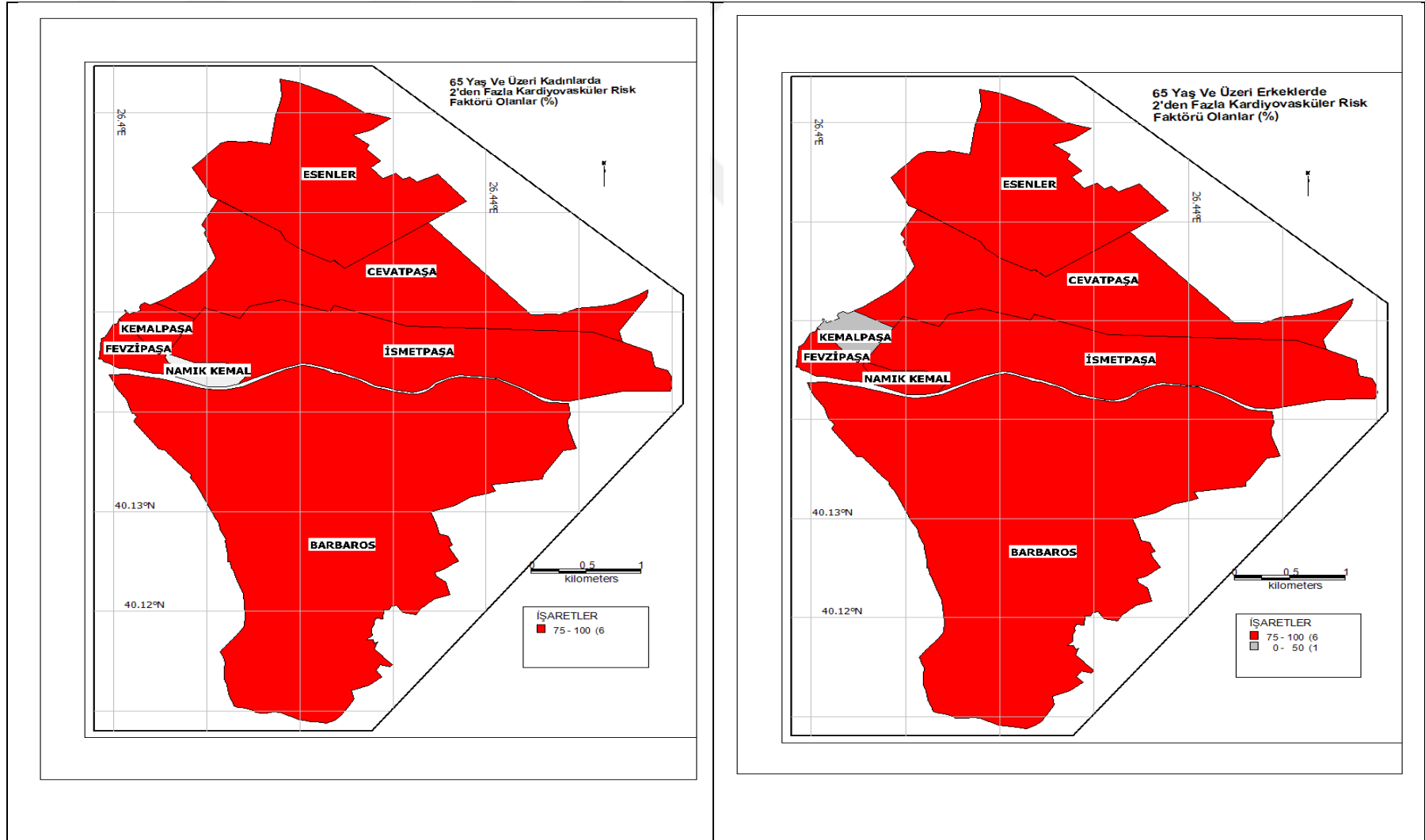
0: risk yok

1: 1 , 2:2, 3:3, 4:4 risk faktörünün olması

50-64 yaş grubunda kadınlarda 2'den fazla kardiyovasküler risk faktörü olanların en sık bulunduğu yerleşim yerleri Esenler, Cevatpaşa, Kemalpaşa ve Barbaros mahallerleridir. Erkeklerde aynı yaş grubunda 2'den fazla kardiyovasküler risk faktörü olanların Esenler ve Cevatpaşa'nın haricinde kalan yerleşim yerleridir (Şekil 37). İleri yaş grubunda tüm yerleşim yerlerinde her iki cinsiyette 2'den fazla kardiyovasküler risk faktörü olanlar sık görülmektedir (Şekil 38).



Şekil 37.50-64 kadın ve erkeklerde kardiyovasküler risk faktörlerinin yerleşim yerine göre incelenmesi, Çanakkale, 2015  
İşaretlerdeki parantez içi sayılar mahalle sayılarını belirtmektedir.



Şekil 38. 65 yaş ve üzeri kadın ve erkeklerde kardiyovasküler risk faktörlerinin yerleşim yerine göre incelenmesi, Çanakkale, 2015. İşaretlerdeki parantez içi sayılar mahalle sayılarını belirtmektedir.

Kronik hastalık olma durumu lojistik regresyon ile incelendiğinde kadın olmanın 2,2 kat (%95 GA: 1,297-4,588) obez olmanın 1,9 kat (%95 GA: 1,170-3,198), 65 yaş ve üzerinde olmanın 3,6 kat (%95 GA: 2,197-5,964) kronik hastalık riskini artırdığı görülmektedir (Tablo 19).

Tablo 19. Kronik hastalığa etki eden risk faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi (GA: %95), Çanakkale, 2015

<b>Değişkenler</b>	<b>B</b>	<b>TRR</b>	<b>%95 GA</b>	<b>p</b>
<b>Constant</b>	-0,041	0,960		<b>0,808</b>
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek (0)		1,0		
Kadın (1)	<b>0,892</b>	<b>2,240</b>	<b>1,297-4,588</b>	<b>0,006</b>
<b>BMI sınıflaması</b>				
Normal (0)		1,0		
Obez (1)	<b>0,660</b>	<b>1,934</b>	<b>1,170-3,198</b>	<b>0,010</b>
<b>Yaş</b>				
50-64 (0)		1,0		
>65 (1)	<b>1,287</b>	<b>3,620</b>	<b>2,197-5,964</b>	<b>0,001</b>
<b>Medeni durum</b>				
Evli (0)		1,0		
Evli değil (1)	0,604	1,829	0,968-3,456	0,063

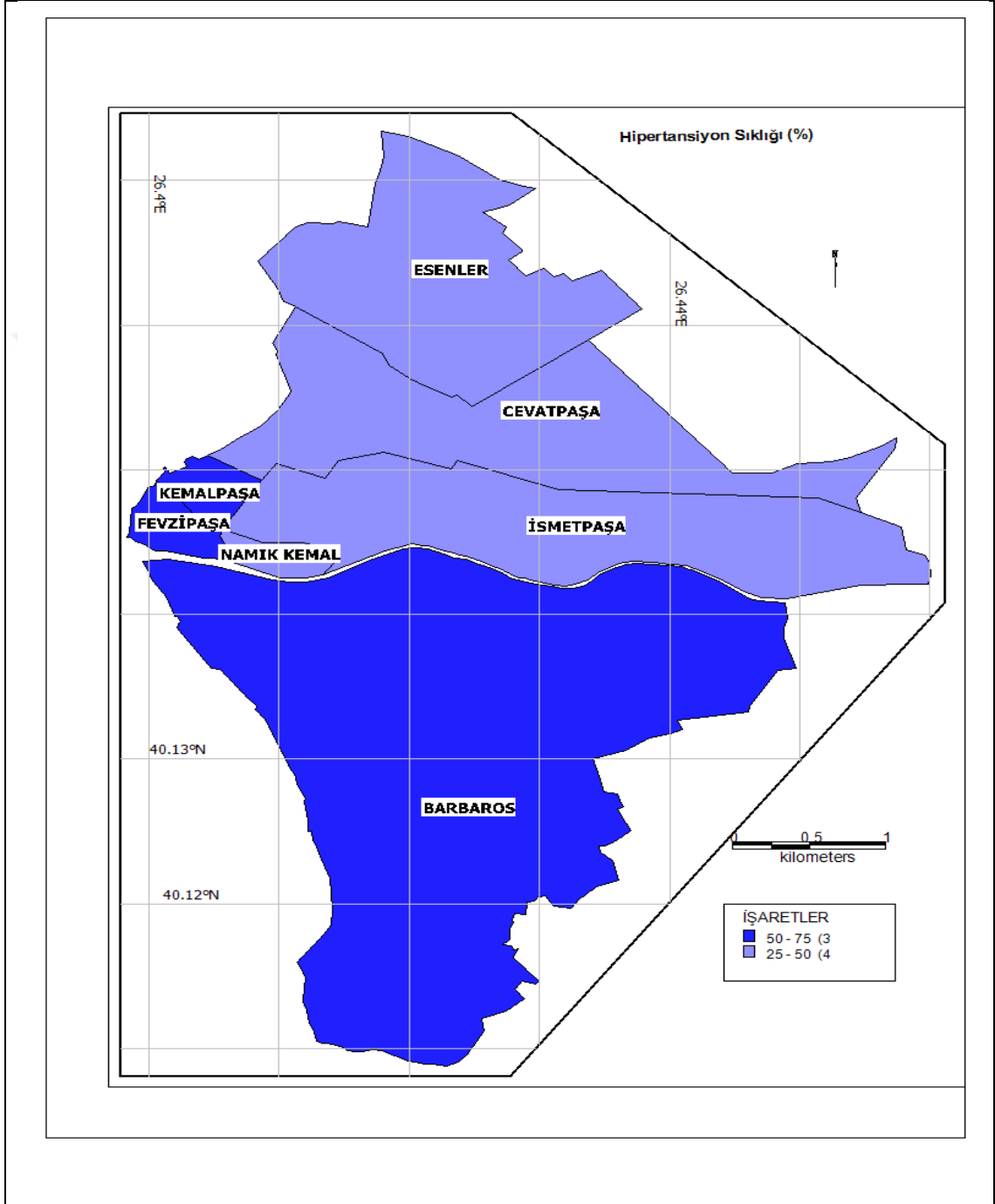
B: Regresyon katsayısı, TRR: Tahminin rölatif risk, GA: Güven aralığı  
p: Backward Stepwise (Conditional) logistic regresyon analizi.

## 2.1 Hipertansiyon

Hipertansiyon görülme sıklığı %46,1'di (n:206). İncelenenlerin %18,8'inin (n: 83) ölçümlerde sistolik ve diyalolik kan basıncı normal değerlerin üstündedir.



Tansiyonu ölçümler sırasında normal sınırların üstünde çıkanların %41'inin önceden tansiyon tanısı yoktur. Hipertansiyon en sık Kemalpaşa, Fevzipaşa ve Barbaros mahallelerinde yaşayanlarda görülmektedir (Şekil 39).



Şekil 39. 50 yaş ve üzeri kişilerin yerleşim yerine göre hipertansiyon sıklığı, Çanakkale, 2015. Parantez içi sayılar mahalle sayılarını belirtmektedir.

Kadınlarda , 65 yaş ve üzerinde, evli fakat ayrı yaşayanlarda, dul ve boşanmış olanlarda, eğitim seviyesi ilköğretim ve altında olanlarda hipertansiyon daha fazla oranda saptanmıştır (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,002$ ;  $p=0,002$ ). Yalnız yaşayanlarda, sigara içmeyenlerde, obezlerde, diyabeti, iskemik kalp hastalığı ve depresyonu olanlarda hipertansiyon görülme sıklığı daha fazladır (sırasıyla  $p=0,011$ ;  $p=0,005$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,003$ ). Gelir durumuna ve alkol kullanımına göre hipertansiyon açısından fark saptanmadı (sırasıyla  $p=0,432$ ;  $p=0,188$ ) (Tablo 20).

Tablo 20. Hipertansiyon görülme sıklığı ile risk faktörlerinin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015

Değişkenler	Hipertansiyon		p
	Yok n (%)	Var n (%)	
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	51 (39,8)	77 (60,2)	<b>&lt;0,001</b>
Erkek	190 (59,7)	128 (40,3)	
<b>Yaş</b>			
50-64	157 (64,6)	86 (35,4)	<b>&lt;0,001</b>
>65	84 (41,2)	120 (58,8)	
<b>Medeni durum</b>			
Bekar	10 (76,9)	3 (23,1)	<b>0,002</b>
Evli	192 (57,3)	143 (42,7)	
Evli değil	39 (39,4)	60 (60,6)	
<b>Öğrenim</b>			
İlköğretim ve altı	145 (48,8)	152 (51,2)	<b>0,002</b>
Lise ve üzeri	96 (64,0)	54 (36,0)	
<b>Gelir durumu</b>			
<1000	28 (45,7)	31 (52,5)	0,149
1000 ve üzeri	200 (55,7)	159 (44,3)	
<b>Yalnız yaşama durumu</b>			
Hayır	212 (56,5)	163 (43,5)	<b>0,011</b>
Evet	29 (40,3)	43 (59,7)	
<b>Sigara</b>			
Evet hergün	56 (59,6)	38 (40,4)	<b>0,005</b>
Evet hergün değil	15 (88,2)	2 (11,8)	
Hayır	169 (50,6)	165 (49,4)	

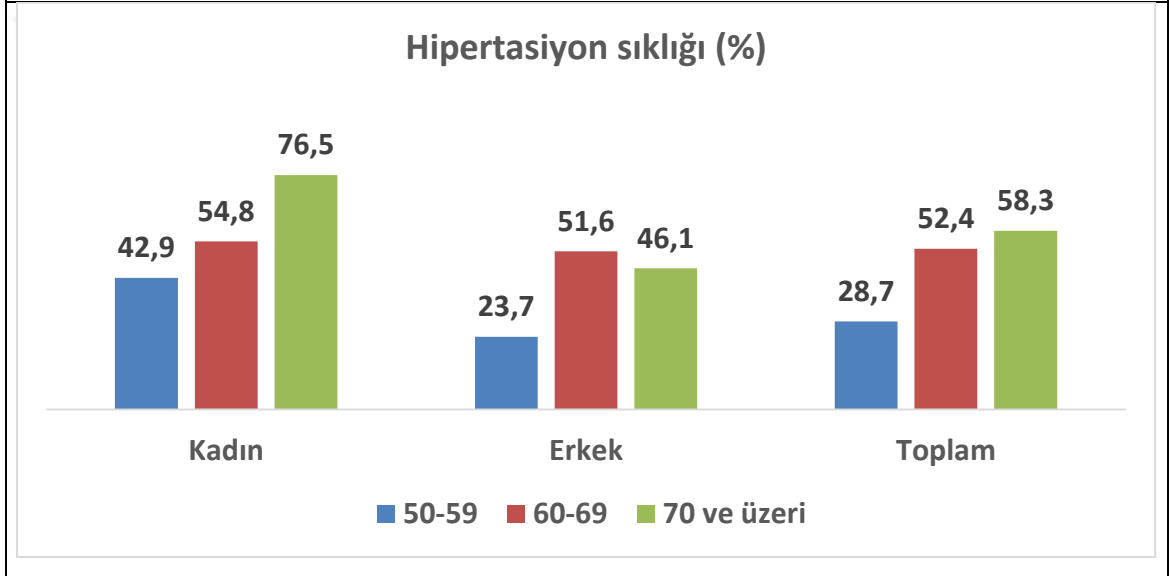
Tablo 20. Hipertansiyon görülme sıklığı ile risk faktörlerinin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015 (Tablo 20 devam)

<b>Alkol</b>			
Evet hergün	16 (59,3)	11 (40,7)	0,188
Evet hergün değil	61 (61,0)	39 (39,0)	
Hayır	163 (51,1)	156 (48,9)	
<b>BKI</b>			
Normal	164 (61,0)	105 (39,0)	<b>0,001</b>
Obez	75 (43,9)	96 (56,1)	
<b>DM</b>			
Yok	212 (60,6)	138 (39,4)	<b>&lt;0,001</b>
Var	29 (29,9)	68 (70,1)	
<b>İKH</b>			
Yok	222 (57,1)	167 (42,9)	<b>0,001</b>
Var	19 (32,8)	39 (67,2)	
<b>Depresyon</b>			
Yok	211 (57,0)	159 (43,0)	<b>0,003</b>
Var	28 (37,8)	46 (62,2)	

n: sayı, %: satır yüzdesi, p: Ki-kare testi, İKH: İskemik kalp hastalıkları

Yaş grubuna göre hipertansiyon görülme sıklığı şöyledir; 50-59 yaş grubunda % 28,7, 60-69 yaş grubunda %52,4, 70 yaş ve üzerinde % 58,3'tür. Yaş artıkça hipertansiyon görülme sıklığı da anlamlı olarak artmaktadır ( $p<0,001$ ) (Şekil 40).

Hipertansiyon	50-59	60-69	70 ve üzeri	p
Kadın	n (%)	n (%)	n (%)	
Yok	20 (57,1)	19 (45,2)	12 (23,5)	
Var	15 (42,9)	23 (54,8)	39 (76,5)	<b>0,005</b>
Erkek				
Yok	87 (76,3)	62 (48,4)	41 (53,9)	<b>&lt;0,001</b>
Var	27 (23,7)	66 (51,6)	35 (46,1)	
Toplam				
Yok	107 (71,3)	81 (47,6)	53 (41,7)	<b>&lt;0,001</b>
Var	43 (28,7)	89 (52,4)	74 (58,3)	



Şekil 40. Hipertansiyon sıklığının yaş ve cinsiyete göre değişimi, Çanakkale, 2015

p: Ki-Kare testi, yüzde: sütun yüzdesi

Hipertansiyonu etkileyen risk faktörleri lojistik regresyon ile incelendiğinde kadın cinsiyetinde olmak 1,8 kat (%95 GA:1,134-2,971) , obez olmak 1,8 kat (%95 GA: 1,165-2,806), 65 yaş ve üzerinde olmak 2 kat (%95 GA: 1,368-3,165), depresyonda olmak 2 kat (%95 GA: 1,135-3,538), diyabet olmak 3,4 kat (%95 GA: 2,025-5,772), iskemik kalp hastalığına sahip olmak 2,1 kat (%95 GA: 1,097-4,135) arttırmaktadır (Tablo 21).

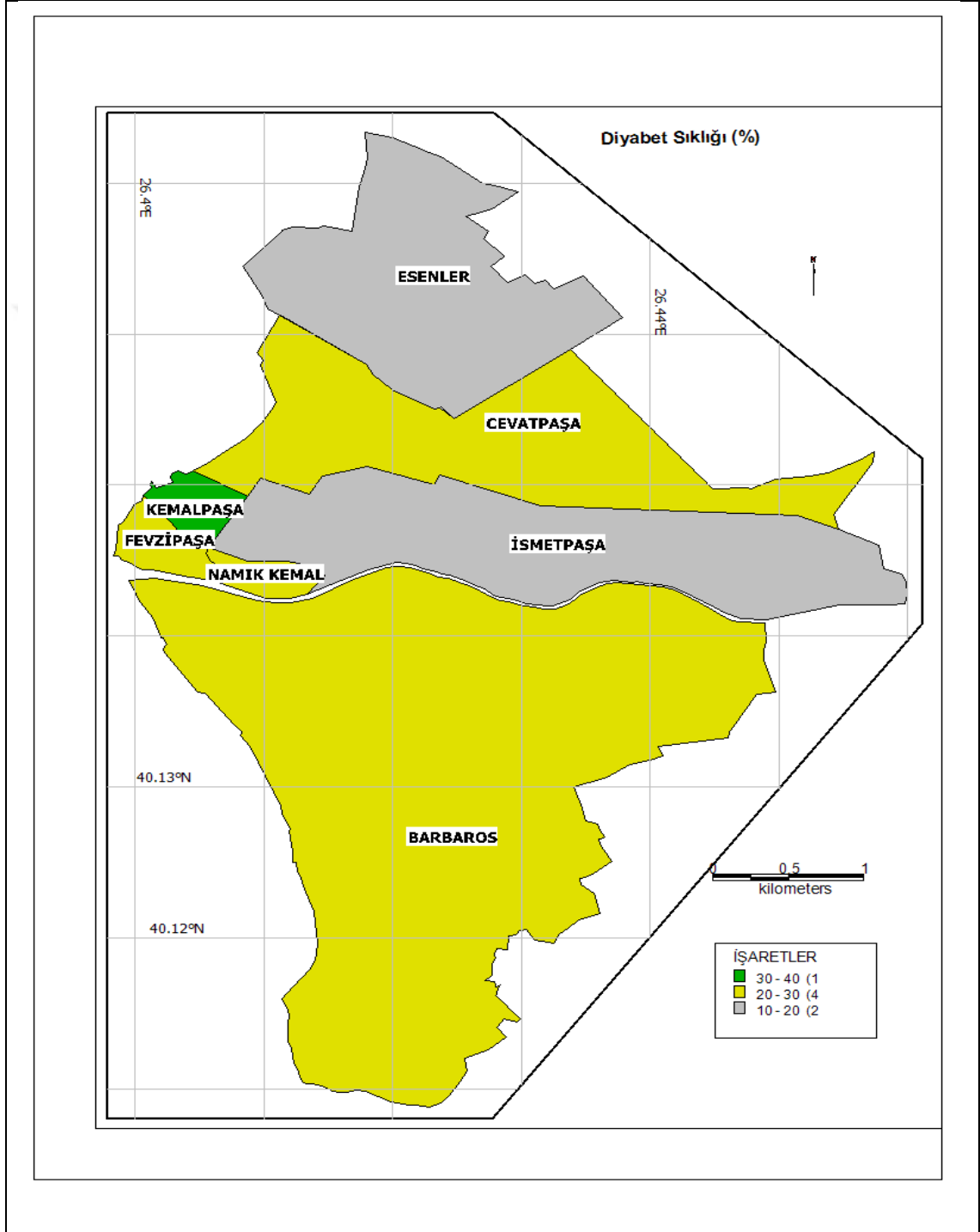
Tablo 21. Hipertansiyonu etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi (GA: %95), Çanakkale, 2015

<b>Değişkenler</b>	<b>B</b>	<b>TRR</b>	<b>%95 GA</b>	<b>p</b>
<b>Constant</b>	-1,386	0,250		<b>&lt;0,001</b>
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek (0)		1,0		
Kadın (1)	<b>0,607</b>	<b>1,836</b>	<b>1,134-2,971</b>	<b>0,013</b>
<b>BMI sınıflaması</b>				
Normal (0)		1,0		
Obez (1)	<b>0,592</b>	<b>1,808</b>	<b>1,165-2,806</b>	<b>0,008</b>
<b>Yaş</b>				
50-64 (0)		1,0		
>65 (1)	<b>0,733</b>	<b>2,081</b>	<b>1,368-3,165</b>	<b>0,001</b>
<b>Depresyon</b>				
Yok (0)		1,0		
Var (1)	<b>0,695</b>	<b>2,004</b>	<b>1,135-3,538</b>	<b>0,016</b>
<b>DM</b>				
Yok (0)		1,0		
Var (1)	<b>1,229</b>	<b>3,418</b>	<b>2,025-5,772</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>İKH</b>				
Yok (0)		1,0		
Var (1)	<b>0,756</b>	<b>2,129</b>	<b>1,097-4,135</b>	<b>0,026</b>

B: Regresyon katsayısı, TRR: Tahminin rölatif risk, GA: Güven aralığı  
p: Backward Stepwise (Conditional) logistic regresyon analizi.

## 2.2 Diyabet

Diyabetin sıklığı %21,7 (n:97) olarak bulunmuştur. Diyabet en sık Kemalpaşa mahallesinde yaşayanlarda görülmektedir (Şekil 41).



Şekil 41. 50 yaş ve üzeri kişilerin yerleşim yerine göre diyabet sıklığı, Çanakkale, 2015.

Parantez içi sayılar mahalle sayılarını belirtmektedir

Diyabetin görülme sıklığı, 65 yaş ve üzerinde, hipertansiyonu ve iskemik kalp hastalığı olanlarda daha fazlaydı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,003$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ). Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sigara ve alkol kullanımı, düzenli egzersiz yapma ve düzenli yemek yeme, obez olma açısından fark saptanmadı (Tablo 22).

Tablo 22. Diyabet görülme sıklığı ile risk faktörlerinin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015

<b>Değişkenler</b>	<b>DM Yok n (%)</b>	<b>DM Var n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	245 (77,0)	73 (23,0)	0,330
Kadın	104 (81,2)	24 (18,8)	
<b>Yaş</b>			
50-64	203 (83,5)	40 (16,5)	<b>0,003</b>
>65	147 (72,1)	57 (27,9)	
<b>Medeni durum</b>			
Bekar	9 (69,2)	4 (30,8)	0,486
Evli	260 (77,6)	77 (22,4)	
Evli değil	81 (81,8)	18 (18,2)	
<b>Öğrenim</b>			
İlköğretim ve altı	228 (76,8)	69 (23,2)	0,269
İlköğretim üstü	122 (81,3)	28 (18,7)	
<b>Gelir durumu</b>			
<1000	45 (76,3)	14 (23,7)	0,460
1000 ve üzeri	279 (77,7)	80 (22,3)	
<b>Sigara</b>			
Evet hergün	74 (78,7)	20 (21,3)	0,929
Evet hergün değil	14 (82,4)	3 (17,6)	
Hayır	262 (78,4)	72 (21,6)	
<b>Alkol</b>			
Evet hergün	24 (88,9)	3 (11,0)	0,123
Evet hergün değil	83 (83,0)	17 (17,0)	
Hayır	242 (75,9)	77 (24,1)	
<b>BKI</b>			
Normal	213 (79,2)	56 (20,8)	0,524
Obez	131 (76,6)	40 (23,4)	

Tablo 22. Diyabet görölme sıklığı ile risk faktörlerinin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015 (Tablo 22 devam)

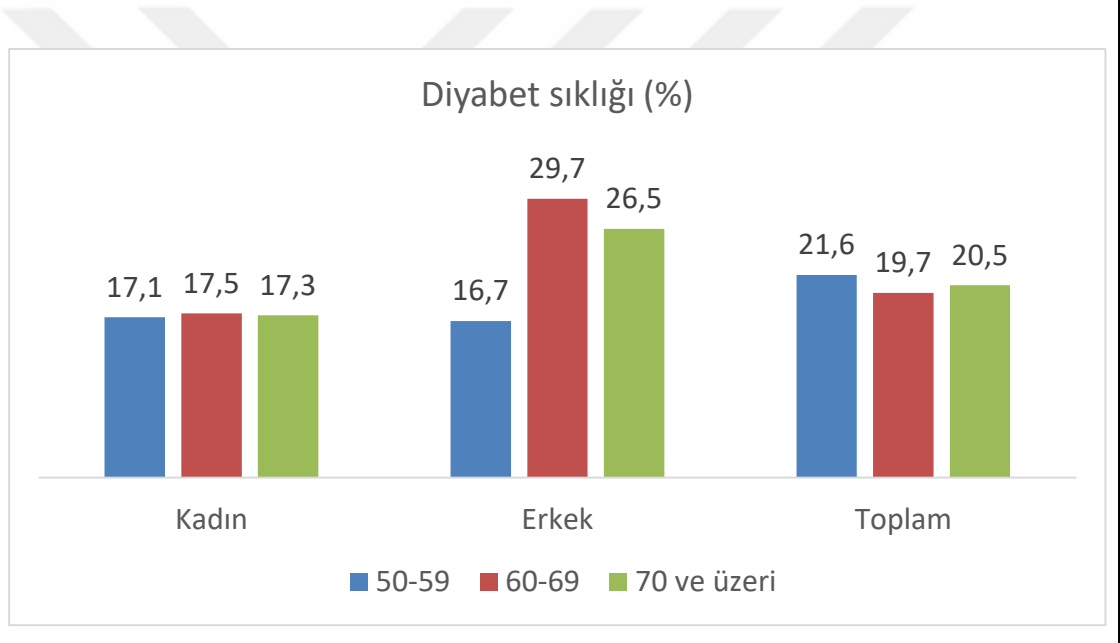
<b>HT</b>			
Yok	212 (88,0)	29 (12,0)	<b>&lt;0,001</b>
Var	138 (67,0)	68 (33,0)	
<b>İKH</b>			
Yok	316 (81,2)	73 (18,8)	
Var	34 (58,6)	24 (41,4)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Düzenli yemek yeme</b>			
Evet	57 (79,2)	15 (20,8)	0,846
hayır	293 (78,1)	82 (21,9)	
<b>Düzenli egzersiz yapma</b>			
Evet	222 (79,9)	56 (20,1)	0,306
hayır	128 (75,7)	41 (24,3)	

n: sayı, p: Ki-Kare testi, yüzde: satır yüzdesi

Yaş grubuna göre diyabet görölme sıklığı şöyledir; 50-59 yaş grubunda % 17,3, 60-69 yaş grubunda %26,5, 70 yaş ve üzerinde % 20,5'dir. Diyabet sıklığı açısından yaş grubu ve cinsiyete göre anlamlı fark saptanmadı (Şekil 42).



<b>Diyabet</b>	<b>50-59</b>	<b>60-69</b>	<b>70 ve üzeri</b>	<b>p</b>
<b>Kadın</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
Yok	29 (82,9)	35 (83,3)	40 (78,4)	0,801
Var	6 (17,1)	7 (16,7)	11 (21,6)	
<b>Erkek</b>				
Yok	94 (82,5)	90 (70,3)	61 (80,3)	0,060
Var	20 (17,5)	38 (29,7)	15 (19,7)	
<b>Toplam</b>				
Yok	124 (82,7)	125 (73,5)	101 (79,5)	0,130
Var	26 (17,3)	45 (26,5)	26 (20,5)	



Şekil 42. Diyabet sıklığının yaş ve cinsiyete göre değişimi, Çanakkale, 2015  
p: Ki-kare testi, yüzde: sütun yüzdesi

Diyabeti etkileyen risk faktörleri lojistik regresyon ile incelendiğinde hipertansiyonun olması 3,4 kat (%95 GA: 2,042-5,891) , iskemik kalp hastalığının olması ise 2,2 kat (%95 GA: 1,174-4,209) diyabet riskini artırmaktadır (Tablo 23).

Tablo 23. Diyabete etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi (GA: %95), Çanakkale, 2015

<b>Değişkenler</b>	<b>B</b>	<b>TRR</b>	<b>%95 GA</b>	<b>p</b>
<b>Constant</b>	-2,003	0,135		<b>&lt;0,001</b>
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek (0)		1,0		
Kadın (1)	-0,574	0,563	0,303-1,049	0,071
<b>Alkol</b>				
Hayır (0)		1,0		
Evet (1)	-0,570	0,565	0,310-1,032	0,063
<b>Yaş</b>				
50-64 (0)		1,0		
>65 (1)	0,466	1,594	0,957-2,654	0,073
<b>HT</b>				
Yok (0)		1,0		
Var (1)	<b>1,244</b>	<b>3,469</b>	<b>2,042-5,891</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>İKH</b>				
Yok (0)		1,0		
Var (1)	<b>0,799</b>	<b>2,223</b>	<b>1,174-4,209</b>	<b>0,014</b>

B: Regresyon katsayısı, TRR: Tahminin rölatif risk, GA: Güven aralığı  
p: Backward Stepwise (Conditional) logistic regresyon analizi.

### 2.3 İskemik Kalp Hastalığı

İskemik kalp hastalıkları görülme sıklığı %13,7'dir. İKH, ileri yaşta, hipertansiyonu ve diyabeti olanlarda anlamlı olarak daha fazladır (sırasıyla p=0,007; p=0,001; p<0,001) (Tablo 24).

Tablo 24. İskemik Kalp Hastalığı görülme sıklığı ile risk faktörlerinin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015

<b>Değişkenler</b>	<b>İKH Yok Sayı (yüzde)</b>	<b>İKH Var Sayı (yüzde)</b>	<b>p</b>
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	271 (85,2)	47 (14,8)	0,079
Kadın	117 (91,4)	11 (8,6)	
<b>Yaş</b>			
50-64	221 (90,9)	22 (9,1)	<b>0,007</b>
>65	168 (82,4)	36 (17,6)	
<b>Medeni durum</b>			
Bekar	11 (84,6)	2 (15,4)	0,258
Evli	287 (85,7)	48 (14,3)	
Evli fakat ayrı yaşıyor/Dul/boşanmış	91 (91,9)	8 (8,1)	
<b>Öğrenim</b>			
İlköğretim ve altı	253 (85,2)	44 (14,8)	0,103
İlköğretim üstü	136 (90,7)	14 (9,3)	
<b>Gelir durumu</b>			
<1000	49 (83,1)	10 (16,9)	0,230
1000 ve üzeri	314 (87,5)	45 (12,5)	
<b>Sigara</b>			
Evet hergün	78 (83,0)	16 (17,0)	0,388
Evet hergün değil	15 (88,2)	2 (11,8)	
Hayır	295 (88,3)	39 (11,7)	
<b>BKI</b>			
Normal	234 (87,0)	35 (13,0)	0,823
Obez	150 (87,7)	21 (12,3)	
<b>HT</b>			
Yok	222 (92,1)	19 (7,9)	<b>0,001</b>
Var	167 (81,1)	39 (18,9)	
<b>DM</b>			
Yok	316 (90,3)	34 (9,7)	<b>&lt;0,001</b>
Var	73 (75,3)	24 (24,7)	
<b>Düzenli egzersiz yapma</b>			
Evet	241 (86,7)	37 (13,3)	0,788
hayır	148 (87,6)	21 (12,4)	

p: Ki-kare testi, yüzde: satır yüzdesi

İskemik kalp hastalıklarına etki eden risk faktörleri lojistik regresyonla incelendiğinde hipertansiyonun olması 2 kat (%95 GA: 1,092-3,736), diyabetin olması 2,3 kat (%95 GA: 1,293-4,335), erkek cinsiyeti 2,2 kat (%95 GA:1,016-4,919) riski artırmaktadır (Tablo 25).

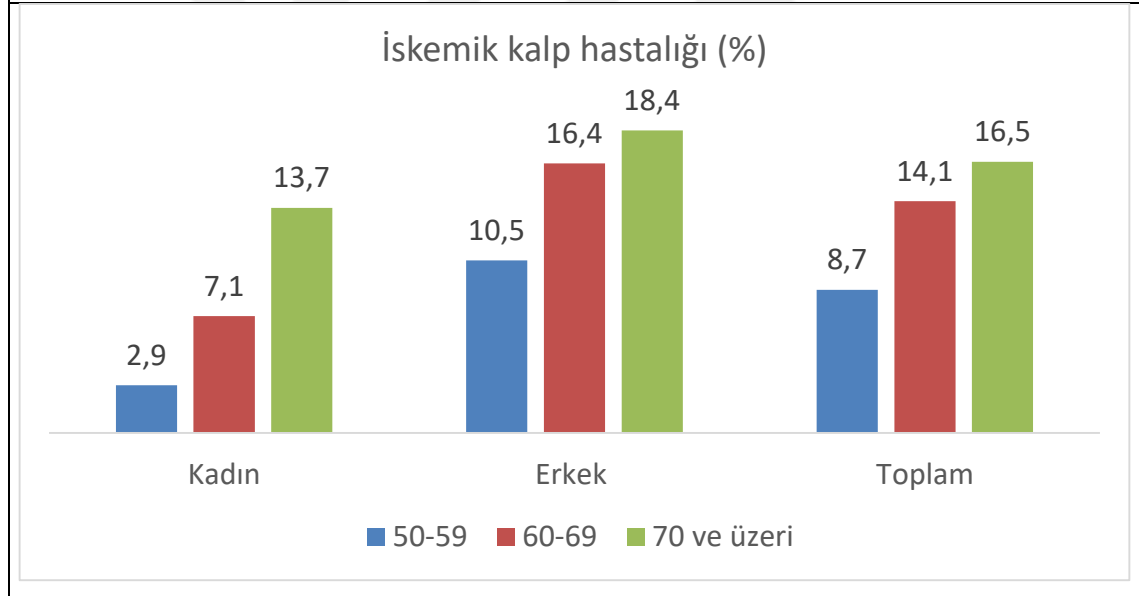
Tablo 25. İskemik kalp hastalıklarına etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi (GA: %95), Çanakkale, 2015

<b>Değişkenler</b>	<b>B</b>	<b>TRR</b>	<b>%95 GA</b>	<b>p</b>
<b>Constant</b>	-3,487	0,031		<b>&lt;0,001</b>
<b>Yaş</b>				
50-64 (0)		1,0		
>65 (1)	0,535	1,694	0,925-3,153	0,087
<b>HT</b>				
Yok (0)		1,0		
Var (1)	<b>0,822</b>	<b>2,275</b>	<b>1,191-4,345</b>	<b>0,013</b>
<b>DM</b>				
Yok (0)		1,0		
Var (1)	<b>,821</b>	<b>2,273</b>	<b>1,203-4,296</b>	<b>0,011</b>
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın (0)		1,0		
Erkek (1)	<b>0,804</b>	<b>2,236</b>	<b>1,016-4,919</b>	<b>0,046</b>

B: Regresyon katsayısı, TRR: Tahminin rölatif risk, GA: Güven aralığı, p:Backward Stepwise (Conditional) logistic regresyon analizi.

İskemik kalp hastalıkları her iki cinsiyette ve toplamda yaş ile birlikte artmaktadır ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Şekil 43).

İskemik kalp hastalıkları	50-59	60-69	70 ve üzeri	p
<b>Kadın</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
Yok	34 (97,1)	39 (92,9)	44 (86,3)	
Var	1 (2,9)	3 (7,1)	7 (13,7)	0,193
<b>Erkek</b>				
Yok	102 (89,5)	107 (83,6)	62 (81,6)	0,258
Var	12 (10,5)	21 (16,4)	14 (18,4)	
<b>Toplam</b>				
Yok	136 (91,3)	146 (85,9)	106 (83,5)	0,135
Var	13 (8,7)	24 (14,1)	21 (16,5)	

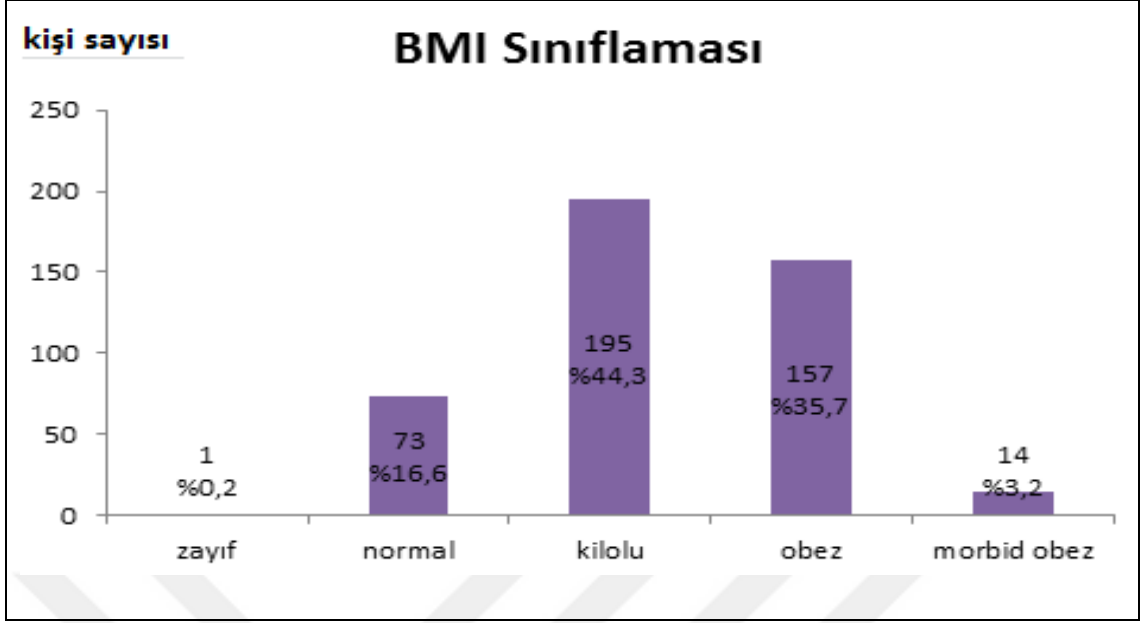


Şekil 43. İskemik kalp hastalığı sıklığının yaş ve cinsiyete göre değişimi, Çanakkale, 2015

p: Ki-Kare Testi, yüzde: sütun yüzdesi

#### 2.4 Obezite

Çalışmaya katılanların BMI'ne göre değerlendirildiğinde %44,3'ü fazla kilolu,%35,7'si obez ve %3,2'si morbid obezdir (Şekil 44). Katılımcıların bel çevresi ortalaması 103,1±11,3 cm, basen çevresi 108,0±9,9 cm'dir.



Şekil 44. Çalışmaya katılanların BMI sınıflamasına göre dağılımları, Çanakkale, 2015

Her iki cinsiyetteki bel çevresi, bel/basen oranı ve sistolik kan basıncı ortalamaları normal değerlerin üstündedir (Tablo 26).

Tablo 26. Ölçüm değerleri, Çanakkale, 2017

		Ort± ss (ortanca)	Normal Değeri
Bel çevresi (cm)	Erkek	104,0±11,3 (102,0)	<102 cm
	Kadın	100,9±10,9 (100,0)	<88 cm
Bel/Basen oranı	Erkek	0,97±0,06 (0,96)	<0,90
	Kadın	0,89±0,06 (0,89)	<0,85
Sistolik kan basıncı	Erkek	132,1±18,2 (130,0)	120-129
	Kadın	130,5±22,4 (130,0)	
Diyastolik kan basıncı	Erkek	78,1±10,7 (80,0)	80-84
	Kadın	76,7±12,3 (80,0)	

Ort: Ortalama, ss: standart sapma

Erkeklerin boy, kilo ve bel çevresi ortalaması kadınlara göre daha fazlaydı, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,031$ ).

Kadınların ise basen çevresi erkeklere göre fazladır ( $p<0,001$ ). Bel basen oranı kadınlarda  $0,89\pm0,07$ , erkeklerde  $0,97\pm0,06$  olarak anlamlı düzeyde kadınlardan fazlaydı ( $p<0,001$ ). Bel basen oranı her iki cinsiyette de normal değerlerin üstündeydi (Tablo 27).

Tablo 27. Cinsiyete göre ölçüm değerlerinin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015

	<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	
	<b>Orta± ss</b>	<b>Orta± ss</b>	<b>p</b>
Boy (cm)	153,6±8,3	170,2±7,1	<b>&lt;0,001</b>
Kilo (kg)	75,0±12,9	82,3±13,9	<b>&lt;0,001</b>
Sistolik kan basıncı (mm Hg)	130,46±22,4	132,1±18,2	0,147
Diyastolik kan basıncı (mm Hg)	76,7±12,3	78,1±10,7	0,082
Bel Çevresi (cm)	100,9±10,9	104,0±11,3	<b>0,031</b>
Basen Çevresi (cm)	112,1±9,6	106,1±11,0	<b>&lt;0,001</b>
Bel/basen	0,89±0,07	0,97±0,06	<b>&lt;0,001</b>

Ort: Ortalama, ss: standart sapma, p: Mann Whitney U testi

Genç yaş grubunun boy, kilo ve diyastolik kan basıncı ortalaması anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,003$ ) (Tablo 28). Obezite açısından yaş grubunda göre fark saptanmadı ( $p=0,817$ ) (Tablo 29).

Tablo 28. Yaş grubuna göre ölçüm değerlerinin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015

	<b>50-64 yaş</b>	<b>65 yaş ve üstü</b>	
	<b>Ort± ss</b>	<b>Ort± ss</b>	<b>p</b>
Boy (cm)	168,08±8,5	162,4±11,7	<b>&lt;0,001</b>
Kilo (kg)	82,3±12,7	77,4±14,6	<b>0,001</b>
Sistolik kan basıncı (mm Hg)	131,9±18,4	131,8±19,5	0,959
Diyastolik kan basıncı (mm Hg)	79,3±12,1	76,7±10,1	<b>0,003</b>
Randomize Kan Şekeri (mg/dl)	139,2±43,8	148,3±59,2	0,363
Bel Çevresi (cm)	102,7±10,8	102,9±11,9	0,546
Basen Çevresi (cm)	107,4±9,4	107,8±12,5	0,429

Ort: Ortalama, ss: standart sapma, p: Mann Whitney U testi

Tablo 29. Çalışmaya katılan kişilerin yaş grubuna göre BMI sınıflaması, Çanakkale, 2015

BMI sınıflama	50-64 yaş	65 yaş ve üzeri	p
	n (%)	n (%)	
Normal	39 (16,2)	35 (17,6)	0,817
Fazla Kilolu	110 (45,6)	85 (42,7)	
Obez	92 (38,2)	79 (39,7)	

n: sayı, %: sütun yüzdesi, p: Ki-Kare testi

65 yaş ve üzeri kişilerde yaş arttıkça kilo artarken boy azalmaktadır (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $r=0,443$ ;  $p=0,025$   $r=-0,158$ ) (Tablo 30).

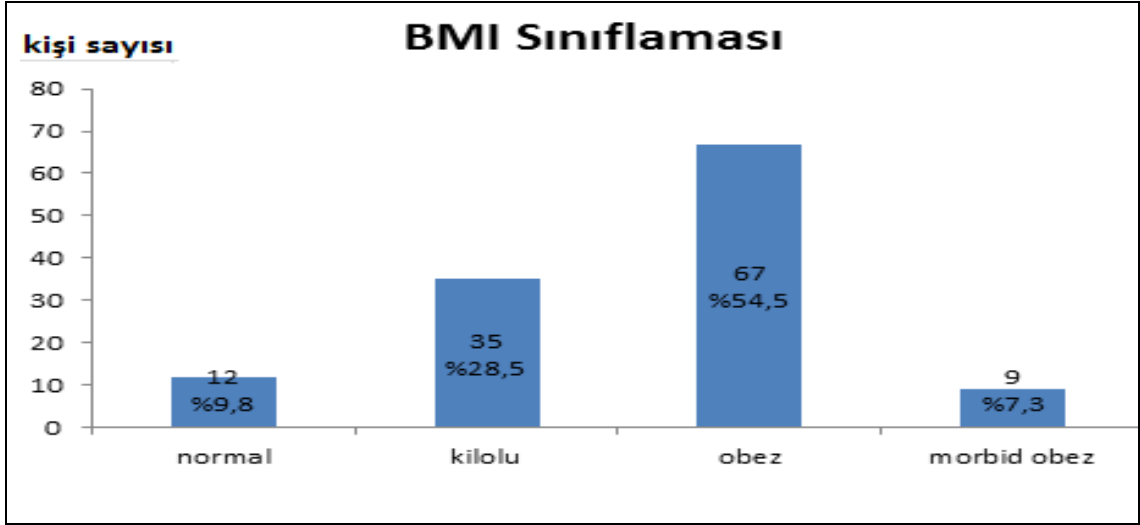
Tablo 30. Yaş gruplarında yaş ile kilo, boy, bel çevresi, basen çevresi arasındaki ilişki, Çanakkale, 2015

Yaş	Kilo	Boy	BMI	Bel çevresi	Basen çevresi
50-64	-0,042	-0,074	0,009	0,027	-0,045
65 ve üzeri	0,443**	-0,158*	-0,112	-0,087	-0,006

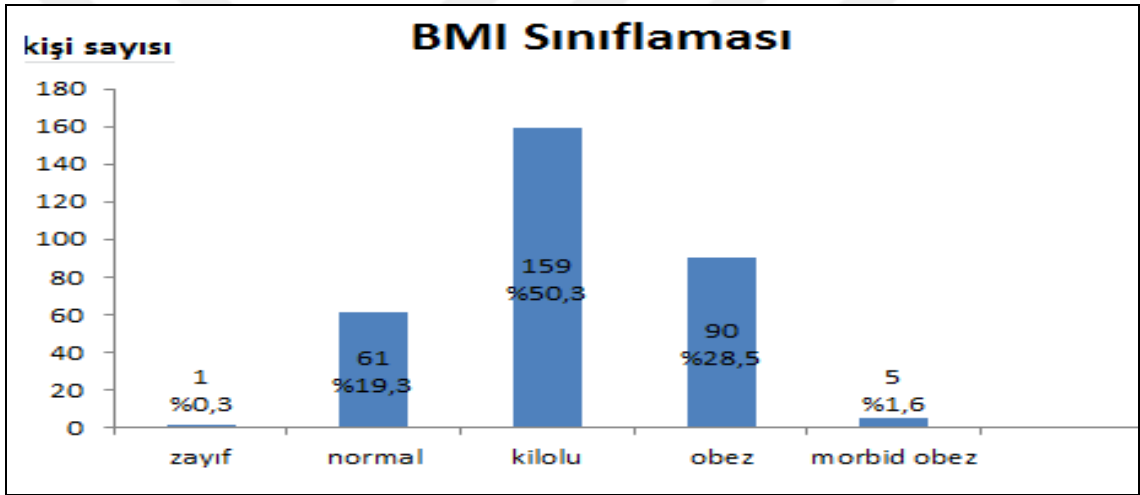
\*\*: $p<0,001$ ,\*:  $p<0,05$ , spearman korelasyon kullanılmıştır.

Katılımcıların %38,9'unda obezite saptandı. Kadınların %28,5'i kilolu, %54,5'i obez, %7,3'ü morbid obez iken erkeklerin %50,3'ü kilolu, %28,5'i obez ve %1,6'sı morbid obezdir (Şekil 45 ve 46). Kadınlar erkeklere göre daha fazla oranda obezdi fakat fazla kilolu olanlar erkeklerde fazlaydı ( $p=0,001$ ). Bekarlar, evli fakat ayrı yaşayanlar, dul ve boşanmış olanlar daha fazla oranda obezdi ( $p=0,020$ ). Hipertansiyonu olan hastalar hipertansiyonu olmayan hastalara göre daha fazla oranda obezdi ( $p<0,001$ ). Kronik hastalığı olanlarda, artrozu olanlarda obezite daha sık görüldü (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p=0,002$ ). Sigara ve alkol kullanmayanlarda obezite daha fazlaydı (sırasıyla  $p=0,002$ ;  $p=0,013$ ). Düzenli egzersiz yapma, düzenli yemek yeme ve bir işte çalışma durumu ile obezite arasında anlamlı ilişki saptanmadı (sırasıyla  $p=0,323$ ;  $p=0,052$ ;  $p=0,199$ ) (Tablo 31).





Şekil 45. Kadınlarda BMI sınıflaması, Çanakkale, 2015



Şekil 46. Erkeklerde BMI sınıflaması, Çanakkale, 2015

Tablo 31. Katılımcıların obezite durumu ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015

Değişkenler	Normal	Obez	p
<b>Yaş</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
50-64	149 (61,8)	92 (38,2)	0,744
65 ve üzeri	120 (60,3)	79 (39,7)	
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	221 (69,9)	95 (30,1)	<b>&lt;0,001</b>
Kadın	47 (38,2)	76 (61,8)	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	212 (64,0)	119 (36,0)	
Evli değil	57 (52,3)	52 (47,7)	<b>0,020</b>

Tablo 31. Katılımcıların obezite durumu ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılması, Çanakkale, 2015 (Tablo 31 devam)

<b>Kronik hastalık</b>			
Yok	89 (74,2)	31 (25,8)	<b>&lt;0,001</b>
Var	180 (56,2)	140 (43,8)	
<b>Hipertansiyon</b>			
Yok	164 (68,6)	75 (31,4)	<b>&lt;0,001</b>
Var	105 (52,2)	96 (47,8)	
<b>Diabetes Mellitus</b>			
Yok	213 (61,9)	131 (38,1)	
Var	56 (58,3)	40 (41,7)	0,524
<b>İskemik kalp hastalığı</b>			
Yok	234 (60,9)	150 (39,1)	0,823
Var	35 (62,5)	21 (37,5)	
<b>Artroz</b>			
Yok	260 (63,0)	153 (37,0)	<b>0,002</b>
Var	9 (33,3)	18 (66,7)	
<b>Sigara kullanımı</b>			
Yok	186 (56,7)	142 (43,3)	<b>0,002</b>
Var	81 (73,6)	29 (26,4)	
<b>Alkol kullanımı</b>			
Yok	179 (57,4)	133 (42,6)	<b>0,013</b>
Var	89 (70,1)	38 (29,9)	
<b>Düzenli egzersiz</b>			
Evet	107 (64,1)	60 (35,9)	0,323
Hayır	162 (59,3)	111 (40,7)	
<b>Düzenli yemek</b>			
Evet	218 (59,1)	151 (40,9)	0,052
Hayır	50 (71,4)	20 (28,6)	
Yalnız yaşama			
<b>İş durumu</b>			
Çalışan	21 (72,4)	8 (27,6)	0,199
Çalışmayan	247 (60,4)	162 (39,6)	
<b>Gelir Miktarı</b>			
1000 ve üzeri	222 (62,2)	135 (37,8)	
<1000	36 (63,2)	21 (36,8)	0,506

n: sayı, %: satır yüzdesi, p: Ki-Kare testi

Obeziteye etki eden risk faktörleri lojistik regresyon yöntemiyle incelendiğinde kadın cinsiyetinde olmak 3,2 kat (%95 GA: 1,938-5,347) , kronik hastalık varlığı 1,7 kat (%95 GA: 1,073-2,930), düşük eğitim seviyesi ise 1,9 kat (%95 GA: 0,167-0,956) obeziteyi artırırken gelir seviyesinin 1000 TL'nin altında olması obeziteden korumaktadır (Tablo 32).

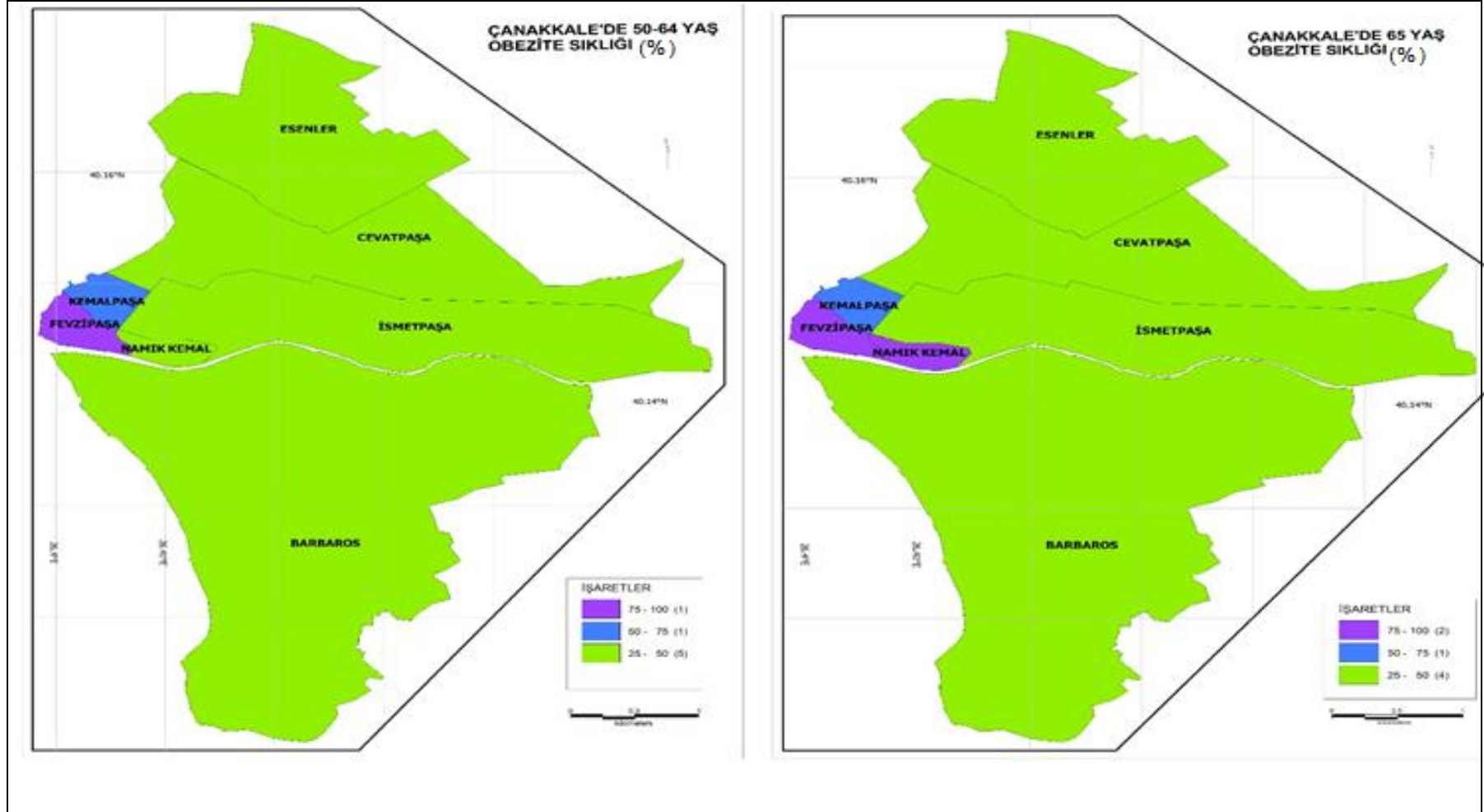
Tablo 32. Obeziteye etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi, Çanakkale, 2015

<b>Değişkenler</b>	<b>B</b>	<b>TRR</b>	<b>%95 GA</b>	<b>p</b>
<b>Constant</b>	-1,291			0,275
<b>Eğitim</b>				
Lise ve üzeri (0)		1,0		
İlköğretim ve altı (1)	<b>0,691</b>	<b>1,996</b>	<b>1,218-3,270</b>	<b>0,006</b>
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek (0)		1,0		
Kadın (1)	<b>1,169</b>	<b>3,219</b>	<b>1,938-5,347</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Kronik hastalık</b>				
Yok (0)		1,0		
Var (1)	<b>0,573</b>	<b>1,773</b>	<b>1,073-2,930</b>	<b>0,023</b>
<b>Gelir Miktarı</b>				
>2500 (0)		1,0		
1000-2500 (1)	-0,241	0,786	0,422-1,462	0,446
<1000 (2)	<b>-0,918</b>	<b>0,039</b>	<b>0,167-0,956</b>	<b>0,039</b>

B: Regresyon katsayısı, TRR: Tahminin rölatif risk, GA: Güven aralığı

p: Backward Stepwise (Conditional) logistic regresyon analizi.

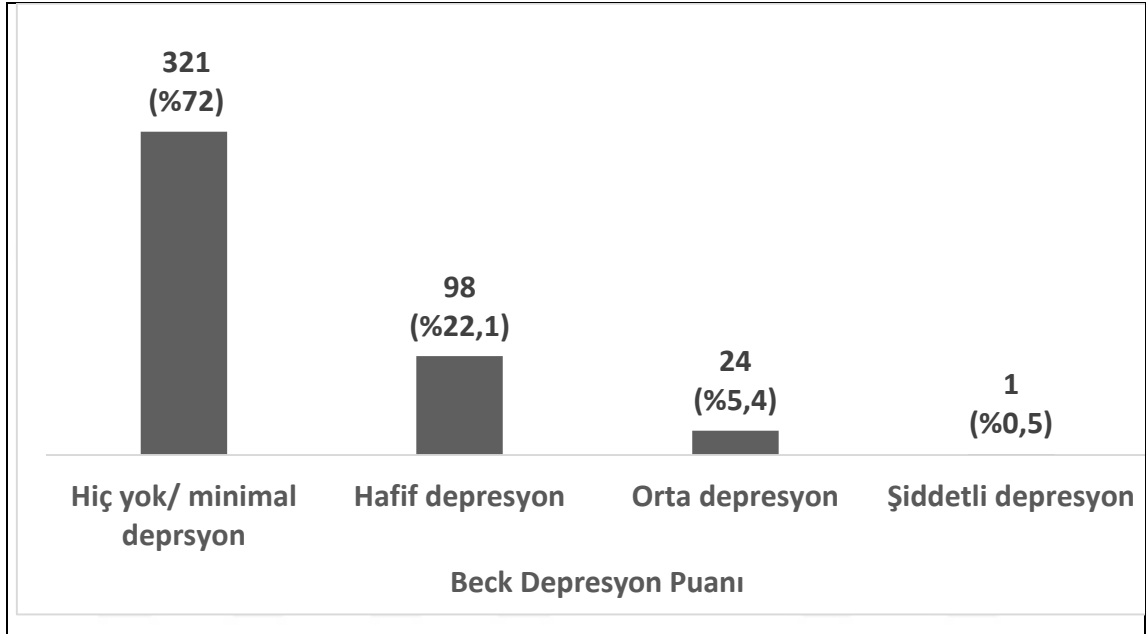
Her iki yaş grubunda obezitenin en sık olduğu yerleşim yeri Fevzipaşa'dır. Ayrıca ileri yaşta Namık Kemal'de obezite sıklığı yüksek seyretmektedir (Şekil 47).



Şekil 47. İncelenenlerin yaş grubu ve yerleşim yerine göre obezite sıklığı (%), Çanakkale, 2015  
İşaretlerdeki parantez içi sayılar mahalle sayılarını belirtmektedir.

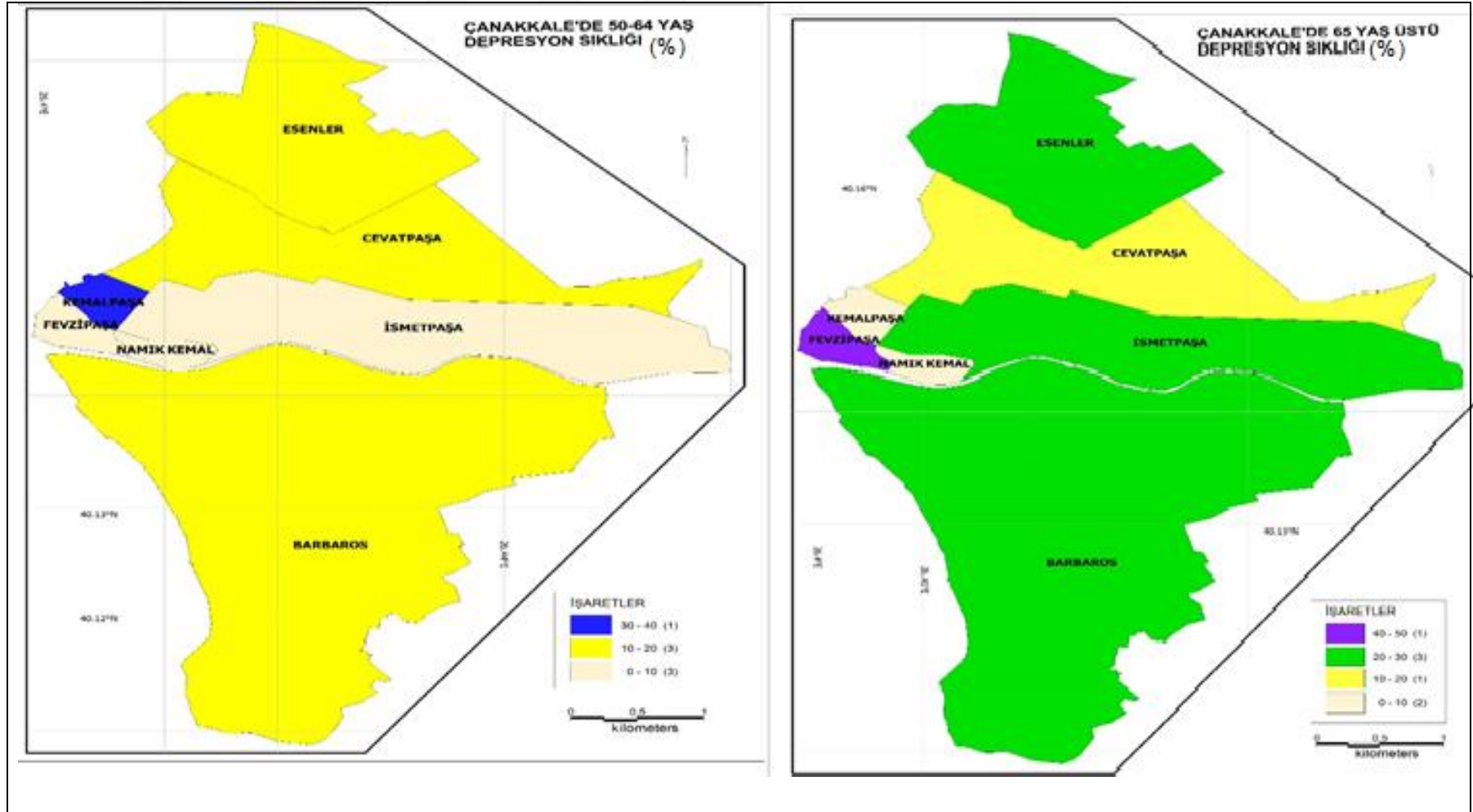
## 2.5 Depresyon

BDÖ uygulanan 444 kişinin %16,7'sinde (n:74) depresyon şüphesi tespit edilmiştir (kesim noktası 13 alındığında ). BDÖ uygulanan kişilerin %22,1'inde (n:98) hafif depresyon, %5,4'ünde (n:24) orta derecede depresyon ve %0,2'sinde (n:1) şiddetli depresyon saptanmıştır (Şekil 48).



Şekil 48. İncelenenlerin Beck depresyon puanlarına göre dağılımları, Çanakkale, 2015.

50-64 yaş grubunda depresyon en çok Kemalpaşa mahallesinde görülürken, 65 üstü yaş grubunda Fevzipaşa mahallesinde görülmektedir (Şekil 49).



Şekil 49. İncelenenlerin yaş grubu ve yerleşim yerine göre depresyon sıklığı (%), Çanakkale, 2015. İşaretlerdeki parantez içi sayılar mahalle sayılarını belirtmektedir.

Depresyon en sık boşananlarda, evli fakat ayrı yaşayanlarda ve eşi ölenlerde saptandı ( $p<0,001$ ). Kadınlarda depresyon erkeklere göre daha fazlaydı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,006$ ). Yalnız yaşayanlarda ve kronik hastalığı olanlarda depresyon daha fazlaydı (sırasıyla  $p=0,006$ ;  $p=0,002$ ). Yaş arttıkça depresyon görülme olasılığı da artmaktaydı ( $p=0,004$ ). (Şekil 50). Eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, aylık gelir miktarı, sigara ve alkol kullanımı, obezite durumu ile depresyon görülme arasında anlamlı ilişki saptanmadı (sırasıyla  $p=1,000$ ;  $p=0,877$ ;  $p=0,510$ ;  $p=0,676$ ;  $p=0,235$ ;  $p=0,858$ ) (Tablo 33).

Tablo 33. 50 yaş üstü bireylerde depresyon ve risk faktörleri arasındaki ilişki, Çanakkale, 2015

Değişkenler	Depresyon		p
	Yok n (%)	Var n (%)	
<b>Yaş</b>			
50-64	209 (86,4)	33 (13,6)	<b>0,004</b>
65-74	109 (85,2)	19 (14,8)	
75 ve üzeri	52 (70,3)	22 (29,7)	
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	96 (75,6)	31 (24,4)	<b>0,006</b>
Erkek	273 (86,4)	43 (13,6)	
<b>Eğitim Durumu</b>			
İlköğretim ve altı	245 (83,3)	49 (16,7)	1,000
Lise ve üzeri	125 (83,3)	25 (16,7)	
<b>Medeni durum</b>			
Hiç evlenmedi	11 (84,6)	2 (15,4)	<b>&lt;0,001</b>
Birlikte yaşıyor	290 (87,1)	43 (12,9)	
Evli fakat ayrı yaşıyor	4 (66,7)	2 (33,3)	
Boşandı	9 (60,0)	6 (40,0)	
Eşi öldü	56 (72,7)	21 (27,3)	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>			
Evet	348 (83,5)	69 (16,5)	0,877
Hayır	22 (84,6)	4 (15,4)	
<b>Yalnız yaşama durumu</b>			
Evet	52 (72,2)	20 (27,8)	<b>0,006</b>
Hayır	318 (85,5)	54 (14,5)	

Tablo 33. 50 yaş üstü bireylerde depresyon ve risk faktörleri arasındaki ilişki, Çanakkale, 2015 (Tablo 33 devam)

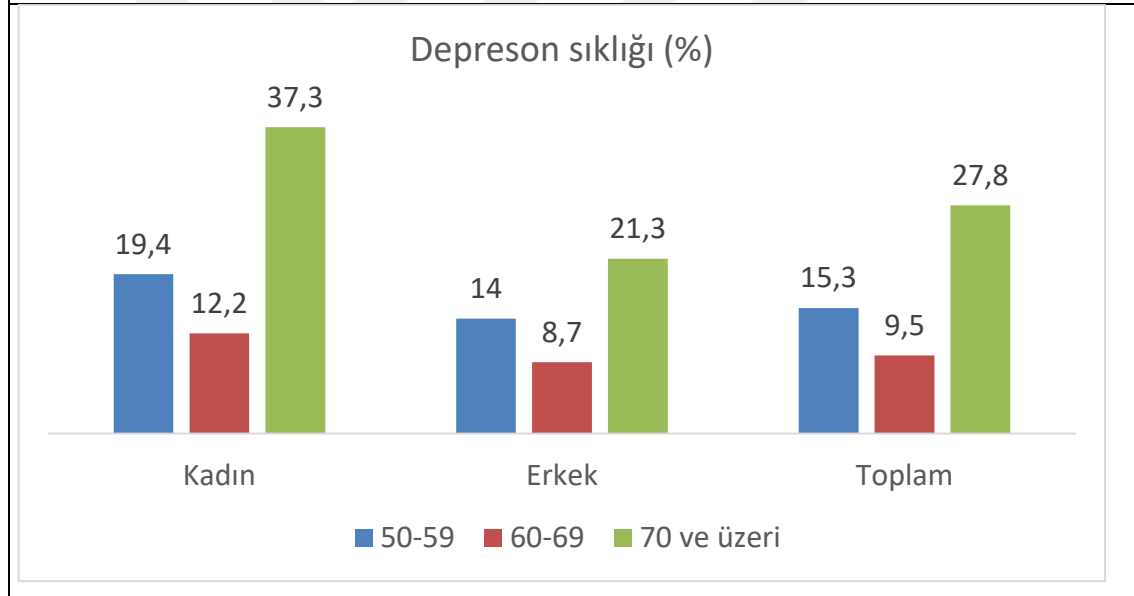
<b>Aylık gelir miktarı n=418</b>			
1000 ve üzeri	300 (84,0)	57 (16,0)	0,555
<1000	49 (84,5)	9 (15,5)	
<b>Kronik hastalık</b>			
Yok	111 (92,5)	9 (7,5)	<b>0,002</b>
Var	259 (79,9)	65 (20,1)	
<b>Sigara kullanma</b>			
Evet	93 (84,5)	17 (15,5)	0,676
Hayır	275 (82,8)	57 (17,2)	
<b>Alkol kullanma</b>			
Evet	110 (86,6)	17 (13,4)	0,235
Hayır	259 (82,0)	57 (18,0)	
<b>BMI Sınıflaması</b>			
Normal	225 (84,3)	42 (15,7)	0,858
Obez	143 (83,6)	28 (16,4)	

n: sayı, yüzde: satır yüzdesi, p= Ki-Kare testi



Depresyon her iki cinsiyette ve toplamda 70 yaş ve üzerinde en yüksek sıklıkta görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Şekil..).

Depresyon	50-59	60-69	70 ve üzeri	p
Kadın	n (%)	n (%)	n (%)	
Yok	29 (80,6)	36 (87,8)	32 (62,7)	
Var	7 (19,4)	5 (12,2)	19 (37,3)	<b>0,015</b>
Erkek				
Yok	98 (86,0)	116 (91,3)	59 (78,7)	<b>0,039</b>
Var	16 (14,0)	11 (8,7)	16 (21,3)	
Toplam				
Yok	127 (84,7)	152 (90,5)	91 (72,2)	<b>&lt;0,001</b>
Var	23 (15,3)	16 (9,5)	35 (27,8)	



Şekil 50. Depresyon sıklığının yaş ve cinsiyete göre değişimi, Çanakkale, 2015  
p: Ki-kare testi, yüzde: sütun yüzdesi

Depresyona etkiyen risk faktörleri lojistik regresyon ile incelendiğinde evli fakat ayrı yaşama, dul, boşanmış olmak 2,2 kat (%95 GA: 1,236-4,004) ve kronik hastalığa sahip olma 2,2 kat (%95 GA: 1,052-4,788) depresyonu arttırmaktadır (Tablo 34)

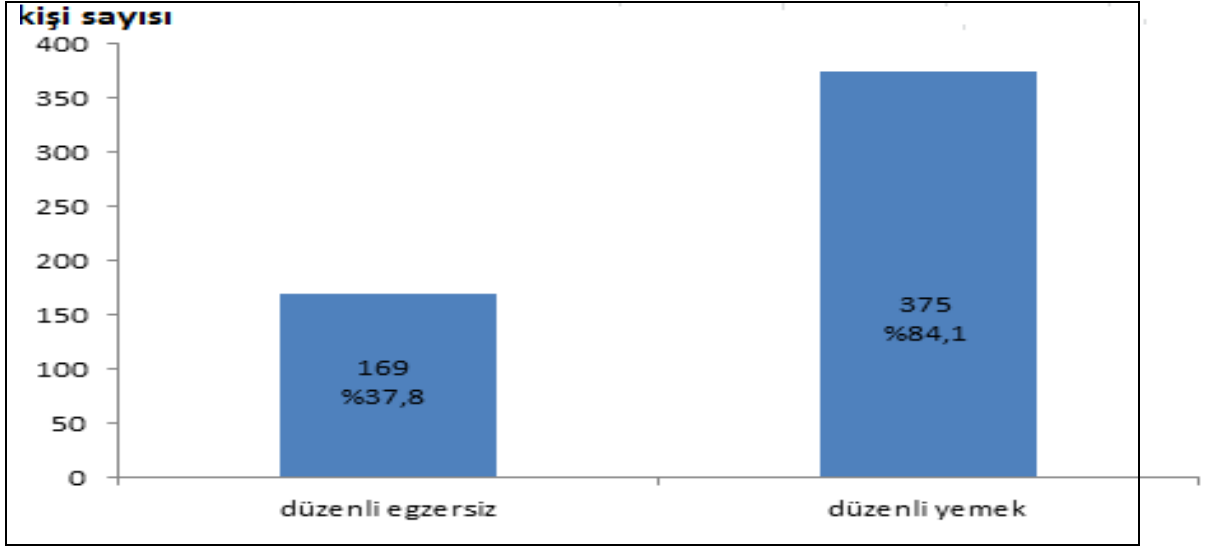
Tablo 34. Depresyona etkiyen risk faktörlerinin lojistik regresyon analizi (%95 GA ) ile incelenmesi, Çanakkale, 2015

<b>Değişkenler</b>	<b>B</b>	<b>TRR</b>	<b>%95 GA</b>	<b>p</b>
<b>Constant</b>	-2,537	0,079	-	<0,001
<b>Medeni durum</b>				
Evli (0)		1,0		0,025
Hiç evlenmedi (1)	-0,332	0,717	0,089-5,793	0,755
Evli fakat ayrı yaşıyor, dul, boşanmış (2)	<b>0,779</b>	<b>2,224</b>	<b>1,236-4,004</b>	<b>0,008</b>
<b>Kronik hastalık</b>				
Yok (0)		1,0		
Var (1)	<b>0,809</b>	<b>2,245</b>	<b>1,052-4,788</b>	<b>0,036</b>

B: Regresyon katsayısı, TRR: Tahminin rölatif risk, GA: Güven aralığı  
p: Backward Stepwise (Conditional) logistic regresyon analizi.

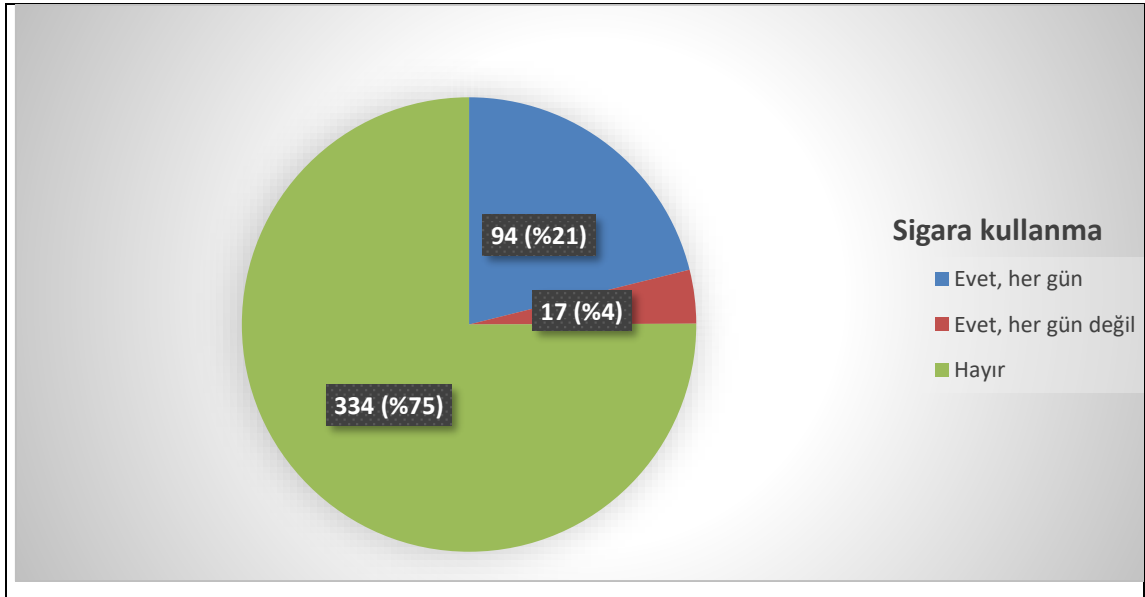
### 3. Sağlık durumunu etkileyen risk faktörleri

Çalışmaya katılanlarda düzenli yemek yiyenler fazlayken(%84,1), düzenli egzersiz yapma daha azdır (%37,8) (Şekil 51). Kadınlar erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla oranda düzenli yemek yemektedir (p=0,034). Kadınların %40,6'sı, erkeklerin ise %36,5'i düzenli egzersiz yapmaktadır ancak cinsiyete göre anlamlı farklılık yoktur (p=0,414).

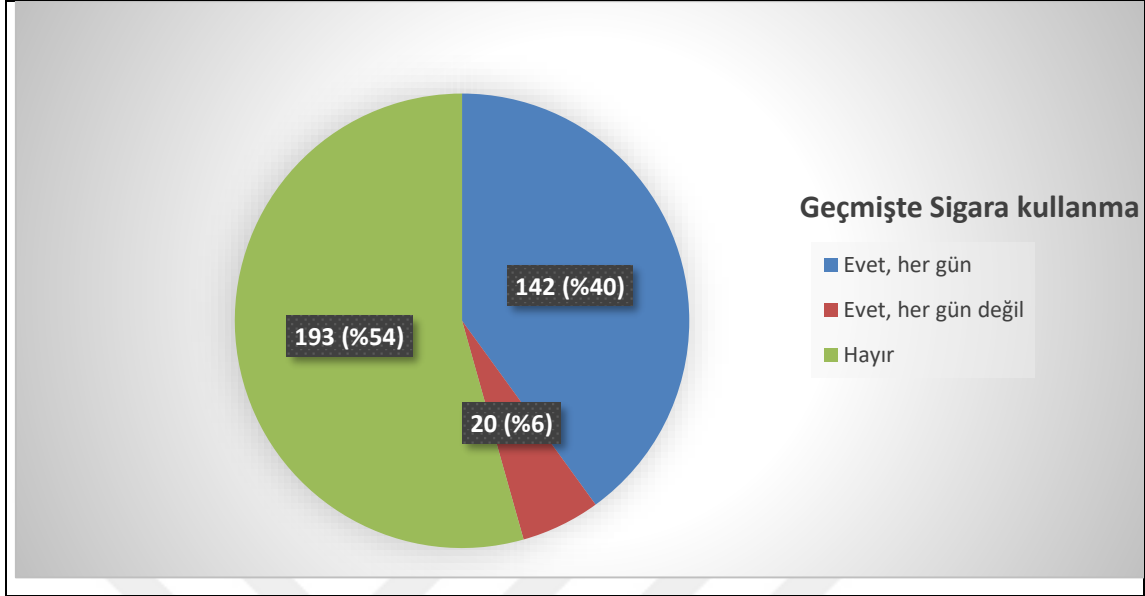


Şekil 51. Çalışmaya katılanların düzenli yemek yeme ve düzenli egzersiz yapma oranları, Çanakkale, 2015

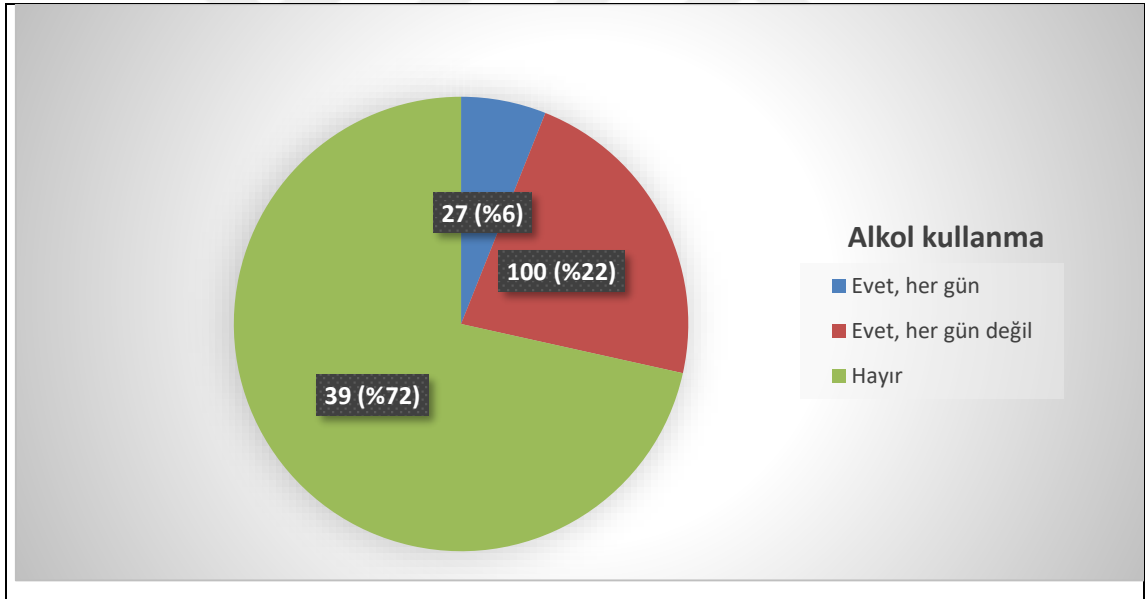
Sigara her gün kullananlar %21,1, geçmişte sigara kullananlar %40,0 ve alkol her gün kullananlar %6,1'dir (Şekil 52,53,54). Sigara kullananlar ortalama  $36,9 \pm 11,4$  yıl, geçmişte sigara kullananlar ise  $29,13 \pm 14,7$  yıl sigara kullanmışlardır. Sigara kullanımı 50-64 yaş grubunda anlamlı olarak daha fazladır ( $p=0,001$ ) iken ve alkol kullanımı açısından fark saptanmadı ( $p=0,374$ ). Gelir ve eğitim durumuna göre sigara kullanımı açısından anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla  $p=0,184$ ;  $p=0,490$ ).



Şekil 52. İncelenenlerin sigara kullanma durumları, Çanakkale, 2015.



Şekil 53. İncelenenlerin geçmişte sigara kullanma durumları, Çanakkale, 2015.



Şekil 54. İncelenenlerin alkol kullanma durumları, Çanakkale, 2015.

Genç yaş grubunda kadınların %12,5'i, erkeklerin %36,9'u, ileri yaş grubunda ise kadınlar hiç sigara kullanmazken erkeklerin %27,1'i sigara kullanmaktadır. Sigara ve alkol kullanımı her iki yaş grubunda erkeklerde daha fazladır bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla  $p < 0,001$ ;  $p < 0,001$ ;  $p < 0,001$ ;  $p < 0,001$ ) (Tablo 35)

Tablo 35. Yaş grubuna ve cinsiyete göre madde kullanımı, Çanakkale, 2015.

<b>50-64 yaş grubu</b>			
	<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	
<b>Sigara</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>
Hayır	49 (87,5)	118 (63,1)	<b>&lt;0,001</b>
Evet	7 (12,5)	69 (36,9)	
<b>Alkol</b>			
Hayır	49 (87,5)	110 (58,8)	<b>&lt;0,001</b>
Evet	7 (12,5)	77 (41,2)	
<b>&gt;65 yaş grubu</b>			
	<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	
<b>Sigara</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>
Hayır	73 (100)	94 (72,9)	<b>&lt;0,001</b>
Evet	0 (0,0)	35 (27,1)	
<b>Alkol</b>			
Hayır	72 (98,6)	88 (67,7)	<b>&lt;0,001</b>
Evet	1 (1,4)	42 (32,3)	

n: sayı, yüzde: sütun yüzdesi, p: Ki-Kare testi

#### 4. Engel durumu ve yardımcı araç kullanma durumu

Katılımcıların %5,8'inin (n:26) bedensel engeli vardır. Engel türleri işitme, yürüme ve görmedir. Görme engeli olan 1 kişi ameliyat olduğu için tek gözü tamamen görmemektedir. İşitme engeli nedeni ise daha çok yaşlılıktan ve doğuştandır. Yürüme engeli olanların nedenleri sırasıyla şöyledir: bacağına protez olduğu için, artroz, kırık, felç ve bel fıtığıdır.

Yardımcı araç olarak en sık gözlük (%52,8) ve diş protezi (%42,5) kullanılmaktaydı (Tablo 36).

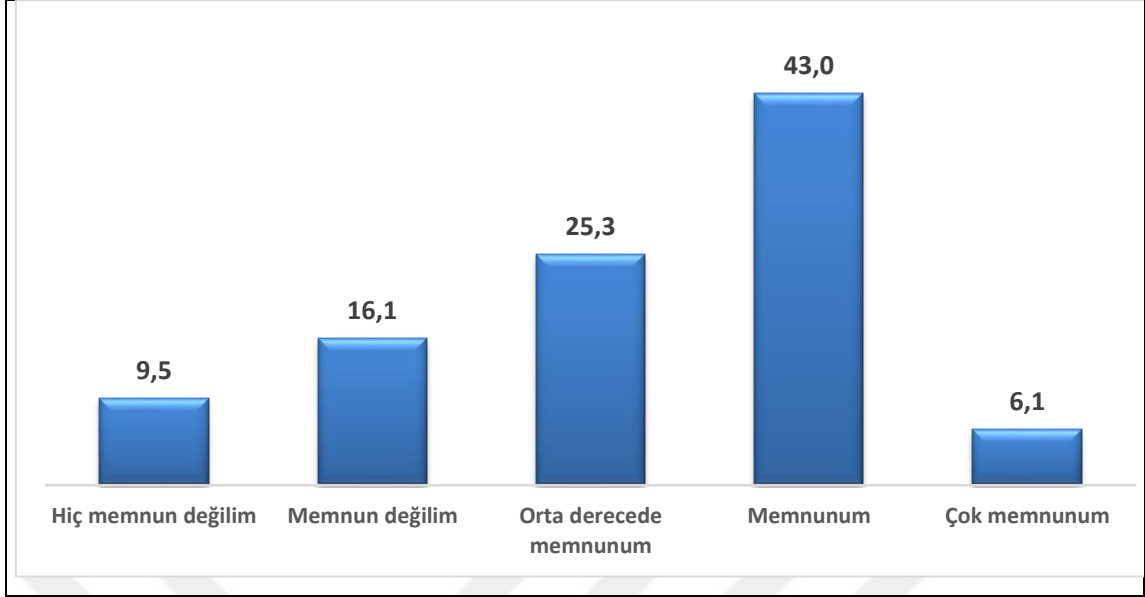
Tablo 36. Yardımcı araç kullanma durumu, Çanakkale, 2015

Yardımcı Araç	n (%)
Gözlük	365 (52,8)
Baston	21 (3,0)
Kulaklık	10 (1,4)
Diş protezi	292 (42,5)
Koltuk Değneği	2 (0,2)
Tekerlekli Sandalye	1 (0,1)

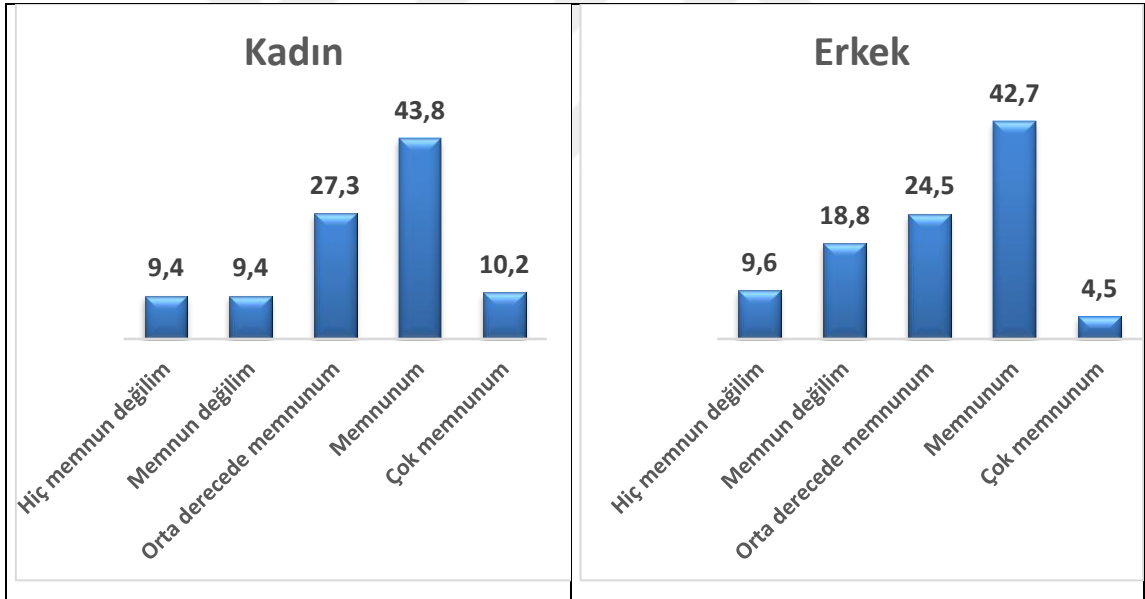
n: sayı, yüzde: sütun yüzdesi

#### 5. Yaşlanmaktan memnuniyet ve geçmişteki amaçlara ulaşma durumu

İncelenenlerin %74,4'ü yaşlanmaktan memnundur (orta derece memnun, memnun ve çok memnunların toplamı). Katılımcıların %16,1'i yaşlanmaktan memnun değil ve %9,5'i hiç memnun değildir (Şekil 55). Kadınların %81,3'ü, erkeklerin ise %71,7'si yaşlanmaktan memnundur (Şekil 56).

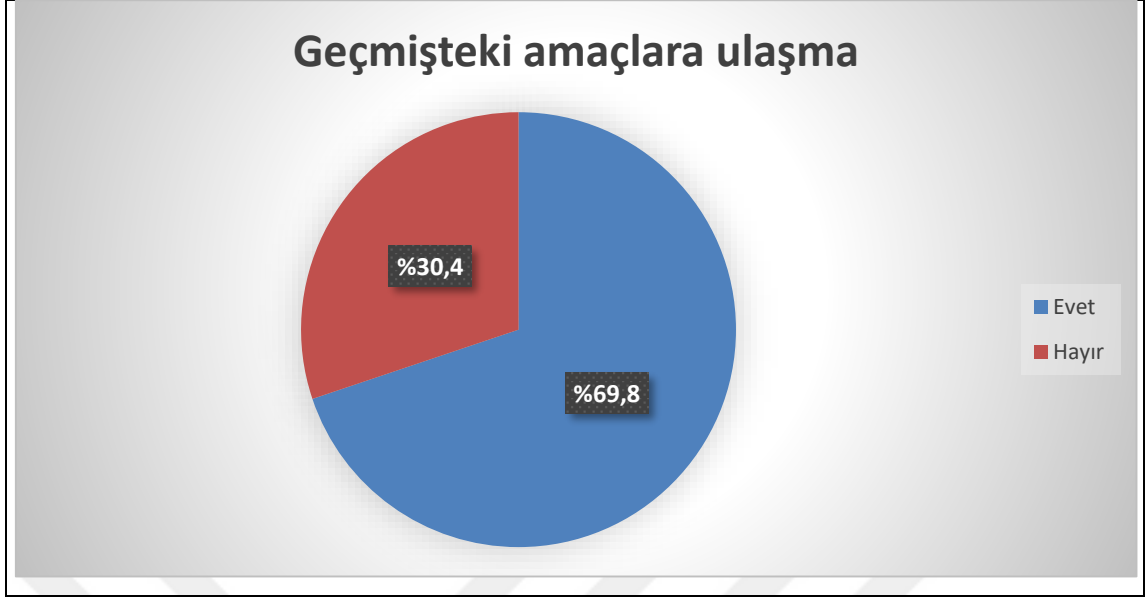


Şekil 55. İncelenenlerin yaşlanmaktan memnuniyet derecelerinin dağılımı (%), Çanakkale, 2015.

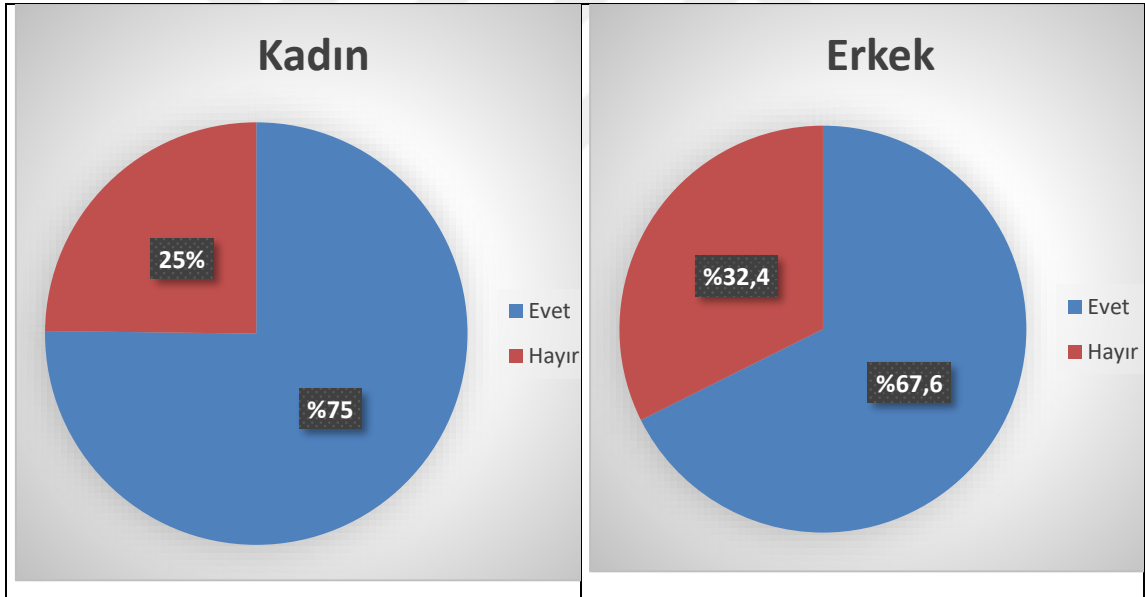


Şekil 56. İncelenenlerin cinsiyete göre yaşlanmaktan memnuniyet derecelerinin dağılımı (%), Çanakkale, 2015

Geçmişteki amaçlarına ulaşanların oranı %69,8'dir (Şekil 57). Geçmişteki amaçlarına ulaşma oranı kadınlarda %75, erkeklerde %68'dir (Şekil 58).



Şekil 57. İncelenenlerin geçmişteki amaçlarına ulaşma durumlarının dağılımı, Çanakkale, 2015.



Şekil 58. Cinsiyete göre geçmişteki amaçlarına ulaşma durumlarının dağılımı, Çanakkale, 2015.

Kadınlar, erkeklere göre daha fazla oranda yaşlanmaktan memnundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,025$ ). Kadınların %75,0'ı geçmişteki amaçlarına ulaşmışken, erkeklerin %67,6'sı amaçlarına ulaşmıştır (Tablo 37).



Tablo 37. Cinsiyete göre yaşlanmaktan memnuniyet durumu ve geçmişteki amaçlara ulaşma durumu, Çanakkale, 2015

	Kadın	Erkek	p
<b>Yaşlanmaktan memnuniyet</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
Memnun	104 (81,3)	225 (71,7)	<b>0,025</b>
Memnun değil	23 (18,7)	89 (28,3)	
<b>Geçmişteki amaçlarına ulaşma</b>			
Evet	96 (75,0)	211 (67,6)	0,126
Hayır	32 (25,0)	101 (32,4)	

Memnun:orta derecede memnun, memnun ve çok memnunların toplamı, memnun değil: hiç memnun değil, memnun değilin toplamı  
n: sayı, yüzde: sütun yüzdesi, p: ki-kare testi

65 yaş ve üzerindeki kişiler yaşlanmaktan daha çok memnundur ( $p=0,008$ ). Geçmişteki amaçlarına ulaşma oranı yine 65 yaş ve üzeri grupta daha yüksektir ancak istatistiksel olarak 50-64 yaş grubundan farklı değildir ( $p=0,127$ ) (Tablo 38).

Tablo 38. Yaş grubuna göre yaşlanmaktan memnuniyet durumu ve geçmişteki amaçlarına ulaşma durumu, Çanakkale, 2015

	50-64 yaş	65 yaş ve üzeri	p
<b>Yaşlanmaktan memnuniyet</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
Memnun	168 (69,4)	161 (80,5)	
Memnun değil	74 (30,6)	39 (19,5)	<b>0,008</b>
<b>Geçmişteki amaçlarına ulaşma</b>			
Evet	161 (66,8)	147 (73,5)	0,127
Hayır	80 (33,2)	53 (26,5)	

Memnun:orta derecede memnun, memnun ve çok memnunların toplamı, memnun değil: hiç memnun değil, memnun değilin toplamı  
n: sayı, yüzde: sütun yüzdesi, p: ki-kare testi

Yaşlanmaktan memnuniyet ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmazken geçmişteki amaçlarına ulaşamayan kişilerde depresyon anlamlı olarak fazlaydı (sırasıyla  $p=0,217$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 39).

Tablo 39. İncelenenlerin yaşlanmaktan memnuniyeti ve geçmişteki amaçlarına ulaşma durumunun depresyon ile ilişkisinin incelenmesi, Çanakkale, 2015

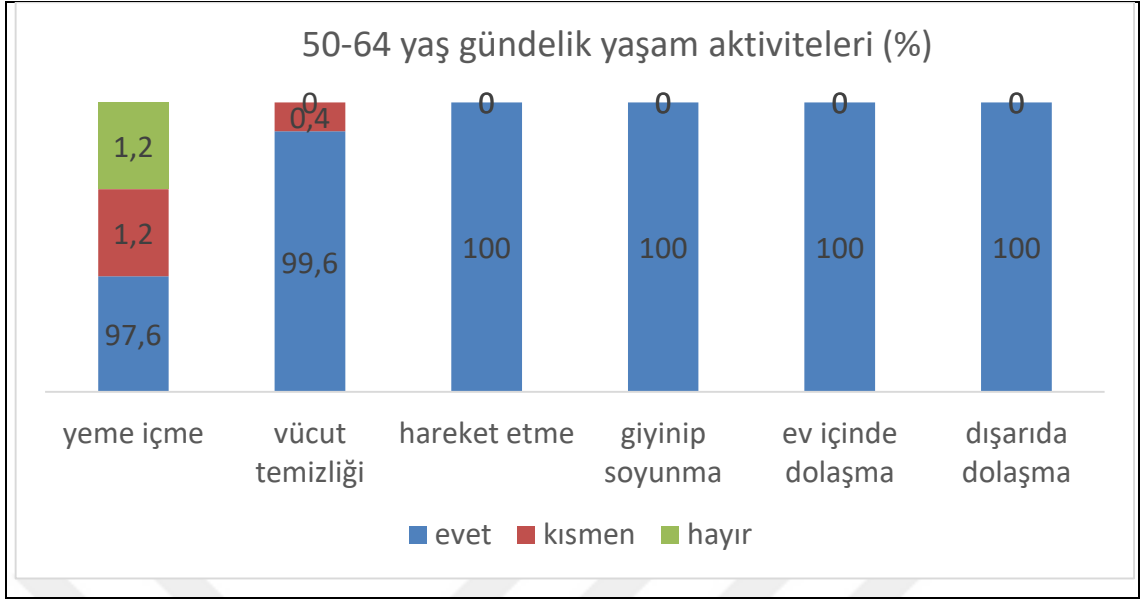
	Depresyon yok	Depresyon var	
Yaşlanmaktan memnuniyet	n (%)	n (%)	p
Memnun	90 (79,6)	23 (20,4)	0,217
Memnun değil	276 (84,7)	50 (15,3)	
Geçmişteki amaçlarınıza ulaştınız mı?			
Evet	270 (88,2)	36 (11,8)	<b>&lt;0,001</b>
Hayır	96 (72,7)	36 (27,3)	

Memnun:orta derecede memnun, memnun ve çok memnunların toplamı, memnun değil: hiç memnun değil, memnun değilin toplamı  
n: sayı, yüzde: sütun yüzdesi, p: ki-kare testi

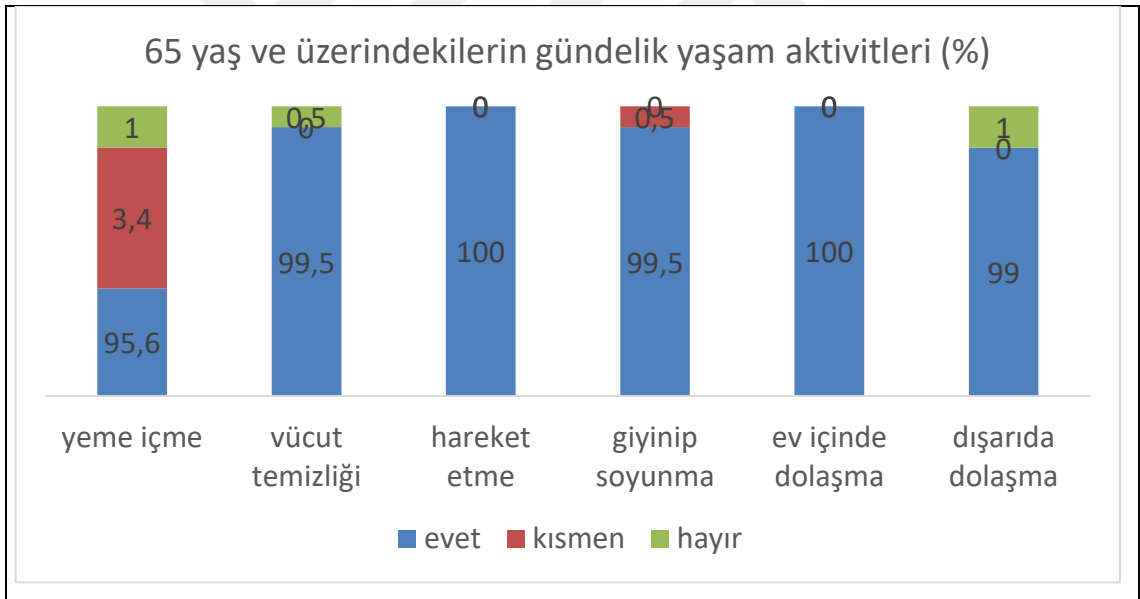
Eğitim durumu ile yaşlanmaktan memnuniyet arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (p=378).

## 6. Gündelik yaşam aktiviteleri

50-64 yaş grubundakilerin %1,2'si kısmen kendi yeme içme gereksinimi karşılarken,%1,2'si tek başına karşılayamamaktadır. Aynı yaş grubunda %0,4'ü kısmen kendi vücut temizliğini yapabilmektedir (Şekil 59). İleri yaş grubunda %3,4'ü kısmen kendi yeme içme gereksinimi karşılarken, %1'i tek başına karşılayamamaktadır. %0,5'i kendi vücut temizliğini yapamazken, %1'i tek başına dışarıda dolaşamamaktadır (Şekil 60):



Şekil 59. 50-64 yaş grubundakilerin gündelik yaşam aktivitelerinin dağılımı, Çanakkale, 2015



Şekil 60. 65 yaş ve üzerindeki insanların gündelik yaşam aktivitelerinin dağılımı, Çanakkale, 2015

## 7. Düşme durumu

Çalışmaya katılanların %8,9'u son altı ay içinde evde düşmüş ve %15,9'unda yaralanma meydana gelmiştir. Son altı ayda dışarıda düşme oranı %10,1 ve yaralanma oranı %13,9'dur (Tablo 40).

Tablo 40. İncelenenlerin son altı ay içinde evde ve dışarıda düşme durumlarının dağılımları, Çanakkale, 2015

<b>Son altı ay içinde evde düşme (n=447)</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Evet	40	8,9
Hayır	407	91,1
<b>Evde düşme sonucu yaralanma oldu mu? (n=88)</b>		
Evet	14	15,9
Hayır	74	84,1
<b>Son altı ay içinde dışarıda düşme (n=444)</b>		
Evet	45	10,1
Hayır	399	89,9
<b>Dışarıda düşme sonucu yaralanma oldu mu? (n=101)</b>		
Evet	14	13,9
Hayır	87	86,1

n: sayı, Yüzde: sütun yüzdesi

Kadınlar erkeklere göre daha fazla oranda evde ve dışarıda düşmüştür (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ) (Tablo 41).

Tablo 41. Cinsiyete göre düşme durumunun dağılımı, Çanakkale, 2015

	<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	
<b>Son altı ayda evde düşme</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>
Evet	22 (17,2)	18 (5,7)	<b>&lt;0,001</b>
Hayır	106 (82,8)	300 (94,3)	
<b>Son altı ayda dışarıda düşme</b>			
Evet	23 (18,1)	22 (7,0)	<b>&lt;0,001</b>
Hayır	104 (81,9)	294 (93,0)	

n: sayı, yüzde: sütun yüzdesi ,p: Ki-kare testi

65 yaş ve üstü kişiler genç gruba göre daha fazla oranda evde ve dışarıda düşmüştür (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p=0,008$ ) (Tablo 42).

Tablo 42. Yaş grubuna göre düşme durumunun dağılımı, Çanakkale, 2015

	50-64 yaş		p
	n (%)	65 yaş ve üzeri n (%)	
<b>Son altı ayda evde düşme</b>			
Evet	11 (4,5)	29 (14,2)	<b>&lt;0,001</b>
Hayır	232 (95,5)	175 (85,8)	
<b>Son altı ayda dışarıda düşme</b>			
Evet	16 (6,6)	29 (14,3)	<b>0,008</b>
Hayır	225 (93,4)	174 (85,7)	

n: sayı, yüzde: sütun yüzdesi ,p: Ki-kare testi

Son altı ayda evde düşenlerin %11,3' ünün ve dışarıda düşenlerin %3,3'ünün kronik hastalığı vardı, bu istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla p=0,002; p=0,002) (Tablo 43).

Tablo 43. Kronik hastalık durumuna göre düşmenin dağılımı, Çanakkale, 2015

	Kronik hastalık		p
	Var n (%)	Yok n (%)	
<b>Son altı ayda evde düşme</b>			
Evet	37 (11,3)	3 (2,5)	<b>0,002</b>
Hayır	289 (88,7)	117 (97,5)	
<b>Son altı ayda dışarıda düşme</b>			
Evet	41 (12,7)	4 (3,3)	<b>0,002</b>
Hayır	282 (87,3)	116 (96,7)	

n: sayı, yüzde: sütun yüzdesi ,p: Ki-kare testi

## 8. Sağlık hizmeti kullanım durumları

Çalışmaya katılanların %97,5'inin sağlık güvencesi vardır. Çalışmaya katılanların en son sağlık hizmeti alma zamanına bakıldığında %35,5'i 1 ay önce ve %31,2'si 1 hafta önce sağlık hizmeti almıştır. 1 yıldan uzun süredir sağlık hizmeti almayanların oranı %8,1'dir. En son başvuru yapılan sağlık kurumu en sık devlet hastanesi (%42,9) ve aile hekimliğidir (%40,9). Çalışmaya katılanların en son başvurdukları sağlık kuruluşunu tercih sebepleri; en sık bulunduğu yere yakın olması (%40,9), hizmetinden memnun olması (%27,4), alışkanlıktandır (%13,5)

(Tablo..). Diğer sebepleri şunlardır; sevk nedeniyle, tetkik imkanın olması ve zorunluluktan. En son sağlık kuruluşuna başvuru sebebi sıklık sırasına göre şöyledir; hastalık nedeniyle (%45,9), ilaç yazdırmak için (%30,2), kontrol amacıyla (%22,4) (Tablo..). Diğer seçeneğinde: diyet ve ihtiyaçtan cevapları vardı. En son sağlık harcamasına bakıldığında %62,2'si sosyal güvence ile %34,2'si hem sosyal güvence hem cepten ödeme yaparken % 3,4'ü sadece cepten ödeme yapmıştı (Tablo 44). Diğer seçeneğinde: gazilikten dolayı ücretsiz cevabı vardı.

Tablo 44. İncelenenlerin sağlık hizmeti kullanım durumları, Çanakkale, 2015

<b>Sosyal güvence durumu (n=441)</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Evet	430	97,5
Hayır	11	2,5
<b>En son ne zaman sağlık hizmeti aldınız? (n=445)</b>		
1 hafta	139	31,2
1 ay	158	35,5
6 ay	92	20,7
1 yıl	20	4,5
1 yıldan uzun	36	8,1
<b>En son hangi sağlık kurumuna başvurduunuz? (n=445*)</b>		
Aile hekimi	182	40,9
Devlet hastanesi	191	42,9
Özel poliklinik	7	1,6
Özel hastane	10	2,2
Üniversite hastanesi	36	8,1
Ağız diş hastanesi	17	3,8
Askeri Hastane	2	0,4

Tablo 44. İncelenenlerin sağlık hizmeti kullanım durumları, Çanakkale, 2015  
(Tablo 44 devam)

<b>Sağlık kuruluşu tercih sebebi (n=561*)</b>		
Ekonomik olarak uygun olması	44	7,8
Bulunduğu yere yakın olması	229	40,9
Hizmetinden memnun olması	154	27,4
Tavsiye	24	4,3
Kuruluşta tanıdık birinin olması	19	3,4
Alışkanlıktan	76	13,5
Diğer	15	2,7
<b>En son sağlık kuruluşuna başvuru sebebi (n=451*)</b>		
Hastalık	207	45,9
Kontrol	101	22,4
İlaç yazdırmak	136	30,2
Acil tedavi	5	1,1
Diğer	2	0,4
<b>Sağlık harcaması (n=445*)</b>		
Sosyal güvence ile	277	62,2
Cepten	15	3,4
Hem sosyal güvence hem cepten	152	34,2
Diğer	1	0,2

\*: birden fazla seçenek işaretlendi, n: sayı, yüzde: sütun yüzdesi

Katılımcıların %44,5'i doktorluk hizmetinden memnunken %35,4'ü çok memnundur, %1,4'ü hiç memnun değildir. Katılımcıların % 45,4'ü doktorun hastalara sağlık durumu hakkında bilgi vermesinden memnun, % 34,2'si çok memnundur. Hiç memnun olmayanların oranı %1,4'tür. Hemşirelik hizmetinden memnun ve çok memnun olanların oranı %84,4, sekreterlik hizmetinden memnun ve çok memnun olanların oranı %83,3'tür. Katılımcıların%81,6'sı randevu almadan, %79,9'u bekleme süresi ve sağlık kurumunun temizliğinden memnun ve çok memnun cevaplarını vermiştir (Tablo 45).

Tablo 45. İncelenenlerin en son başvurdukları sağlık kuruluşundan memnuniyet durumları, Çanakkale, 2015

	<b>Hiç memnun değil n (%)</b>	<b>Memnun değil n (%)</b>	<b>Orta derecede memnun n (%)</b>	<b>Memnun n (%)</b>	<b>Çok memnun n (%)</b>
Doktorluk Hizmetinin Genel Kalitesi (n=438)	6 (1,4)	25 (5,7)	57 (13,0)	195 (44,5)	155 (35,4)
Doktorun Sağlık Durumunuz Hakkında Bilgi Verme Durumu (n=441)	6 (1,4)	29 (6,6)	55 (12,5)	200 (45,4)	151 (34,2)
Hemşirelik Hizmetinin Genel Kalitesi (n=365)	6 (1,6)	14 (3,8)	37 (10,1)	169 (46,3)	139 (38,1)
Sekreterlik Hizmetinin Genel Kalitesi (n=336)	3 (0,9)	11 (3,3)	42 (12,5)	160 (47,6)	120 (35,7)
Randevu Alma Süresi Hakkındaki Görüşünüz (n=360)	8 (2,2)	16 (4,4)	43 (11,9)	167 (46,4)	126 (35,0)
Bekleme Süresi Hakkındaki Görüşünüz (n=418)	8 (1,9)	17 (4,1)	59 (14,1)	194 (46,4)	140 (33,5)
Sağlık Kurumunun Genel Temizlik Durumu (n=437)	6 (1,4)	11 (2,5)	64 (14,6)	211 (48,3)	145 (33,2)

n: sayı, yüzde: satır yüzdesi



## 9. Yaşam Kalitesi

Avrupa sağlık etki ölçeği (EUROHİS) yaşam kalitesini ölçeği 8 soruluk bir ölçektir. Ölçek puanının artması yaşam kalitesinin arttığı yönünde yorumlanmaktadır. EUROHİS toplam puan ortalaması 30,3±4,7'dir (min-max: 16-40). 'Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?', Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?', Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?, Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?' sorularında kadınlar erkeklerde göre daha yüksek puan almıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla p=0,031; p=0,010; p=0,001; p=0,031). Diğer sorularda ve EUROHİS toplam puanının yüzdesi cinsiyete göre fark saptanmadı (Tablo 46).

Tablo 46. İncelenenlerin EUROHİS ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımları, Çanakkale, 2015

<b>Eurohis Ölçek Soruları</b>	<b>Kadın Ort±ss</b>	<b>Erkek Ort±ss</b>	<b>p</b>
Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	3,68±0,87	3,56±0,80	<b>0,031</b>
Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	3,62±0,99	3,65±1,81	0,912
Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	3,72±0,89	3,80±0,81	0,288
Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	3,83±0,91	3,85±0,78	0,998
Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	4,15±0,90	3,97±0,79	<b>0,010</b>
Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	4,27±0,82	4,06±0,73	<b>0,001</b>
Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	3,59±1,10	3,36±1,05	0,065
Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	4,06±0,94	3,93±0,81	<b>0,031</b>
<b>EUROHİS Toplam Puan (0-32)</b>	22,91±5,22	22,18±4,54	0,279
<b>EUROHİS Ortalama Puan (0-4)</b>	2,86±0,65	2,77±0,56	0,279
<b>EUROHİS 100 puan (0-100)</b>	71,60±16,32	69,33±14,20	0,279

Ort: ortalama, ss: standart sapma, p: Mann Whitney U Testi

Yaş grubuna göre EUROHIS ölçek puanı değerlendirildiğinde 65 yaş ve üstü yaş grubu, 'Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?' sorusundan daha yüksek puan alırken 'Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?' sorusundan daha düşük puan almıştır (sırasıyla, p= 0,028; p= 0,006). Diğer sorularda ve EUROHIS toplam puanının yüzdesinde her iki yaş grubu arasında istatistiksel fark saptanmamıştır (Tablo 47).

Tablo 47. İncelenenlerin EUROHIS ölçek puanlarının yaş gruplarına göre dağılımları, Çanakkale, 2015

Eurohis Ölçek Soruları	50-64 yaş	65 yaş ve üstü	p
	Ort±ss	Ort±ss	
Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	3,52±0,83	3,67±0,81	0,093
Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	3,72±0,78	3,55±0,95	0,066
Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	3,90±0,73	3,64±0,93	<b>0,006</b>
Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	3,92±0,76	3,75±0,88	0,053
Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	4,04±0,79	4,01±0,86	0,802
Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	4,10±0,74	4,14±0,78	0,489
Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	3,40±1,11	3,46±1,02	0,662
Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	3,90±0,84	4,05±0,86	<b>0,028</b>
<b>EUROHIS Toplam Puan (0-32)</b>	22,50±4,63	22,27±4,89	0,693
<b>EUROHIS Ortalama Puan (0-4)</b>	2,81±0,57	2,78±0,61	0,693
<b>EUROHIS 100 puan (0-100)</b>	70,34±14,48	69,59±15,30	0,693

Ort: ortalama, ss: standart sapma, p: Mann Whitney U Testi

Eğitim durumuna göre EUROHIS ölçek puanı değerlendirildiğinde eğitimi yüksek kişilerin 'Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?' ve

'Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?' sorularından daha yüksek puan almıştır (sırasıyla, p= 0,028; p= 0,006). (Tablo 48).

Tablo 48. İncelenenlerin EUROHİS ölçek puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması, Çanakkale, 2015

<b>Eurohis Ölçek Soruları</b>	<b>İlköğretim ve altı Ort±ss</b>	<b>Lise ve üzeri Ort±ss</b>	<b>p</b>
Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	3,60±0,81	3,58±0,86	0,093
Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	3,63±0,90	3,68±0,79	0,066
Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	3,70±0,86	3,92±0,77	<b>0,006</b>
Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	3,77±0,84	3,99±0,76	0,053
Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	3,99±0,83	4,09±0,82	0,802
Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	4,14±0,77	4,07±0,75	0,489
Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	3,36±1,09	3,57±1,01	0,662
Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	3,91±0,87	4,08±0,81	<b>0,028</b>
<b>EUROHIS Toplam Puan (0-32)</b>	22,1±4,88	22,9±4,48	0,706
<b>EUROHIS Ortalama Puan (0-4)</b>	2,76±0,61	2,87±0,56	0,706
<b>EUROHIS 100 puan (0-100)</b>	69,0±15,2	71,7±14,0	0,706

Ort: ortalama, ss: standart sapma, p: Mann Whitney U Testi

Kronik hastalık varlığına göre EUROHIS ölçek puanı değerlendirildiğinde 'Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?', 'Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?', 'Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?' sorularından ve toplam puanlardan anlamlı olarak kronik hastalığı olmayanlar daha yüksek puan almıştır (sırasıyla p<0,001; p<0,001; p=0,010; p=0,004; p=0,004; p=0,004;) (Tablo 49).

Tablo 49. İncelenenlerin EUROHİS ölçek puanlarının kronik hastalık varlığına göre dağılımları, Çanakkale, 2015

Eurohis Ölçek Soruları	Kronik hastalık		p
	Yok Ort±ss	Var Ort±ss	
Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	3,63±0,81	3,58±0,83	0,428
Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	3,93±0,73	3,54±0,88	<b>&lt;0,001</b>
Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	4,03±0,70	3,68±0,0,86	<b>&lt;0,001</b>
Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	4,02±0,70	3,78±0,83	<b>0,010</b>
Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	4,13±0,68	3,99±0,87	0,257
Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	4,15±0,74	4,10±0,77	0,580
Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	3,52±1,04	3,39±1,08	0,335
Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	3,98±0,73	3,97±0,89	0,588
<b>EUROHIS Toplam Puan (0-32)</b>	<b>23,4±4,3</b>	<b>22,0±4,83</b>	<b>0,004</b>
<b>EUROHIS Ortalama Puan (0-4)</b>	<b>2,92±0,54</b>	<b>2,75±0,60</b>	<b>0,004</b>
<b>EUROHIS 100 puan (0-100)</b>	<b>73,1±13,6</b>	<b>68,8±15,1</b>	<b>0,004</b>

Ort: ortalama, ss: standart sapma, p: Mann Whitney U Testi

Diyabete göre EUROHIS ölçek puanı değerlendirildiğinde her iki grup arasında istatistiksel fark saptanmadı.

Hipertansiyonu varlığına göre EUROHIS ölçek puanı değerlendirildiğinde 'Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?', 'Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?', 'Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?' sorularından toplam, ortalama ve yüzde puanda anlamlı olarak hipertansiyonu olmayanlar daha yüksek puan almıştır (sırasıyla p=0,001; p=0,004; p=0,019; p=0,031; p=0,031) (Tablo 50).

Tablo 50. İncelenenlerin EUROHİS ölçek puanlarının hipertansiyon varlığına göre dağılımları, Çanakkale, 2015

Eurohis Ölçek Soruları	Hipertansiyon		p
	Yok Ort±ss	Var Ort±ss	
Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	3,62±0,84	3,56±0,81	0,336
Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	3,77±0,81	3,50±0,89	<b>0,001</b>
Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	3,90±0,77	3,64±0,88	<b>0,004</b>
Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	3,92±0,77	3,75±0,87	0,048
Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	4,12±0,76	3,92±0,88	<b>0,019</b>
Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	4,14±0,72	4,09±0,80	0,698
Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	3,43±1,07	3,42±1,07	0,975
Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	3,96±0,83	3,99±0,88	0,566
<b>EUROHIS Toplam Puan (0-32)</b>	<b>22,88±4,57</b>	<b>21,85±4,92</b>	<b>0,031</b>
<b>EUROHIS Ortalama Puan (0-4)</b>	<b>2,86±0,57</b>	<b>2,73±0,61</b>	<b>0,031</b>
<b>EUROHIS 100 puan (0-100)</b>	<b>71,51±14,28</b>	<b>63,30±15,37</b>	<b>0,031</b>

Ort: ortalama, ss: standart sapma, p: Mann Whitney U Testi

Depresyona göre EUROHIS ölçek puanı değerlendirildiğinde depresyonu olmayanların EUROHIS yaşam kalitesi puanlarının tümü depresyonu olanlardan yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 51).

Tablo 51. İncelenenlerin EUROHİS ölçek puanlarının depresyon varlığına göre dağılımları, Çanakkale, 2015

Eurohis Ölçek Soruları	Depresyon		p
	Yok Ort±ss	Var Ort±ss	
Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	3,70±0,78	3,05±0,84	<0,001
Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	3,79±0,76	2,92±0,97	<0,001
Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	3,91±0,75	3,14±0,92	<0,001
Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	3,98±0,74	3,18±0,88	<0,001
Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	4,15±0,72	3,39±0,99	<0,001
Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	4,21±6,87	3,64±0,93	<0,001
Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	3,51±0,99	3,00±1,34	0,002
Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	4,03±0,78	3,68±1,12	0,024
<b>EUROHIS Toplam Puan (0-32)</b>	23,29±4,23	17,98±4,77	<0,001
<b>EUROHIS Ortalama Puan (0-4)</b>			
<b>EUROHIS 100 puan (0-100)</b>	72,80±13,23	56,20±14,93	<0,001

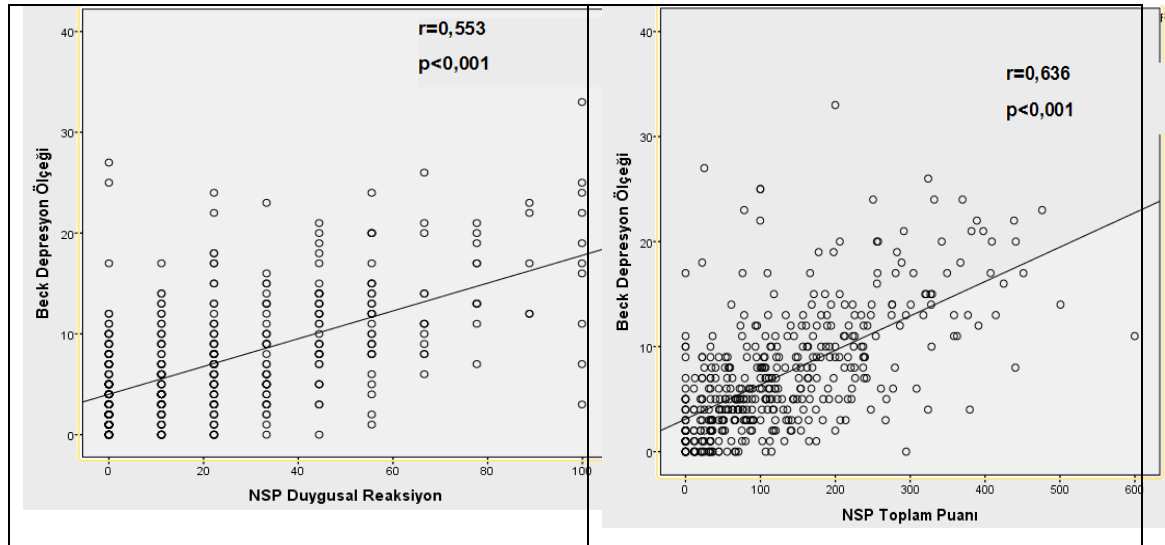
Ort: ortalama, ss: standart sapma, p: Mann Whitney U Testi

BDÖ ile EUROHIS ölçeği sorularından ilk 6 soru ve EUROHIS toplam puan yüzdesi ile negatif yönlü orta derecede ilişki, son iki soru ile negatif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır (Tablo..). BDÖ ile yaş arasında pozitif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır (p=0,007, r=0,127). BDÖ ile aylık gelir miktarı arasında negatif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır (p=0,028, r=-0,108) (Tablo 52). Yaş arttıkça gelir miktarı azalmaktadır (p<0,001, r=-0,225).

Tablo 52. EUROHİS ve NSP ile BDÖ, yaş ve aylık gelir miktarı arasındaki ilişki  
Çanakkale, 2015

Değişkenler	BDÖ	Yaş	Gelir miktarı
EUROHIS 1	-0,249**	0,106*	0,134*
EUROHIS 2	-0,397**	-0,048	0,074
EUROHIS 3	-0,361**	-0,100*	0,146*
EUROHIS 4	-0,408**	-0,064	0,146*
EUROHIS 5	-0,361**	0,012	0,088
EUROHIS 6	-0,249**	0,036	0,013
EUROHIS 7	-0,177**	0,069	0,262**
EUROHIS 8	-0,169**	0,147*	0,199**
EUROHIS Toplam Puan	-0,446**	0,016	0,203**
NSP Ağrı	0,312**	0,254**	-0,197**
NSP Enerji Seviyesi	0,435**	0,175**	-0,277**
NSP Duygusal Reaksiyonlar	0,553**	0,068	-0,136*
NSP Uyku	0,462**	0,119*	-0,154*
NSP Sosyal Etkileşim	0,348**	0,035	-0,080
NSP Fiziksel Aktivite	0,427**	0,289**	-0,260**
NSP Toplam Puan	0,636**	0,222**	-0,294**
BDÖ	1,00	0,127*	-0,108*
Yaş	0,127*	1,00	-0,225**
Gelir miktarı	-0,108*	-0,225**	1,00

\*\* :  $p < 0,001$ , \* :  $p < 0,05$ , NSP: Nottingham sağlık profili, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, Spearman korelasyon kullanılmıştır.



Şekil 61. BDÖ ile NSP'nin duygusal reaksiyon parametresi ve NSP Toplam puanı arasındaki ilişki, Çanakkale, 2015.

BDÖ ile NSP'nin ağrı, enerji, uyku, sosyal etkileşim ve fiziksel aktivite parametreleri arasında pozitif yönlü orta derecede ilişki saptanmıştır (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $r=0,312$ ;  $p<0,001$ ,  $r= 0,435$ ;  $p<0,001$ ,  $r=0,462$ ;  $p<0,001$ ,  $r=0,348$ ;  $p<0,001$ ,  $r=0,427$  ). BDÖ ile NSP'nin duygusal reaksiyon parametresi ve NSP toplam puanı arasında pozitif yönlü güçlü ilişki saptanmıştır ( $p<0,001$ ,  $r=0,553$ ;  $p<0,001$ ,  $r=0,636$ ) (Şekil 61).

Yaş ile NSP enerji, uyku, toplam puanları, EUROHIS 1. ve 8. soruları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki vardır (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $r=0,175$ ;  $p=0,012$ ,  $r=0,119$ ;  $p<0,001$ ,  $r=0,222$ ;  $p=0,025$ ,  $r= 0,106$ ;  $p=0,002$ ,  $r= 0,147$ ). Yaş ile NSP ağrı, fiziksel aktivite arasında pozitif yönlü orta derecede ilişki saptandı ( sırasıyla  $p<0,001$ ,  $r=0,254$ ;  $p<0,001$ ,  $r=0,289$ ). EUROHIS 3.soru ile yaş arasında negatif yönlü zayıf ilişki saptandı ( $p=0,034$ ,  $r= -0,100$ ) (Tablo 52).

Gelir durumu ile NSP ağrı, duygusal reaksiyon, uyku arasında negatif yönlü zayıf ilişki saptanırken enerji, fiziksel aktivite ve toplam puanları arasında negatif yönlü orta derece ilişki saptandı (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $r=-0,197$ ;  $p=0,006$ ,  $r=-0,136$ ;  $p=0,002$ ,  $r=-0,154$ ;  $p<0,001$ ,  $r= -0,277$ ;  $p<0,001$ ,  $r= -0,260$ ;  $p<0,001$ ,  $r= -0,294$ ) (Tablo 52).

Gelir durumu ile EUROHIS 1. ,3., 4.,8. soruları ve toplam puan arasında pozitif yönlü zayıf ilişki saptandı (sırasıyla  $p=0,006$ ,  $r=0,134$ ;  $p=0,003$ ,  $r=0,146$ ;  $p=0,003$ ,  $r=0,146$ ;  $p<0,001$ ,  $r= 0,199$ ;  $p<0,001$ ,  $r= 0,203$ ). EUROHIS 7.sorusu ile gelir durumu arasında pozitif yönlü orta derece ilişki saptandı (  $p<0,001$ ,  $r= 0,262$ ) (Tablo 52).

NSP kişinin kendisinin algıladığı sağlık durumunu fiziksel, emosyonel ve sosyal açılardan ölçen bir yaşam kalitesi ölçeğidir. 38 sorudan oluşur ve 6 alt bölümden oluşur bu bölümler; enerji düzeyi, ağrı, fiziksel aktivite, uyku, emosyonel reaksiyonlar ve sosyal izolasyondur. Sorulardan toplam en iyi alınabilecek puan '0', en kötü puan '100'dür. Tüm bölümlerin toplam alınabilecek puan '600'dür.

Cinsiyete göre NSP değerlendirildiğinde kadınlar erkekler göre ağrı, enerji, uyku, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite ve toplam puanda daha fazla puan



almıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,003$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ). Duygusal reaksiyon alt bölümünde kadınlar yüksek puan almışlardır fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,140$ ) (Tablo 53).

Tablo 53. Cinsiyete göre NSP alt bölüm ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması, Çanakkale, 2015

<b>NSP</b>	<b>Kadın Ort±ss</b>	<b>Erkek Ort±ss</b>	<b>p</b>
<b>Ağrı</b>	37,7±31,7	14,2±22,7	<b>&lt;0,001</b>
<b>Enerji</b>	49,5±39,7	29,3±33,2	<b>&lt;0,001</b>
<b>Duygusal</b>	25,6±26,4	21,7±24,3	0,140
<b>Uyku</b>	27,7±31,1	16,7±26,0	<b>&lt;0,001</b>
<b>Sosyal izolasyon</b>	11,0±21,3	7,2±19,1	<b>0,003</b>
<b>Fiziksel hareketlilik</b>	29,8±25,2	11,7±18,5	<b>&lt;0,001</b>
<b>Toplam</b>	181,4±125,2	101,1±94,9	<b>&lt;0,001</b>

NSP: Nottingham sağlık profili, Ort: ortalama, ss: standart sapma, p: Mann Whitney U Testi

NSP toplam ve alt bölüm puan ortalamalarından depresyonu olanlar istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek puan almıştır (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ). (Tablo 54). Yaşam kalitesi NSP'ne göre depresyonu olanlarda daha düşük bulunmuştur.

Tablo 54. Depresyon varlığına göre NSP alt bölüm ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması, Çanakkale, 2015

NSP	Depresyon		p
	Yok Ort±ss	Var Ort±ss	
<b>Ağrı</b>	17,5±24,8	38,3±34,2	<b>&lt;0,001</b>
<b>Enerji</b>	30,0±33,9	60,7±37,9	<b>&lt;0,001</b>
<b>Duygusal</b>	17,3±20,5	50,1±27,5	<b>&lt;0,001</b>
<b>Uyku</b>	14,2±23,0	47,0±33,0	<b>&lt;0,001</b>
<b>Sosyal izolasyon</b>	4,8±14,7	25,1±29,4	<b>&lt;0,001</b>
<b>Fiziksel hareketlilik</b>	13,3±19,7	34,6±25,5	<b>&lt;0,001</b>
<b>Toplam</b>	97,3±87,4	255,9±117,8	<b>&lt;0,001</b>

NSP: Nottingham sağlık profili, Ort: ortalama, ss: standart sapma, p: Mann Whitney U Testi

## TARTIŞMA

DSÖ tanımına göre sağlık bedenen, ruhen ve sosyal tam iyilik halidir. Başarılı yaşlanma, yalnızca sağlık yönünden değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal, yönden tam iyilik halinin varlığına işaret eden bir kavramdır. Başarılı yaşlanmanın temel göstergeleri, yaşam süresinin uzunluğu, biyolojik, zihinsel sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal üretkenlik, yaşamdan zevk almaktır (13). Kesitsel tipteki çalışmanın kısa vadeli amacı, Çanakkale Merkez ilçede yaşayan 50 yaş ve üzeri kişilerin sağlık durumunu ve biyolojik, psikolojik, sosyal belirleyicilerini ve yaşam kalitelerini tespit etmek ve yerleşim yerlerine göre risk haritaları oluşturmaktır. Araştırmanın uzun vadeli amacı, zaten yaşlanan bir nüfusa sahip olan Çanakkale’de 50-64 yaş grubu nüfusun üzerinen Çanakkale’nin 10-15 yıl sonraki yaşlı nüfusta beklenen sağlık sorunlarını projekte edilmesini ve bunun kent içinde bölgesel dağılımını sunmaktır. Böylece politika belirleyicilere mikro düzeyde veri sunulması hedeflenmiştir.

### 1. Sosyodemografik özellikler

Bu araştırmada Çanakkale il merkezinde 7 mahallede 447 kişi ile görüşülmüştür. İncelenenlerin yaş ortalaması  $64,2 \pm 9,3$  (min:50, max:90) olup, %54,4’ü 50-64 yaş ve %45,6’sı 65 yaş ve üzerindedir. İncelenenlerin %71,1’i erkek olup genç yaş grubunda erkeklerde anlamlı olarak daha fazladır (p=0,002). İlköğretim mezunları %59,1, lise mezunu %17,2, lisans, lisansüstü ve doktora yapmışlar %16,3’dür. Okur-yazar olmayanların oranı %2,2 ve okur-yazar olduğu halde bir okul bitirmeyenlerin oranı %5,1’dir. Uluocak ve arkadaşlarının Çanakkale’de 65 yaş ve üzeri kişilerle yaptıkları çalışmada ilkokul mezunu olanlar %54, okur-yazar olmayanlar %13, okur-yazar fakat okul bitirmemişler %10’dur (23). Çalışmamıza daha genç grup (50-64 yaş grubu) dahil edildiği için eğitim seviyesi daha yüksek olarak saptanmıştır.

65 yaş ve üzerinde kadınların %89,0’unun, erkeklerin %67,9’unun eğitim düzeyi ilköğretim ve altıdır. Eskişehir’de yapılan kesitsel tipteki bir çalışmada 65 yaş ve üzerindeki kişilerin %92’sinin eğitim düzeyi ilkokul ve altıdır (211). Özdemir ve arkadaşlarının 65 yaş üstü kişilerle yaptıkları araştırmada okuma-yazma bilmeyenlerin oranı %60,9 (212), Bilir ve arkadaşlarının Van’da yaptıkları

çalışmada %66,9 olarak bulunmuştur (213). Çalışmamızda erkeklerin eğitim düzeyi daha yüksek bulunurken ileri yaş kadınların eğitim düzeyi düşük bulunmuştur. Erkeklerin eğitim seviyesinin daha yüksek bulunmasının sebebi Çanakkale ilinin emeklilik döneminde tercih edilen şehirlerden biri olması sayılabilir. Özellikle devlet memuru emeklilerin eğitim seviyesinin yüksek olması eğitim seviyesini etkileyen faktörler arasında olabilir.

İncelenenlerin %43,8'i eşi ile birlikte yaşarken, %29,2'si eşi ve çocukları ile %16,2'si tek başına yaşamaktadır. Eskişehir'de yapılan kesitsel tipteki çalışmada yaşlıların %26'sı tek başına yaşamaktadır (211). İncelenenlerin %74,9'u evli ve eşiyle birlikte yaşarken, %17,2'sinin eşi ölmüş, %3,6'sı boşanmış, %2,9'u hiç evlenmemiş ve %1,3'ü evli fakat ayrı yaşıyordu. 65 yaş ve üzerindeki kişilerin %30,4'ünün eşi ölmüştür. Uluocak ve arkadaşlarının Çanakkale'de 65 yaş ve üzeri kişilerle yapılan çalışmada %39,0'dur (23). Özdemir ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada eşi ölenlerin oranı %25,2'dir (212). Yapılan çeşitli çalışmalarda yaşla birlikte kadınların eş kaybetme sıklıkları erkeklere göre daha yüksektir (211). 65 yaş ve üzerinde kadınların %61,6'sı, erkeklerin %13,0'ü eşini kaybetmiştir. Çalışmamızda da ileri yaştaki kadınların eş kaybı yüksek bulunmuştur.

Yaşlanma döneminin yarattığı sorunlardan birisi eş kaybına bağlı olarak yaşanan yalnız kalmadır. Özellikle kadınlarda daha fazla yaşanmakta ve ruhsal durum ile yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bizim çalışmamızın bulguları da bu yöndedir. Bu yüzden yalnız yaşamak zorunda kalan kişilere yönelik sosyal programların planlanması yanlızlığa bağlı yaşanabilecek sorunlar için koruyucu etiki olacaktır.

Katılımcıların çoğu kendi evinde yaşamakta, emekli ve bir işte çalışmamaktadır, aylık gelir miktarı 1000-2500 arasındadır. İleri yaş kadınların tamamı bir işte çalışmazken, %42,4'ünün geliri 1000 TL'den azdır. Kadınların gelirinin düşük olması çeşitli sorunlara neden olmaktadır. Kadınların daha fazla iş hayatında yer alması sağlanarak gelir düzeyi artırılabilir.

## 2. Zararlı alışkanlıklar

İncelenenlerin %40,0'ı geçmişte sigara kullanırken, halen sigara içenlerin sıklığı %21,1'dir. Sigara kullananlar ortalama  $36,9 \pm 11,4$  yıl, geçmişte sigara kullananlar ise  $29,13 \pm 14,7$  yıl sigara kullanmıştır. Genç yaş grubunda kadınların %12,5'i, erkeklerin %36,9'u, ileri yaş grubunda erkeklerin %27,1'i sigara kullanmaktadır. 65 yaş ve üzerinde kadınlar sigara kullanmamaktadır. Van ve Eskişehir'de yapılan kesitsel tipteki çalışmalarda sigara içme sıklıkları %25 (213) ve %18 (211) iken İstanbul'da bir bakımevinde yapılan çalışmada %54,7 olarak bulunmuştur (214). Van ve Eskişehirde yapılan her iki çalışmada da erkeklerin sigara içme sıklığı daha fazladır. Çalışmamızda sigara kullanımı her iki yaş grubunda erkeklerde kadınlara göre daha fazladır (sırasıyla  $p < 0,001$ ;  $p < 0,001$ ). Yurt dışında 2170 kişi ile yapılan bir araştırmada 65-85 yaş aralığındaki kişilerde sigara kullanım sıklığı İtalya'da %26, Hollanda'da %30 ve Finlandiya'da %19 olarak bulunmuştur (215). Çin'de yapılan bir çalışmada sigara kullanım sıklığı %34,4'dür (216). 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmaya göre sigara kullanım sıklığı kadınlarda % 17, erkeklerde %43 (64), Türkiye Yetişkin Tütün Araştırması'na göre kadınlarda %15, erkeklerde %48, toplamda ise %31 olarak bulunmuştur (91). Çalışmamızda ise 50 yaş ve üzeri erkeklerin %32,9'u, kadınların %5,5'i sigara kullanmaktadır.

2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmaya göre sigara içme sıklığı; erkeklerde 55-64 yaş grubunda %40,0, 65-74 yaş grubunda %25,7, 75 yaş ve üzerinde %10,0'dır. Kadınlarda ise 55-64 yaş grubunda %9,8, 65-74 yaş grubunda %4,1, 75 yaş ve üzerinde %3,0'dır (64). Çalışmamızda 50-64 yaş grubunun %31,3'ü, 65 yaş ve üzerinin %17,3'ü sigara kullanmaktadır. Literatürde olduğu gibi çalışmamızda da yaş ilerledikçe sigara kullanım sıklığı anlamlı olarak düşmektedir ( $p < 0,001$ ).

TURDEP-II'ye göre erişkin yaştaki Türk toplumunda sigara içenlerin oranı 12 yılda %42 azalmış. Halen erkeklerdeki sigara içme oranı %30'un üzerinde olmakla beraber ciddi oranda azalma saptanmıştır (79). Çalışmamızda da sigara içme oranları benzer şekilde yüksekken sigarayı bırakanların oranı da fazladır. Sigaraya bağlı sağlık sorunları artık açık bir şekilde bilinmektedir. Aslında sigara

genç yaş gruplarında çözüme kavuşturulması gerekmektedir. İleri yaş gruplarına kadar sigara kullanımı bir çok sağlık sorununa neden olabilmektedir. Bu araştırmada sigara kullanımı özellikle kadınlarda ve ileri yaşta düşük olarak tespit edilmiştir. Ancak yine de 50-64 yaş grubunun üçte biri sigara kullanmaktadır. Bu durum 65 yaş ve üzeri morbidite ve mortalite için risk faktörüdür. Bu yüzden özellikle bu yaş grubu öncelikli olacak şekilde sigaranın bırakılmasını teşvik eden çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

İncelenenlerin %6,1'i alkol kullanmaktadır. Eskişehir'de yaşlılarla yapılan çalışmada benzer sıklıktadır (%7,0) (211). 2011 yılı kronik hastalıklar ve risk faktörlerinin sıklığının araştırılması çalışmasına göre alkol kullanım sıklığı erkeklerde %23, kadınlarda %4, toplamda ise %13'tür (64). Alkol kullanım sıklığı erkeklerde 50-64 yaş grubunda % 41,2, ileri yaş grubunda %32,3 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda alkol kullanımı her iki yaş grubunda erkeklerde kadınlara göre daha fazladır (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ). Erkeklerde alkol kullanımı dikkat çekici şekilde yüksek bulunmuştur.

### **3. Yaşlanmaktan memnuniyet durumu ve gündelik yaşam aktiviteleri**

50 yaş ve üzeri kişilerin %74,4'ü yaşlanmaktan memnun iken %25,6'sı yaşlanmaktan memnun değildir. Çanakkale'de yapılan kesitsel bir çalışmada incelenenlerin %73'ü yaşlanmaktan memnundur. Aynı çalışmada okuma-yazma bilmeyenlerin yaşlanmaktan memnun olmama durumları yüksek bulunmuştur (23). Çalışmamızda eğitim durumu ile yaşlanmaktan memnuniyet arasında anlamlı ilişki saptanmazken ( $p=378$ ), cinsiyete göre bakıldığında kadınlar, erkeklere göre daha fazla oranda yaşlanmaktan memnundur ( $p=0,025$ ). 65 yaş ve üzerindeki 50-64 yaş grubuna göre yaşlanmaktan daha çok memnundur ( $p=0,008$ ). Bilir ve arkadaşlarının 65 yaş ve üzeri kişilerle yaptıkları çalışmada yaşlılığı kötü algılama sıklığı %71,2 (217) gibi yüksek seviyede memnuniyetsizlik saptanmışken çalışmamızda aynı yaş grubunda yaşlılıktan memnun olmama durumu %19,5'dir. İncelenenlerin %69,8'i geçmişteki amaçlarına ulaşmıştır. Geçmişteki amaçlarına ulaşma sıklığı 65 yaş ve üzeri grupta ve kadınlarda daha yüksektir ancak; istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırasıyla  $p=0,127$ ;  $p=0,126$ ).

Katılımcıların tamamına yakını gündelik yaşam aktivitelerini kendi yapabilmektedir. Bunun sebebi yaş ortalamasının  $64,2 \pm 9,3$  olması ve çalışmada daha çok dışarıya çıkabilen, fiziksel hareketliliği kısıtlanmamış kişilerle görüşülmesi olduğu düşünülmektedir.

#### **4. Düşme**

Yaşlı insanlarda sıkça gözlenen düşme sorunu yaşam kalitesini etkilemektedir. Her yıl 65-74 yaş grubundaki yaşlıların dörtte birinin düştüğü, bunların üçte birinin 6 ay içinde tekrar düştüğü saptanmış ve düşmenin yaşlılarda önemli bir mortalite nedeni olduğu anlaşılmıştır (117). İncelenlerin %8,9'u son altı ay içinde evde, %10,1'i ev dışında düşmüştür. 2013'de Çanakkale'de yapılan çalışmada son altı ayda evde düşme %16 iken ev dışında düşme %17'dir (23). Ankara'da 50 yaş ve üzeri 1078 kişi ile yapılan bir çalışmada 50-64 yaş grubunda düşme sıklığı %2,5, 65 yaş ve üzeri grupta düşme sıklığı %4,9 olarak bulunmuştur (218). Çalışmamızda evde düşme sıklığı 50-64 yaş grubunda %4,5, 65 yaş ve üzeri grubunda %14,2 olarak saptanmıştır. Çalışmamıza daha genç grup da dahil olduğu için Çanakkale'de yapılan çalışmaya göre düşme sıklığı daha düşük iken Ankara'daki benzer şekilde yapılan kesitsel çalışmadan daha yüksek bulunmuştur. Literatür ile benzer şekilde kadın olmak, kronik hastalığın olması, 65 yaş ve üzerinde olmak düşme için risk faktörü olarak bulundu (218; 23).

#### **5. Sağlık hizmetleri**

İncelenenlerin tamamına yakınının sağlık güvencesi vardır. Çalışmaya katılanların %35,5'i 1 ay önce ve %31,2'si 1 hafta önce sağlık hizmeti almıştır. En son başvurulan sağlık kurumu en sık devlet hastanesi (%42,9) ve aile hekimliğidir (%40,9). Çanakkale'de yapılan çalışmada da benzer şekilde en çok tercih edilen sağlık kuruluşu devlet hastanesidir (23). Yaşlılık dönemi sağlık hizmeti ihtiyacının diğer yaş gruplarına göre göreceli olarak arttığı görülmektedir. Bu grubun yaşadığı kısıtlılıklar da düşünüldüğünde sağlık hizmeti kullanım kolaylığı oldukça önemlidir. Bu araştırmada hizmet alınacak sağlık kurumlarının tercih edilmesinde kuruma olan yakınlık önemli belirleyicidir. Buna rağmen ilk tercih edilen sağlık

kurumunun devlet hastanesi çıkması tartışılması gereken bir bulgudur. Diğer yaş gruplarında olduğu gibi, 65 yaş ve üzeri grupta sağlık hizmeti sunumunda birinci basamak sağlık kurumları ilk tercih noktaları olmalıdır. Özellikle kronik hastalık izlemlerinin birinci basamak sağlık kurumlarda yapılması hastanedeki yığılmaları azaltacak, maliyeti düşürecek ve memnuniyeti arttıracaktır. Ancak bu araştırmanın ve Çanakkale’de yapılan diğer araştırmaların bulgularına göre birinci basamak sağlık hizmetleri öncelikli tercih noktaları değildir. Bu durumun araştırılması ve birinci basamak sağlık hizmet kullanımının arttırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Sağlık politikalarında geriyatrik hasta popülasyonunu doğru yönlendirecek bir hizmet sunumu ve bakış açısı gereklidir.

Yaşlıların sağlık hizmetlerinde ideal olan bir ‘geriyatrik interdisipliner ekip’ tarafından yürütülmesidir. Bu ekipte bir pratisyen hekim, geriyatrist, eğitilmiş hemşire ve sosyal hizmet uzmanı yer almalıdır. ABD’de genel sağlık sigorta sistemi içinde bir pratisyen hekim veya geriyatrist, bir eğitilmiş hemşire yaşlılar için geriyatrik hizmet vermektedir (219, 220). Çalışmamızda literatürde olduğu gibi kronik hastalıklarda ve psikiyatrik hastalıklarda yaşla birlikte hızla artışı dikkat çekicidir. Ayrıca gelir düşüklüğü, yalnızlık gibi yaşlılığı olumsuz etkileyen sosyoekonomik durumlar mevcuttur. Yaşlılık döneminde karşılaşılan sağlık, sosyal ve psikolojik sorunlarla mücadele için birinci basamakta geriyatrik hizmet sunan interdisipliner ekipler oluşturulabilir. Bu ekipte pratisyen hekim, hemşire, sosyolog, psikolog yer alması interdisipliner yaklaşım içinde yaşlı sorunları çözümlenebilir. Ayrıca geriyatri uzmanı eğitimleriyle bu ekip desteklenebilir. Ülkemizde henüz geriyatri alanında yeterince uzman yoktur. Geriyatri alanında uzmanlaşmanın artırılması yaşlı sorunlarını çözümlenmede etkili bir yaklaşım olacaktır.

Çalışmaya katılanların en son başvurdukları sağlık kuruluşunu tercih sebebi en sık bulunduğu yere yakın olması (%40,9), hizmetinden memnun olması (%27,4) ve alışkanlıktır (%13,5). En son sağlık kuruluşuna başvuru sebebi en sık hastalık nedeniyle (%45,9), ilaç yazdırmak için (%30,2) ve kontrol amacıyla (%22,4). İncelenenlerin tamamına yakını sağlık hizmetinden memnundur. En son sağlık harcamasına bakıldığında %62,2’si sosyal güvence ile %34,2’si hem sosyal güvence hem cepten ödeme yaparken % 3,4’ü sadece cepten ödeme



yapmıştır. Sosyal güvence olmasına rağmen cepten ödeme sıklığı yüksek bulunmuştur. İleri yaşta emeklilikle birlikte gelir seviyesinin düşmesi ve kronik hastalıkların, kanserlerin görülme sıklığının artması sağlık için harcadıkları payın artması ekonomik sıkıntılara yol açma potansiyeli bulunmaktadır. Sağlık ve sigorta sistemlerinin artan bulaşıcı olmayan hastalıklar ve artan yaşlı sayısı için tekrar gözden geçirilmesi gereklidir.

## **6. Engellilik**

Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi tarafından yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üzerindeki kişilerin %49,6'sında görme, işitme ve yürüme ile ilgili sağlık sorunları olduğu saptanmıştır (71). Çanakkale'de 65 yaş ve üzeri kişilerde yapılan bir çalışmada %13,0 bedensel ya da zihinsel engel saptanmıştır (23). İncelenenlerin %6,0'sı bedensel engellidir. 65 yaş ve üzeri kişilerin ise %11'i bedensel ya da zihinsel engellidir. TÜİK verilerine göre nüfusun %6,6'sı engellidir. Yaşla birlikte engelli sayısı da artmaktadır. Özellikle ileri yaş kadınlarda aynı yaş grubu erkeklere göre en az bir engeli olanların oranı daha fazladır (69). İncelenenlerden kadınların %8,1'i erkeklerin, %5,2'si engellidir. 65 yaş ve üzerinde ise kadınların %11,4'ünün, erkeklerin %7,7'sinin engeli vardır. Yaşla birlikte çalışmamızda da kadınlarda engelli birey sayısı artmaktadır.

İncelenenlerden yardımcı araç kullananlar en sık gözlük ve diş protezi kullanmaktadır. Yarış ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadınların en sık kullandığı yardımcı sağlık cihazı takma diş, erkeklerin gözlüktür (221). Akgün ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da en sık kullanılan yardımcı araçlar gözlük, diş protezi ve bastondur (134). Çalışmamızda her iki cinsiyette de en sık gözlük kullanmaktadır.

## **7. Kronik Hastalıklar**

DSÖ 2015 verilerine göre tüm dünyada 52 milyon ölümün 40 milyonunun veya %70'nin nedeni bulaşıcı olmayan hastalıklardır (182). 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmada tüm ölümlerin %75'inin nedeni kronik hastalıklardır (64). 65 yaş ve üzeri grubun yüzde 90'ında 1, yüzde 35'inde 2, yüzde 23'ünde 3, yüzde 15'inde 4 veya daha fazla kronik hastalığın olduğu

tahmin edilmektedir (73). Sivas'ta 65 yaş üstü 750 kişi ile yapılan çalışmada kronik hastalık sıklığı %78,8'dir (212), Çanakkale'de 65 yaş ve üstü kişilerle yapılan çalışmada kronik hastalık sıklığı %86'dır (23). Çalışmamızda kronik hastalık sıklığı %73,1, 50-64 yaş grubunda %61,6, 65 yaş ve üzerinde %86,8 olarak bulunmuştur. Literatürle benzer şekilde kronik hastalık sıklığı yüksektir.

Çanakkale ilinde yapılmış bu araştırmada literatürle benzer şekilde kronik hastalık sıklığı yüksek bulunmuştur. Kronik hastalık sıklığı 65 yaş ve üzeri grupta 50-64 yaş grubuna göre daha yüksektir.

Yerleşim yerine göre bakıldığında kronik hastalıklar Kemalpaşa, Fevzipaşa ve Esenler mahallerinde yaşayanlarda daha sık görülmektedir. Tüm mahallelerde en fazla görülen hastalığın hipertansiyon olduğu, bunu diyabet ve iskemik kalp hastalığının izlediği görülmüştür. Hipertansiyon, diyabet en sık Kemalpaşa, Fevzipaşa mahallerinde yaşayanlarda görülürken, iskemik kalp hastalıkları Fevzipaşa, Esenler ve Barbaros mahallerinde yaşayanlarda görülmektedir. Solunum sistemi hastalıkları Kemalpaşa ve Barbaros mahallelerinde, depresyon ve anksiyete bozuklukları Fevzipaşa ve İsmetpaşa'da, kanserler ise Kemalpaşa'da sık rastlanılmıştır.

Kronik hastalıklar kadınlarda genç yaş grubunda Cevatpaşa, Kemalpaşa, Esenler ve Barbaros mahallelerinde, erkeklerde ise Kemalpaşa ve Fevzipaşa mahallelerinde sık görülmektedir. İleri yaş grubunda her iki cinsiyette yerleşim yerlerinin neredeyse tamamında kronik hastalıklar sık görülmektedir

Çanakkale ilinde önümüzdeki 20 yıl boyunca yaşlı nüfus artmaya devam edecektir. Özellikle 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı gözle görülür şekilde artacaktır. Bu artış beraberinde kronik hastalık artışını da getirecektir. Özellikle hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalıkları ön planda olan hastalıklar olacaktır. Bu hastalıkların yarattığı sağlık sorunları ve hastalık yükleri düşünüldüğünde, 20 yıl içinde Çanakkale'de yüksek bir yaşlı nüfus ve mortalite ve morbiditesi yüksek sağlık sorunları beklenmelidir. Bu hastalık yükünün sadece hastane tabanlı sağlık hizmetleri ile karşılanması beklenemez. Toplumun en yakınındaki birinci basamak sağlık kurumu olan Aile Hekimliği sistemi bu ihtiyaca göre planlanmalıdır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetleri hem primer hem sekonder düzeyde güçlendirilmelidir. Bunun dışında bu hastalıkların sosyal ve toplumsal

tabanlarının çözümlenmesi için primordiyal hizmetler de geliştirilmelidir. Örneğin bu grupta obezite önemli bir sorundur. İsmi sayılan hastalıklarla iç içedir. Bu nedenle obezitenin engellenmesi için bireye ve topluma yönelik müdahaleler güçlendirilmelidir.

Kadınlarda ileri yaşta, evli olmayanlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda anlamlı olarak kronik hastalık daha çok görülmektedir (sırasıyla  $p=0,002$ ;  $p=0,004$ ;  $p=0,044$ ). Erkeklerde ileri yaşta ve obez olanlarda anlamlı olarak kronik hastalık daha çok görülmektedir (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p=0,026$ ). Kronik hastalığa sahip olma durumu lojistik regreyon yöntemiyle incelendiğinde kadın olmak 2,4 kat, obez olmak 1,9 kat, 65 yaş ve üzerinde olmak 3,6 kat kronik hastalığı artırmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın hemen tüm ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıkların temelinde yatan önlenbilir risk etmenleri sırasıyla; tütün, zararlı alkol kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız diyet, artmış kan basıncı, fazla kilo/obezite, yüksek düzey kolesterol ve kan şekeri (182). Kanada'da ulusal düzeyde yapılan bir çalışmada obezlerde diyabet ve hipertansiyonun belirgin arttığı saptanmış (186). Çalışmamızda da obezite kronik hastalık için risk faktörü olarak bulunmuştur. Obezite ile mücadele için toplumu sağlıklı beslenmeye ve hareket etmeye teşvik etmeli, obezitenin beraberinde getirdiği mortalite ve morbiditeye sebep olan kronik hastalıklar hakkındaki bilinç düzeyi yükseltilmelidir. Obezite ile mücadele anne karnında başlayarak yaşamın sonuna kadar sürdürülmelidir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı olmayan hastalıklar programları ve kanser daire başkanlığı obezite mücadele etmek için çeşitli etkinlikler ve eğitimler yapmaktadır. Bu faaliyetlerle daha çok kişiye ulaşılarak toplumun daha çok bilinçlenmesi sağlanabilir. Birinci basamağın ve koruyucu sağlık hizmetlerinin gücü artırılarak hastalıklara oluşmadan önlem almak mümkündür.

DSÖ 2015 verilerine göre en sık 4 kronik hastalık, kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve kronik akciğer hastalıklarıdır (182). Çalışmamızda en sık saptanan kronik hastalıklar şöyledi; hipertansiyon (%46,1), diyabet mellitus (%21,7), iskemik kalp hastalıkları (%13,0), solunum sistemi hastalıkları (%10,0), depresyon ve anksiyete bozuklukları (%8,2), kanserler (%6,4) ve artrozdur (%6,3). Turhanoğlu ve arkadaşlarının Diyarbakır'da 55 yaş

ve üzeri 510 kişiyle yaptıkları çalışmada en sık kronik hastalıklar; hipertansiyon, osteoporoz ve osteoartrit olarak bulunmuştur (222). Akgün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 65 yaş üstünde en sık kronik hastalık sırasıyla kalp-damar hastalıkları, diyabet ve hipertansiyon olarak saptanmıştır (134). Bir aile sağlığı merkezinde yapılan çalışmada sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon, eklem hastalıkları ve kalp yetmezliğidir (103). Yaşlılarda yapılan çeşitli çalışmalarda hipertansiyon en sık kronik hastalık olarak bulunmuştur (8, 212, 217, 221). Çalışmamızda da benzer şekilde en sık saptanan kronik hastalık hipertansiyondur. 50-64 yaş grubunda en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%35,3), diyabet (%16,4), depresyon ve anksiyete bozuklukları (%11,5), iskemik kalp hastalıkları (%9,0) ve solunum sistemi hastalıklarıdır (%7,4). 65 yaş ve üzeri yaş grubunda en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%58,8), diyabet (%28), iskemik kalp hastalıkları (%17,6), kanserler (%9,8), osteoporoz (%9,8) ve solunum sistemi hastalıklarıdır (%8,3).

Kadınlarda anlamlı olarak erkeklerden daha fazla oranda kronik hastalık vardır ( $p<0,001$ ). 50-64 yaş grubunda kadınlarda en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%42,9), depresif bozukluklardır (%19,6), diyabet (%14,3) iken ileri yaşta hipertansiyon (%74), osteoporoz (%24,7) ve diyabet (%21,9). Erkeklerde her iki yaş grubunda en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%33,2; %50,4), diyabet (%17,1; %31,3), iskemik kalp hastalıklarıdır (%11,2; %19,8). Diyarbakır'da 55 yaş ve üzeri 510 kişiyle yapılan çalışmada kadınlarda hipertansiyon, osteoporoz, diyabetes mellitus ve diğer romatizmal hastalıklar, erkeklerde ise serebrovasküler hastalıkların daha fazla görüldüğü saptanmış (222). Trabzon'da 65 yaş ve üzeri 560 kişide yapılan bir çalışmada kadınlarda en sık kronik hastalık hipertansiyon (%37,9), kas ve iskelet sistemi hastalıkları (%26,8) ve diabetes mellitus (%16,4) olarak bulunmuştur (221). Trabzon'da yapılan çalışmada erkeklerde en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%33,6), koroner kalp hastalığı (%22,5) ve kas ve iskelet sistemi hastalıklarıdır (%15,4) (221). Kronik hastalıkların dağılımı her iki cinsiyette litaretle uyumludur.

Kanada'da ulusal düzeyde yapılan bir çalışmada tüm yaş gruplarında hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları ve obezitenin arttığı saptanmış (186). İncelenenlerde kronik hastalık sıklığı yaş ile birlikte anlamlı olarak artmaktadır ( $p<0,001$ ). Kadınlarda ve erkeklerde de anlamlı olarak yaş ile birlikte artmaktadır (sırasıyla  $p=0,003$ ;  $p<0,001$ ).

Çin'de 35-74 yaş arasında ulusal düzeyde yapılan bir çalışmada %80,5'inin 1, %45,9'unun 2, %17,2'sinin 3 değiştirilebilir kardiyovasküler hastalık risk faktörüne (dislipidemi, hipertansiyon, diyabet, sigara ve aşırı kilo) sahip olduğu bulunmuş (216). Çalışmamızda 50 yaş ve üzerindeki kişilerin %6,2'sinin kardiyovasküler risk faktörü (hipertansiyon, diyabet, sigara ve aşırı kilo) hiç yokken %36,1'inin 1, %37,7'sinin 2, %16,4'ünün ve %3,7'sinin 4 risk faktörü vardır. Kadınların %64,5'inin, erkeklerin %55, 50-64 yaş grubundakilerin %53,1'inin, ileri yaştakilerin %63,4'ünün 1'den fazla risk faktörü vardır. 50-64 yaş grubunda kadınlarda 2'den fazla kardiyovasküler risk faktörü olanların en sık bulunduğu yerleşim yerleri Esenler, Cevatpaşa, Kemalpaşa ve Barbaros mahallerleridir. Erkeklerde aynı yaş grubunda 2'den fazla kardiyovasküler risk faktörü olanların Esenler ve Cevatpaşa'nın haricinde kalan yerleşim yerleridir. İleri yaş grubunda tüm yerleşim yerlerinde her iki cinsiyette 2'den fazla kardiyovasküler risk faktörü olanlar sık görülmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Ulusal kan basıncı eğitim programı ve ulusal kolesterol eğitim programları sayesinde 30 yılda kan basıncının ve kolesterolün düştüğü tespit edilmiş (223). Bu çalışma başarılı kontrol programları ile koruyucu halk sağlığı uygulamaları ile kronik hastalıklarla mücadelenin mümkün olduğunu göstermektedir.

### **7.1. Hipertansiyon**

İncelenenlerde hipertansiyon görülme sıklığı %46,1'dir. İncelenenlerin %18,8'inin ölçümlerde sistolik ve diastolik kan basıncı normal değerlerin üstündedir. Tansiyonu ölçümler sırasında normal sınırların üstünde çıkanların %41'inin önceden tansiyon tanısı yoktur. Hipertansiyon en sık Kemalpaşa, Fevzipaşa ve Barbaros mahallelerinde yaşayanlarda görülmektedir.

Çanakkale’de 65 yaş ve üstü kişilerle yapılan çalışmada hipertansiyon %59,2 olarak bulunmuştur (23). Türk Kardiyoloji Derneği’nin yayınladığı klavuzla göre genel toplumda hipertansiyon prevalansı %30-45 arasında değişmekte ancak yaşlanmayla birlikte keskin artış göstermektedir (224). Peker ve arkadaşları 1997-2010 yılları arasındaki hipertansiyon prevalans çalışmalarını incelemişler, kadınlar için %38,0-59,0 ve erkekler için %28,4-%49,0 arasında hipertansiyon sıklığının değişmekte olduğunu saptamışlardır (225). Yapılan çeşitli kesitsel tipteki çalışmalarda hipertansiyon sıklığı %56,1-77,7 arasında değişmektedir (75, 212, 27, 226-229). Çin’de 35-74 yaş arasında ulusal düzeyde yapılan bir çalışmada hipertansiyon prevalansı %53,6 olarak bulunmuştur (216). Çalışmamızda hipertansiyon sıklığı literatürle benzer şekilde yüksek bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda hipertansiyon kadınlarda % 32,3-83,5, erkeklerde %27,0-68,6 sıklıkla görülmektedir (79, 222, 228). Çalışmamızda hipertansiyon sıklığı kadınlarda %60,2, erkeklerde %40,3 olarak saptanmıştır. 2011 yılı kronik hastalıklar ve risk faktörlerin sıklığı çalışmasına göre hipertansiyon prevalansı 45-54 yaş grubundan başlayarak, her yaş grubunda kadınlarda daha yüksektir (64). TURDEP-II’ye (Türkiye Diyabet Hipertansiyon Obezite Ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması, 2011) göre hipertansiyon sıklığı açısından kadın ve erkek arasında fark bulunmamıştır (79). Çalışmamızda kadınlarda hipertansiyon sıklığı daha yüksek bulunmuştur.

Yaş grubuna göre hipertansiyon görülme sıklığı şöyledir; 50-59 yaş grubunda %28,7, 60-69 yaş grubunda %52,4, 70 yaş ve üzerinde % 58,3’tür. Yaş artıkça hipertansiyon görülme sıklığı da anlamlı olarak artmaktadır ( $p<0,001$ ). 2011 yılı kronik hastalıklar ve risk faktörlerin sıklığı çalışmasına göre hipertansiyon prevalansı yaşla birlikte artmaktadır (64). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği’nce gerçekleştirilen Patent çalışmasına göre yaş grupları detaylı olarak incelendiğinde, 60-69 yaş grubunda hipertansiyon prevalansı %70, 70-79 yaş grubunda %76 ve 80 yaş ve üstü popülasyonda ise prevalans %79,7 olarak bulunmuştur (80). Çin’de ABD’de 80 yaş ve üzerinde yapılan çalışmada %75 sıklıkta hipertansiyon saptanmıştır (230,231). Japonya’da 70-79 yaş grubunda %72, 80 ve üzerinde %76 olarak bulunmuştur (232). 70 yaş

ve üzeri hipertansiyon sıklığı çalışmamızda bu çalışmalara göre daha düşük bulunmuştur. Doğan ve arkadaşlarının hipertansiyon prevalans çalışmasında 50-59 yaş arasında %29,7, 60-69 yaş arasında % 46,5, 70 yaş ve üzeri kişilerde % 50,4'dür (53). Tüm yaş gruplarında hipertansiyon sıklığı çalışmamızda Doğan ve arkadaşlarının çalışmasına göre daha yüksek, Patent çalışmasına göre ise düşük bulunmuştur.

Manisa'da yaşlı kişilerle yapılan hipertansiyon prevalans çalışmasında hipertansiyonu olanlar yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum açısından hipertansiyonu olmayanlarla karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır (226). Çalışmamızda kadınlarda, 65 yaş ve üzerinde, evli fakat ayrı yaşayanlar, dul ve boşanmış olanlarda, eğitim seviyesi ilköğretim ve altında olanlarda hipertansiyon daha fazla sıklıkta saptanmıştır (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,002$ ;  $p=0,002$ ). Yalnız yaşayanlarda, sigara içmeyenlerde, obezlerde, diyabeti, iskemik kalp hastalığı ve depresyonu olanlarda hipertansiyon görülme sıklığı daha fazladır (sırasıyla  $p=0,011$ ;  $p=0,005$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,003$ ). Gelir durumuna ve alkol kullanımına göre hipertansiyon görülme sıklığı açısından fark bulunmamıştır (sırasıyla  $p=0,432$ ;  $p=0,188$ ).

Hipertansiyon ve ilişkili risk faktörleri lojistik regresyon analizi ile incelendiğinde, kadın cinsiyetinde olmak 1,8 kat, obez olmak 1,8 kat, 65 yaş ve üzerinde olmak 2 kat, depresyonda olmak 2 kat, diyabet olmak 3,4 kat, iskemik kalp hastalığına sahip olmak 2,1 kat hipertansiyon riskini arttırmaktadır (sırasıyla %95 GA:1,134-2,971; %95 GA: 1,165-2,806; %95 GA: 1,368-3,165; %95 GA: 1,135-3,538; %95 GA: 2,025-5,772; %95 GA: 1,097-4,135). Doğan ve arkadaşlarının 18 yaş ve üstü 2035 kişiyle yaptıkları çalışmada diyabet olanlarda, kadınlarda, aile öyküsünün pozitif olanlarda, vücut kitle indeksi yüksek olanlar, gelir düzeyi düşük olanlar ve koroner kalp hastalığı olanlar hipertansiyon açısından daha riskli olarak bulunmuştur (53). Çin'de 80 yaş ve üzeri kişilerde yapılan çalışmada yaş ve obezite hipertansiyon için risk faktörü olarak bulunmuştur (230).

Beden kitle indeksi arttıkça hipertansiyon görülme olasılığı da artmaktadır. Hipertansif hastaların en az 1/3-2/3'ü obezdir. Obezlerde hipertansiyon görülme

olasılığı 3 kat fazladır (233). Altıparmak ve arkadaşlarının Manisa'da yaşlı kişilerle yaptığı hipertansiyon prevalans çalışmasında obezlerde, zayıf ve normal kilolu kişilere göre daha yüksek sıklıkta hipertansiyon saptanmıştır (226). Doğan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada obez olmak hipertansiyon için risk faktörü olarak bulunmuştur (53). Çalışmamızda obez olmanın hipertansiyon riskini 1,8 kat arttırdığı saptanmıştır.

Bardage ve arkadaşlarının 5404 kişi ile yaptıkları toplum tabanlı çalışmada hipertansif hastalarda yaşam kalitesi araştırılmış; yaş arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğü saptanmıştır (234). Göçgeldi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hipertansif kadınlarda yaşam kalitesi puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur (235). Çalışmamızda hipertansiyonu olanların EUROHIS yaşam kalitesi ölçeği puanları sağlığından hoşnut olma, gündelik yaşamı sürdürmek için yeterli gücü olma, kendinden hoşnut olma ve toplam puan yüzdesi açısından hipertansiyonu olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür (sırasıyla  $p=0,001$ ;  $p=0,004$ ;  $p=0,019$ ;  $p=0,031$ ).

## **7.2. Diyabet**

TURDEP-II'ye (Türkiye Diyabet Hipertansiyon Obezite Ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması, 2011) göre diyabet sıklığı %13,7'dir. Diyabet sıklığı erkeklerde kadınlara göre daha düşük bulunmuştur (79). Kronik hastalıklar ve risk faktörlerinin sıklığı çalışmasına göre diyabet sıklığı %28'dir. Diyabet sıklığı hem erkeklerde hem de kadınlarda yaşla birlikte artmaktadır. (64). TEKHARF Kohort araştırması 2013 yılı sonuçlarına göre diyabet prevalansı 50-59 yaş grubunda %16,9, 60-69 %26,1, 70-79'da %25,8, 80 yaş ve üzerinde %16,7 olarak bulunmuştur. Diyabetin genel prevalansı 12 yıllık izlemde %80 oranında arttığı tespit edilmiştir (78). Diyarbakır'da 55 yaş ve üzeri kişilerle yapılan çalışmada diyabet prevalansı %16,0 (222), Balçova'da 2502 yaşlı bireyle yapılan kesitsel çalışmada %25,4 (228) olarak bulunmuştur. Çin'de ulusal düzeyde yapılan bir çalışmada %26,1 olarak bulunmuştur (216).

Çalışmamızda diyabet sıklığı %21,7'dir ve literatürdeki gibi yüksek bulunmuştur. Çanakkale'de 65 yaş ve üstü kişilerle yapılan çalışmada %22,7



olarak bulunmuştur (23). Çalışmamızda daha genç grup yer almasına rağmen diyabet sıklığı ileri yaş grubu gibi yüksek bulunmuştur. 50 yaş ve üzeri her 5 kişiden birinin diyabet olması, giderek artan prevalanslar gelecekte daha çok kişide diyabet olacağını göstermektedir. Yerleşim yerine bakıldığında en sık Kemapaşa mahallesinde yaşayanlarda diyabet görülmektedir.

Diyabetin görülme sıklığı, 65 yaş ve üzerinde, hipertansiyonu ve iskemik kalp hastalığı olanlarda daha fazlaydı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla  $p=0,003$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ). Diyabete etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelendiğinde hipertansiyonun olması 3,4 kat, iskemik kalp hastalığının olması ise 2,2 kat diyabet riskini arttırmaktadır (sırasıyla  $p<0,001$ , %95GA: 2,042-5,891;  $p=0,014$ , %95GA: 1,174-4,209). Malezya'da yapılan çalışmada obezite ve fazla kilolu olmak ile yüksek kan basıncı ve diyabet ilişkili bulunmuştur (236). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Araştırması'nda düşük gelir ve eğitim grubunda diyabet sıklığı belirgin yüksek bulunmuştur (223). Çalışmamızda diyabet ile gelir ve eğitim durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (sırasıyla  $p=0,460$ ;  $p=0,269$ ). Bangladeş'te yapılan çalışmada kentsel alanda yaşamak, eğitim düzeyinin ve gelirin yüksek olması, fazla kilolu olmak, yüksek bel çevresi, yüksek bel/kalça oranının olması diyabet riskini artırırken fiziksel aktivitenin fazla olması ve sebze ve meyve tüketimi koruyucu olarak bulunmuş (237). Güney ve orta Amerika'da da kentsel alanda diyabet daha fazladır (238).

Balçova'da 2502 yaşlı bireyle yapılan kesitsel çalışmada diyabet sıklığı kadınlarda %25,7, erkeklerde %24,7 olarak bulunmuş. Diyabet açısından her iki cinsiyet arasında fark saptanmamış (228). Diyarbakır'da 55 yaş ve üzeri kişilerle yapılan çalışmada kadınlarda %20,9 erkeklerde %10,3 diyabet sıklığı bulunmuş (222). Çalışmamızda diyabet sıklığı kadınlarda %18,8, erkeklerde %23,0 olarak bulunmuştur. Diyabet açısından her iki cinsiyet arasında fark saptanmamıştır ( $p=0,330$ ).

### **7.3. İskemik kalp hastalıkları**

İskemik kalp hastalıkları görülme sıklığı %13,7'dir. Çanakkale'de 65 yaş ve üstü kişilerle yapılan çalışmada %21,9 olarak bulunmuştur (23). İKH, ileri

yaşta, hipertansiyonu ve diyabeti olanlarda anlamlı olarak daha fazladır (sırasıyla  $p=0,007$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,001$ ). İskemik kalp hastalığı lojistik regreyon analizi ile incelendiğinde hipertansiyonun olması 2 kat ( $p=0,025$ , %95 GA: 1,092-3,736), diyabetin olması 2,3 kat ( $p=0,005$ , %95 GA: 1,293-4,335) iskemik kalp hastalığı riskini artırmaktadır. Kanada'da yapılan çalışmada kardiyovaküler risk faktörleri için en önemli değişken sosyoekonomik gelir düşüklüğü olarak bulunmuştur (186). Çalışmamızda gelir durumu ile iskemik kalp hastalıkları arasında anlamlı ilişki saptanmadı ( $p=0,230$ ).

## 8. Obezite

Satman ve arkadaşları tarafından 1998'de yayınlanan TURDEP-I çalışmasında; Türk erişkin toplumunda obezite sıklığı %22,3 iken 2010 yılında yayınlanan TURDEP-II çalışmasında %31,2'ye ulaştığı görülmüştür. Kadınlarda obezite sıklığı %44, erkeklerde ise %27'dir. Erkeklerde fazla kilolular, kadınlarda obezler dikkat çekici şekilde fazladır. Genel olarak erişkinlerin 2/3'ü kilolu veya obezdir (79). Çayır ve arkadaşlarının 20 yaş ve üzeri 450 kişi ile yaptıkları araştırmada obezite sıklığı %28 bulunmuştur (239). Balçova'da 2502 yaşlı bireyle yapılan kesitsel çalışmada obezite sıklığı %48,7 olarak bulunmuştur (228). Sivas'ta 65 yaş üstü 750 kişi ile yapılan bir çalışmada %39,3'ü fazla kilolu, %24,8'i obez olarak bulunmuş (212). Çin'de yapılan bir çalışmada obezite sıklığı %28,2 olarak bulunmuş (26). Çalışmamızda fazla kilolu ve obez olanların sıklığı yüksek bulunmuştur (sırasıyla %44,3 ve %38,9).

Bursa'da kadınlarda yapılan bir çalışmada 50-59 yaş grubunda fazla kilolu olanlar %14,0, obez olanlar %24,0; 60-69 yaş grubunda fazla kilolu olanlar %10,2, obez olanlar %16,0; 70 yaş ve üzerinde olanlarda fazla kilolu %5,3, obez olanlar %8,7 olarak bulunmuştur (240). Çalışmamızda kadınlarda aynı yaş gruplarındaki kilolu ve obez oranları sırasıyla şöyleydi; 50-59 yaş grubunda %42,9 kilolu, %45,8 obez, 60-69 yaş grubu %17,1 kilolu, %78,6 obez, 70 yaş ve üzerinde %27,7 kilolu, %61,7 obezdir. Kilolu ve obez olan kadınların sıklığı çok yüksek bulunmuştur.

İncelenen kadınlar erkeklere göre daha fazla oranda obezdir, fazla kilolular da erkeklerde daha fazladır ( $p=0,001$ ). Türk Kardiyoloji Derneği'nin 2014 yılı

kılavuzuna göre bel çevresi kadınların 80 cm'in altında, erkeklerin ise 94 cm'in altında olmalıdır (224). Bu kritere uyan kadınlar %2,5, erkekler ise %16,4 olmakla birlikte her iki cinsiyetin bel ölçümleri yüksek bulunmuştur. Erkeklerin boy, kilo ve bel çevresi ortalaması kadınlara göre daha fazladır, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,031$ ). Bel basen oranı her iki cinsiyette de normal değerlerin üstündedir. Kadınların ise basen çevresi erkeklere göre fazladır ( $p<0,001$ ).

Kronik hastalığı, hipertansiyonu, ve artrozu olanlarda anlamlı olarak obezite daha sık görülmektedir (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,002$ ). Avrupa ve Amerika birleşik devlerinde yapılan 16 kohort çalışmasının verilerinin analizi ile normal bireylere göre kilolu bireylerde kardiyometabolik multimorbidite gelişme riski 2 kat (%95 GA: 1,7-2,4,  $P<0,001$ ), obez bireylerde ise 4,5 kat (%95 GA: 3,5-5,8,  $P<0,001$ ), artığı gösterilmiştir (241). Obez hastalarda kronik hastalıklar daha çok görülmektedir. Obezitenin önlenmesi ile kronik hastalıkların kontrolü mümkün olacaktır.

Evlü fakat ayrı yaşayanlar, dul ve boşanmış olanlar daha fazla oranda obezdir ( $p=0,012$ ). Sigara ve alkol kullanmayanlarda obezite daha fazladır (sırasıyla  $p=0,002$ ;  $p=0,013$ ). Düzenli egzersiz yapma, düzenli yemek yeme ve bir işte çalışma durumu ile obezite arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (sırasıyla  $p=0,323$ ;  $p=0,052$ ;  $p=0,199$ ).

65 yaş ve üzeri kişilerde yaş arttıkça kilo artarken boy azalmaktadır (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $r=0,443$ ;  $p=0,025$   $r=-0,158$ ). Obeziteye etki eden risk faktörleri lojistik regresyon yöntemiyle incelendiğinde kadın cinsiyetinde olmak 3,2 kat, kronik hastalık varlığı 1,7 kat, düşük eğitim seviyesi ise 1,9 kat obeziteyi artırırken gelir seviyesinin 1000 TL'nin altında olması obeziteden korumaktadır (sırasıyla  $p<0,001$ , %95 GA: 1,938-5,347;  $p=0,023$ , %95 GA: 1,073-2,930;  $p=0,006$ , %95 GA: 1,218-3,27;  $p=0,039$ , %95 GA: 0,167-0,956 ).

Çayır ve arkadaşlarının Ankara'da 450 kişi ile yaptıkları araştırmada aylık gelir azaldıkça, obezite sıklığının arttığını saptanmıştır (239). Ancak bizim yaptığımız çalışmada gelir durumu ile obezite arasında ki-kare testi ile

incelendiğinde anlamlı bir ilişki bulunmazken ( $p=0,837$ ), lojistik regresyon analizinde gelir durumunun düşük olması koruyucu olarak çıkmıştır. Yine aynı çalışmada Çayır ve arkadaşları obezite sıklığının en fazla olduğu grupları sırasıyla ev kadınları, emekliler ve işçiler olarak saptamıştır (239). Çalışmamızda bir işte çalışma durumuna göre anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0,506$ ).

## 9. Depresyon

Yaşlı kişiler biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlardan birbirleriyle etkileşen değişiklikler ve sorunlar yaşarlar. Tüm bu değişikliklerle başa çıkılmadığı zaman yaşlılarda bazı ruhsal bozukluklar oluşur (242). Yaşlılarda depresif semptomlar sık görülür ve bu depresif bozukluklar, yaşam kalitesini, üretkenliği bozar, büyük ekonomik kayıplara yol açan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkar (243). Avustralya'da topluma dayalı ileriye dönük bir araştırmada, sağlık ve günlük yaşam aktivitelerinde gerileme, sosyal destekten yoksun olma, bakım hizmetlerinin fazla kullanımı ve aktivite düzeyinin düşük olması depresif semptom sayısını artırdığı görülmüştür (244). Can ve arkadaşlarının 45-75 yaş arası 207 kişiyle yaptıkları çalışmada emeklilik süresi arttıkça gündelik yaşama ilişkin etkinliklerin azaldığı, bunun da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde depresyon puanında artışa yol açtığı bulunmuştur (102).

Yaşlılarda depresyon sıklığını saptamak amacıyla yapılan çalışmalarda kullanılan yöntemlere göre depresyon sıklığı %1-66 arasında değişmektedir (98, 101, 104 , 107, 245-247).

Çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeği uygulanan 444 kişinin %16,7'sinde depresyon şüphesi tespit edilmiştir (kesim noktası 13 alındığında). BDÖ uygulanan kişilerin %22,1'inde hafif depresyon, %5,4'ünde orta derecede depresyon ve %0,2'sinde şiddetli depresyon saptanmıştır. Denizli'de bir sağlık ocağı bölgesinde 65 yaş ve üzeri kişilerle yapılan bir çalışmada Beck Depresyon Ölçeği uygulandığında %53,2'sinde depresif belirtiler saptanmış (242). Çalışmamızdaki depresif belirti sıklığını düşük bulunmasının sebebi daha genç grubu çalışmamıza dahil etmemiz olabilir.

Kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışmasında hem erkeklerde hem de kadınlarda 75 yaş ve üzeri grup, ruh sağlığı sorunlarının en yüksek

oranda görüldüğü yaş grubu olarak bulunmuştur (64). Çalışmamızda da depresyon sıklığı anlamlı düzeyde en yüksek düzey 70 yaş ve üzerinde görülmüştür (%27,8).

Depresyon için başlıca risk faktörleri, kadın olmak, evli olmamak (özellikle dul olmak), stresli yaşam koşulları, sosyal iletişimin kötü olması, fiziksel bir hastalığa sahip olmak, kronik ağrı varlığı, ölüm korkusu, ailede depresyon hikayesinin olmasıdır (100). Balcı ve arkadaşları bu faktörlere ek olarak düşük eğitim düzeyi ve beslenemenin kötü olmasını depresyon için risk faktörü olarak bulmuştur (141). Dişçigil ve arkadaşlarının yaşlılarla yaptıkları çalışmada dul olanlarda depresyon riskini artırdığı bulunmuştur (103). Yaşlılarla yapılan diğer çalışmalarda depresyonu etikleyen başlıca faktörler dul ya da boşanmış olmak, kronik hastalığa sahip olmak, sosyal güvencenin olmaması, son bir ayda stresli durum yaşamak, bilişsel bozukluğun olmasıdır (105, 106). Araki ve arkadaşlarının yaşlılarla yaptıkları çalışmada diyabetin depresyon ile ilişkili olduğu görülmüş (248). Çalışmamızda medeni duruma göre depresyon en sık boşananlarda, evli fakat ayrı yaşayanlarda ve eşi ölenlerde saptanmıştır.

Yapılan çeşitli çalışmalarda kadınlarda erkeklere göre daha fazla oranda depresyon tespit edilmiştir (64, 98, 103, 104, 242). Literatüdeki gibi çalışmamızda kadınlarda depresyon erkeklere göre daha fazlaydı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,006$ ).

Çalışmamızda yalnız yaşayanlarda ve kronik hastalığı olanlarda depresyon daha fazlaydı (sırasıyla  $p=0,006$ ;  $p=0,002$ ). Dişçigil ve arkadaşlarının yaşlılarla yaptıkları çalışmada iki veya daha fazla kronik hastalığın bulunmasının depresyon riskini artırdığı bulunmuştur (103). Erzincan'da huzurevinde yapılan çalışmada kronik hastalığı olanlarda depresyon daha fazla oranda görülmüştür (104). Meksika kökenli Amerikalılarda yapılan bir çalışmada diyabeti olan kişilerde olmayanlara göre daha çok depresyon görüldüğü saptanmıştır. Diyabeti olan kişilerin %30'unda depresif belirtiler varken, %5-10'unda major depresyon tespit edilmiştir (249).

Avustralya'da topluma dayalı ileriye dönük bir araştırmada, sağlık ve günlük yaşam aktivitelerinde gerileme, sosyal destekten yoksun olma, bakım

hizmetlerinin fazla kullanımı ve aktivite düzeyinin düşük olması depresif semptom sayısını artırdığı görülmüştür (244). Keskinoglu ve arkadaşlarının sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede yaptıkları çalışmada depresif belirtileri etkileyen en önemli etmen yakınlarıyla görüşme sıklığı olarak bulunmuştur (250). Gülseren ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yaş arttıkça depresif belirti düzeyinin arttığı gözlenmiştir. Çalışmamızda 70 yaş ve üzerinde depresyon düzeyi anlamlı olarak artmıştır ( $p<0,001$ ). Gülseren ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ekonomik durum ile mental sağlık puanı arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır (251). Çalışmamızda gelir durumu ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p=0,676$ ). Ayrıca eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, sigara ve alkol kullanımı, obezite durumu ile depresyon görülme arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (sırasıyla  $p=1,000$ ;  $p=0,877$ ;  $p=0,510$ ;  $p=0,676$ ;  $p=0,235$ ;  $p=0,858$ ). Yaşlanmaktan memnuniyet ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmazken geçmişteki amaçlarına ulaşamayan kişilerde depresyon anlamlı olarak fazla bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,217$ ;  $p<0,001$ ).

70-79 yaş aralığında yapılan bir kohort çalışmasında diyabeti olanlarda olmayanlara göre daha fazla sıklıkta depresyon görüldüğü saptanmıştır (252). İspanyol yaşlılarda yapılan çalışmada diyabetin depresyonu 1,47 kat artırdığı gösterilmiştir (%95 GA: 1,16-1,83) (253). Uçku ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadın cinsiyetinde olma, dul olma, yalnız yaşama ve kronik hastalığa sahip olma depresyon için risk faktörü olarak saptanmıştır (254). Çalışmamızda da kronik hastalığın olması depresyon için risk faktörü olarak bulunmuştur. Depresyon durumu lojistik regresyon analiz yöntemiyle incelendiğinde evli fakat ayrı yaşama, dul, boşanmış olmak 2,2 kat ve kronik hastalığa sahip olmak 2,2 kat depresyonu arttırmaktadır (sırasıyla  $p=0,008$ , %95 GA: 1,236-4,004;  $p=0,036$ , %95 GA: 1,052-4,788).

Erzincan'da huzurevinde yapılan çalışmada sağlık algısı kötü olanlarda depresyon anlamlı olarak daha fazla görülmüştür. (104). Altıntaş ve arkadaşlarının bir yaşlı bakımevinde yaptıkları çalışmada kendisini sağlıklı hissedenlerde, hissetmeyenlere göre anlamlı olarak daha düşük depresyon riski bulunmuştur (107). Huzurevinde yapılan bir çalışmada hastaların psikolojik belirtilerin artmasına paralel olarak yaşam doyumlarında azalma saptanmıştır

(255). Çalışmamızda da depresyon puanı artarken her iki yaşam kalitesi ölçeğine göre de yaşam kalitesi azalmaktadır.

## 10. Yaşam kalitesi

Yaşam kalitesi, 'iyi olma hali' olarak kullanılan bir terimdir (256). Yapılan çalışmalara göre yaşlılardaki yaşam kalitesini belirleyen en önemli değişkenler sosyoekonomik güvenlik, psikososyal iyilik hali ve genel sağlık durumudur. Bu değişkenler birbirinden bağımsız görünse de, aralarında kompleks etkileşim vardır (19).

Çalışmamızda iki yaşam kalitesi ölçeği kullanıldı. Avrupa sağlık etki ölçeği (EUROHİS) yaşam kalitesini ölçen 8 soruluk bir ölçektir. Ölçek puanının artması yaşam kalitesinin arttığı yönünde yorumlanmaktadır. Nottingham Sağlık Profili, kişinin algıladığı sağlık problemlerini ve bu problemlerin normal günlük aktiviteleri etkileme düzeyini ölçen bir genel yaşam kalitesi ölçeğidir (205). Ölçek puanının arttıkça yaşam kalitesinin kötüleşmektedir.

Yaş arttıkça bilişsel yıkım artmakta, yıkımlar beraber günlük yaşam aktiviteleri bozulmakta ve kişilerin yaşam kalitesi azalmaktadır (132). Samsunda 65 yaş üzeri bireylerde yapılan bir çalışmaya göre yaş arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır (133). Sönmez ve arkadaşlarının İzmir'de 75 yaş ve üzeri kişilerde yaptıkları çalışmada kadın cinsiyetinde olmak, kronik hastalık ve depresyon varlığı yaşam kalitesi için önemli risk faktörü olarak saptanmıştır (257). Çanakkale'de 65 yaş ve üzeri kişilerle yapılan çalışmada EUROHİS toplam puan ortalaması  $21,83 \pm 5,14$  olarak bulunmuştur (23). Çalışmamızda 65 yaş ve üzeri kişilerde  $22,27 \pm 4,89$ 'dir. Yaş grubuna, cinsiyete, öğrenim durumuna, diyabet varlığına göre EUROHİS toplam puanı farklı değilken kronik hastalığı, hipertansiyonu ve depresyonu olanlarda anlamlı olarak daha düşük yaşam kalitesi puanı tespit edilmiştir.

Kayseri'de yaşlılarda yapılan bir çalışmaya göre sosyoekonomik durumu ve sağlık durumu iyi olan yaşlılarda yaşam memnuniyeti daha fazladır (57). Çalışmamızda gelir durumu ile NSP'nin sosyal etkileşim sorusu hariç tüm alt bölümleri ve toplam puan yüzdesi, EUROHİS yaşam kalitesi ölçeğine göre de 1.

,3., 4., 8. soruları ve toplam puan arasındaki ilişkiye bakıldığında yaşam kalitesi gelir durumu arttıkça artmaktadır.

Yaş grubuna göre EUROHIS ölçek puanı değerlendirildiğinde 65 yaş ve üstü yaş grubu, 'Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?' sorusundan daha yüksek puan alırken 'Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?' sorusundan daha düşük puan almıştır (sırasıyla,  $p=0,028$ ;  $p=0,006$ ). Diğer sorularda ve EUROHIS toplam puanının yüzdesinde her iki yaş grubu arasında istatistiksel fark saptanmadı.

Eğitim durumuna göre EUROHIS ölçek puanı değerlendirildiğinde eğitimi düzeyi yüksek kişiler 'Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?' ve 'Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?' sorularından daha yüksek puan almıştır (sırasıyla,  $p=0,028$ ;  $p=0,006$ ).

Çalışmamızda yaş artarken NSP'nin ağrı, enerji, uyku, fiziksel hareketlilik ve toplam puanları artmaktadır. Puan artışının anlamı, bu alanlarda yaşam kalitesi kötüleşmektedir. Yaşın artmasıyla EUROHIS'e göre kişinin kendi yaşam kalitesinden ve evin koşullarından memnuniyeti artmakta ancak kişinin gücünden memnuniyeti azalmaktadır.

Kayseri'de 65 yaş ve üstü 432 kişi ile yapılan bir çalışmada algılanan sağlık durumunu etkileyen faktörler; cinsiyet, yerleşim yeri, ekonomik durum, şişmanlık ve tıbbi yakınma sayısı olarak bulunmuştur (172). Samsunda 65 yaş üzeri bireylerde yapılan bir çalışmaya göre kadınlarda erkeklere göre yaşam kalitesi ölçeği daha düşüktür (133). Çalışmamızda ise EUROHIS ölçeğinde 'Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz? Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?', Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?, Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?' sorularında kadınlar erkeklerde göre daha yüksek puan almıştır, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla  $p=0,031$ ;  $p=0,010$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,031$ ). Kadınların yaşam kalitesi bu sorulara göre daha yüksektir. Diğer sorularda ve EUROHIS toplam puanının yüzdesi puan ortalamasında cinsiyete göre fark saptanmamıştır. Cinsiyete göre NSP değerlendirildiğinde kadınlar erkekler göre ağrı, enerji, uyku, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite ve toplam puanda daha fazla puan almıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır



(sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,003$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ). Kadınların bu parametreler açısından yaşam kaliteleri daha kötüdür.

Kronik hastalık varlığına göre EUROHIS ölçek puanı değerlendirildiğinde 'Sağlığınızdaki ne kadar hoşnutsunuz?', 'Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?', 'Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?' sorularından ve toplam puanlardan anlamlı olarak kronik hastalığı olmayanlar daha yüksek puan almıştır (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,010$ ;  $p=0,004$ ;  $p=0,004$ ;  $p=0,004$ ;) .

Diyabeti olan ve olmayanların EUROHIS yaşam kalitesi ölçeği açısından istatistiksel fark saptanmamıştır. Hipertansiyonu olanlarda, EUROHIS yaşam kalitesi ölçeğinde sağlığından hoşnut olma, gündelik yaşamı sürdürmek için yeterli gücü olma, kendinden hoşnut olma ve toplam puan yüzdesi açısından daha düşük yaşam kalitesine sahiptirler. Depresyonu olanlar NSP'nin ve EUROHIS'in tüm alt kategorileri açısından depresyonu olmayanlara göre daha kötü yaşam kalitesine sahiptirler.

### **11.Coğrafi Bilgi Sistem ile yerleşim yerine göre verilerin değerlendirilmesi**

65 yaş ve üzeri nüfus en çok Cevatpaşa ve Kemalpaşa mahallelerinde yaşamaktadır. Eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olanlar 50-64 yaş grubunda en sık Cevatpaşa ve İsmetpaşa mahallerinde yer alırken 65 yaş ve üzerinde Fevzipaşa ve Namık Kemal mahallerinde yer almaktadır. Katılımcıların %14,1'inin geliri asgari ücretin altındadır. Her iki yaş grubunda gelir miktarı asgari ücretten az olanların tamamı Fevzipaşa ve Namık Kemal mahallerinde yaşamaktadır. Her iki yaş grubunda sigara kullanımı Fevzipaşa'da yaygındır.

Kronik hastalıklar Kemalpaşa, Fevzipaşa ve Esenler mahallerinde daha sık görülmektedir. Kronik hastalıklar 50-64 yaş grubunda Kemalpaşa, Fevzipaşa mahallerinde daha sık görülürken 65 yaş ve üzerinde yerleşim yerlerinin tamamına yakınında yüksek bulunmuştur. Genç yaş grubunda hipertansiyon, diyabet en sık Kemalpaşa, Fevzipaşa mahallerinde görülürken, iskemik kalp hastalıkları Fevzipaşa, Esenler ve Barbaros mahallerinde görülmektedir. 65 yaş

ve üzerinde hipertansiyon en sık Namık Kemal, İsmetpaşa ve Barbaros mahallelerinde tespit edilirken diyabet Namık Kemal, ve Barbaros mahallelerinde daha fazladır. İleri yaşta iskemik kalp hastalıkları en sık Namık Kemal mahallesinde görülmektedir.

Her iki yaş grubunda obezitenin en sık olduğu yerleşim yeri Fevzipaşa'dır. Ayrıca ileri yaşta Namık Kemal'de obezite sıklığı yüksek seyretmektedir. Bu yerleşim yerlerinde obezite sıklığı ile beraber kronik hastalıklar da sorun teşkil etmektedir. BDÖ ile incelendiğinde 50-64 yaş grubunda depresyon en çok Kemalpaşa mahallesinde görülürken, 65 üstü yaş grubunda Fevzipaşa mahallesinde görülmektedir.

Kanada'da yerleşim yerine göre kardiyovasküler risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada tüm yerleşim yerlerinde düşük sosyoekonomik durumu olan kesimin yüksek olan kesime göre kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon, obezite ve sigara kullanım sıklığının daha fazla olduğu görülmüştür (186). Çalışmamızda da benzer şekilde gelir ve eğitim durumunun düşük olduğu yerleşim yerleri olan Fevzipaşa, Namık Kemal ve Kemalpaşa'da kronik hastalıklar, hipertansiyon, diyabet ve obezite daha çok görülmüştür.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

- İncelenenlerin yaş ortalaması  $64,2 \pm 9,3$ 'dür. Çalışma grubunun %71,3'ü erkek, % 28,7'si kadındır. İncelenenlerin çoğu kendi evinde yaşamakta, emekli ve bir işte çalışmamaktadır, aylık gelir miktarı 1000-2500 arasındadır. Çalışmamızda eğitim düzeyi benzer çalışmalara göre yüksek bulunmasına rağmen okuma-yazma bilmeyenler ve okul bitirmemişler %7,3'dür. 65 yaş ve üzerinde, kadınlarda eğitim düzeyi daha düşüktür. Kadınlar, erkeklere göre bir işte çalışanların sayısı azdır ve gelir durumu daha düşüktür. Yaşlılarla ilgili politikalar üretilirken kadınların eğitim düzeyi ve yaşam koşulları dikkate alınmalı, yaşlı kadınlara yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Kadınların eğitim düzeyini yükseltici önlemler alınmalıdır. Bu amaçla okuma-yazma kursları düzenlenebilir. Kadınların daha fazla iş hayatında olması sağlanarak gelir düzeyi de artırılabilir. İş bulma konusunda yine eğitimin önemi büyüktür. Yaşlı kadınların dezavantajlı konumdan çıkabilmeleri için eğitim almaları sağlanmalıdır. Her yaşta kadınların eğitim hayatına katılımı kolaylaştırılmalıdır.
- Erkeklerin sigara içme sıklığı (%32,9) literatürle benzer şekilde kadınlarınki daha düşük (%5,5) bulunmuştur. 50-64 yaş grubunda sigara kullanım sıklığı (%31,3) yüksek iken ileri yaş grubunda azaldığı tespit edilmiştir (%17,3). İleri yaş kadınlar zararlı alışkanlıklardan uzak dururken erkeklerde hem sigara hem alkol kullanımı halen yüksektir. Alkol kullanımı erkeklerde her iki yaş grubunda dikkat çekici şekilde yüksek bulunmuştur (sırasıyla %41,2; %32,3). Sigara bulaşıcı olmayan hastalıklar için önemli risk faktörüdür. Sigara ve alkol gibi sağlığı olumsuz yönde etkileyen maddelerin kullanımını azaltıcı politikalar kararlılıkla sürdürülmelidir. Madde kullanımının zararları hakkında bilgilendirici eğitimler her yaş grubuna verilmelidir. Özellikle erkeklerin bu zararlı maddelerin kullanımını azaltmak için eğitim ve faaliyetlere daha çok erkeğin katılımı sağlanmalıdır.
- Yaşlanmaktan memnuniyet %73'dir. Kadınlar, erkeklere göre, 65 yaş ve üzeri kişiler daha genç gruba göre daha fazla oranda yaşlanmaktan memnundur ve geçmişteki amaçlarına ulaşmıştır.

- İncelenenlerin %8,9'u son altı ay içinde evde, %10,1'i dışarıda düşme düşmüştür. Çalışmamızda evde düşme sıklığı 50-64 yaş grubunda %4,5, 65 yaş ve üzeri grubunda %14,2 olarak saptanmıştır. Kadın olmak, kronik hastalığın olması, 65 yaş ve üzerinde olmak düşme için risk faktörü olarak bulunmuştur. Yaşlılarda sıkça gözlenen düşme sorunu yaşam kalitesini etkilemektedir. Düşme sonrası kafa travmaları, kalça çıkıkları, yaşlılar için önemli mortalite ve morbidite nedeni olduğu için düşmeyi önleyici tedbirler alınmalıdır. Bunun için evde düşmeye sebep olacak tehlikeler ortadan kaldırılmalıdır. Bu amaçla evde eşikler düzeltilmeli, tuvaletlerde tutunmayı sağlayan bir duvar desteği sağlanmalı, banyo ve tuvalette kaymayı engelleyecek bir sistem kullanılmalı, gece aydınlatması sağlanmalıdır. Fiziksel egzersizler düşmeyi önlemede önemli yer tutar. Hareketsiz yaşam kas gücünde azalmaya, denge kaybına sonuç olarak düşmeye sebep olur. Fiziksel hareketliliği teşvik edici programlar yapılmalıdır. Dışarıda düşmeyi önlemek için düşmeye neden olacak faktörler ortadan kaldırılmalıdır. Yerel yönetimler çevre koşullarını değerlendirilmeli, gerekli düzenlemeleri yapmalıdır. Yalnız yaşayan kişilerin düşme konusunda daha aktif izlenmesi önemlidir. Çünkü düştükleri an yardım alabilmeleri güçleşmektedir.
- İncelenenlerin çoğunluğu 2013 yılında Çanakkale'de yapılan çalışmada olduğu gibi ikinci basamak sağlık hizmetlerini kullanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ilk ve en çok tercih edilen sağlık hizmetleri olmalıdır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri gerekli durumlarda kullanılmalıdır. Ülkemizde ikinci basamak sağlık hizmetleri ilk sırada tercih edilerek gereksiz yere hastanelerde yığılmalar olmasına neden olmakta, koruyucu sağlık hizmetleri geri planda kalmaktadır. Yaşlı nüfusun hızla arttığı ülkemizde geriatri alanında kapsamlı hizmet vericek birinci basamağın alt yapısı güçlendirilmeli, sağlık personeline geriatri konusunda daha çok eğitim verilmeli ayrıca toplumun birinci basamak sağlık hizmetlerini daha çok kullanmaları sağlanmalıdır. Bunun için sevk sistemleri uygulanabilir.

- En son sağlık harcamasına bakıldığında %62,2'si sosyal güvence ile %34,2'si hem sosyal güvence hem cepten ödeme yaparken % 3,4'ü sadece cepten ödeme yapmıştır. Sosyal güvence olmasına rağmen cepten ödeme oranları yüksek bulunmuştur. Sosyal güvenlik sistemi ülkemizde son yıllarda revize edilmiştir. Ancak bu durumun cepten ödemeleri tamamen ortadan kaldırmadığı anlaşılmaktadır. Cepten ödemeler sağlık hizmetine ulaşım açısından önemli engellerden birisidir. Özellikle sağlık sorunları fazla olan yaşlı insanlar için bu durum ayrıca önemlidir. Bu nedenle bu konuya özel araştırmalarla konunun boyutları, nedenleri ve sonuçları bilimsel ortamlarda tartışılmalıdır.
- İncelenenlerin %73,1'inde kronik hastalık saptanmıştır. Kronik hastalık sıklığı literatürle benzer şekilde yüksek bulunmuştur. En sık saptanan hastalıklar şöyledi; hipertansiyon (%46,1), diyabet mellitus (%21,7), iskemik kalp hastalıkları (%13,0), solunum sistemi hastalıkları (%10,0), depresif ve anskiyete bozuklukları (%8,2), kanserler (%6,4) ve artrozdur (%6,3). Kronik hastalıklar, yeti yitimiyle giden yaşam kalitesini düşüren hastalıklardır.
- Kardiyovasküler hastalıklardan özellikle hipertansiyonun sıklığı yüksek bulunmuştur (%46,1). Yaş artıkça hipertansiyon görülme sıklığı da anlamlı olarak artmaktadır.
- İncelenenlerde diyabet sıklığı %21,7, kadınlarda %18,8, erkeklerde %23,0 olarak bulunmuştur. 50 yaş ve üzeri her 5 kişiden birinin diyabet olması, giderek artan prevalanslar gelecekte daha çok kişide diyabet olacağını göstermektedir. Diyabet açısından her iki cinsiyet arasında fark saptanmamıştır. Diyabetin görülme sıklığı, 65 yaş ve üzerinde, hipertansiyonu ve iskemik kalp hastalığı olanlarda daha fazla saptanmıştır. Diyabete etki eden faktörler lojistik regresyon analizi ile incelendiğinde hipertansiyonun ve iskemik kalp hastalığının olması diyabet riskini arttırmaktadır.
- İskemik kalp hastalıkları görülme sıklığı %13,7'dir. İleri yaşta, hipertansiyonu ve diyabeti olanlarda anlamlı olarak daha fazladır. Lojistik

regresyon analizi ile incelendiğinde hipertansiyonun ve diyabetin olması iskemik kalp hastalığı riskini artırmaktadır.

- Diyabet, hipertansiyon ve iskemik kalp hastalığı birbirlerini etkileyen benzer risk faktörleri ile ilişkili olan kronik hastalıklardır. Kronik hastalıklarla mücadele için fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme, sigara ve alkol kullanımı, stres gibi önlenemez risk faktörlerini ortadan kaldırmak için Sağlık Bakanlığının sürdürdüğü kronik hastalıklarla mücadele programlarına hızla devam etmeli ve daha çok kişi bu hastalıklar hakkında bilgilendirmelidir. Toplumun kronik hastalıkların zararlı etkileri hakkındaki bilgi düzeyi artırılarak kronik hastalıkların oluşmaması için gerek yaşam şekilleri benimsetilebilir.
- İncelenenlerde obezite ve fazla kilolu olma yüksek düzeyde bulunmuştur (%83,2). Kadınlar erkeklere göre daha fazla oranda obezdi, fazla kilolular da erkeklerde daha fazlaydı. Her iki cinsiyetin bel ölçüm değerleri de yüksek bulunmuştur. Evli fakat ayrı yaşayanlar, dul ve boşanmış olanlar daha fazla oranda obezdi. Kronik hastalığı, hipertansiyonu ve artrozu olanlarda, sigara ve alkol kullanmayanlarda obezite daha çok saptanmıştır. Yaş grubuna göre obezite açısından fark bulunmamıştır. Obeziteye etki eden risk faktörleri lojistik regresyon yöntemiyle incelendiğinde kadın cinsiyetinde olmak, kronik hastalık varlığı, düşük eğitim seviyesi obeziteyi arttırırken gelir seviyesinin 1000 TL'nin altında olması obeziteden korumaktadır. Obezite ile mücadele için doğru beslenme şekli topluma anlatılmalıdır. Hareketli yaşama, düzenli egzersize teşvik etmelidir. Bunun için seminerler, toplantılar düzenlenebilir. Ayrıca medya bu amaçla kullanılabilir. Eğitim seviyesi yükseltilerek obezite önlenir. Obezite ile mücadele genç yaş grubunda başlatılmalıdır.
- Araştırmamız Çanakkale ilinde gelecek on yıllarda 65 yaş ve üzeri nüfusla birlikte bu grupta görülen kronik hastalıkların sıklıklarının da artacağını düşündürmektedir. Bu durum kronik hastalık morbidite ve mortalitesinde önemli bir artışın da olacağını göstermektedir. Bu sonucun etkilerinin azaltılabilmesinin bir yolu risk faktörlerine yönelik sağlıklı koruyucu ve

geliştirici uygulamalarının artırılmasıdır. Bu amaçla da Çanakkale ilinin şehir planlamasında fiziksel aktiviteyi teşvik edici uygulamaların yapılması, özellikle obezite ile mücadelede önemli bir katkı sağlayabilir.

- Çalışmaya katılanların düzenli yemek yeme oranı fazlayken, düzenli egzersiz yapma oranı daha azdır. Kronik hastalıkların önemli risk faktörlerinden biri de fiziksel hareketsizliktir. Fiziksel hareketin giderek azaldığı bir yaşam tarzına doğru giden dünya daha fazla obez olmakta, obeziteyle beraber gelen birçok hastalıkla baş başa kalmaktadır. Bu yüzden toplumda her yaş grubunda egzersiz yapmayı alışkanlık haline getirmeye teşvik etmelidir. Çocuk yaştan itibaren egzersizli bir hayat biçimi haline getirmelidir. Toplumda yönelik eğitimleri artırmalı, çeşitli etkinliklerle hareketli yaşama teşvik etmelidir.
- Çalışmada hekim tarafından tanısı konulmuş kronik hastalıkların sıklığı verilmiştir. Sadece tansiyon için ölçüm yapılmıştır. Tanı konulmamış hastalığın başlangıç evresinde olan diyabet, hipertansiyon ve solunum sistemi hastalıkları için taramalar yapılarak bu hastalıklar başlangıç evresinde önlenabilir. Bunun için birinci basamakta sağlık taramaları yapılabilir. Bu sayede hastalıklar başlangıç evresinde teşhis edilerek hastalıkların ilerlemesi, komplikasyon gelişimi önlenerek maliyet etkin bir müdahale ile ülke ekonomisine katkı sağlanabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık taramaları için uygun sağlık kuruluşudur. Koruyucu hekimlik uygulamaları desteklenerek toplumun kronik hastalıklar ilerlemeden farkındalığı artırılabilir. Ayrıca tanılı hastaların takibi rutin olarak birinci basamakta yapılmalıdır. Düzenli olarak kontrole gelen hastaların tedaviye uyum süreci daha iyi olacaktır. Bu sayede komplikasyon gelişimi önlenebilir ya da geciktirilebilir.
- İncelenenlerde depresyon sıklığı %16,7 olarak tespit edildi. Depresyon boşananlarda, evli fakat ayrı yaşayanlarda ve eşi ölenlerde daha yüksek olarak bulundu. Medeni durumun psikolojik duruma etkisi göz önünde buldurulması gereken bir faktördür. Ayrıca kadınlarda, yalnız yaşayanlarda, 65 yaş ve üzeri kişilerde ve kronik hastalığı olanlarda depresyon daha fazla görülmektedir. Yalnız yaşayan yaşlı bireyler özellikle

de kadınlar risk grubu olduğu için ruh sağlığı açısından değerlendirilmelidir. İleri analizlerde evli fakat ayrı yaşama, dul, boşanmış olmak ve kronik hastalığa sahip olmak depresyonu artırdığı belirlenmiştir. Kronik hastalıkların önlenmesi ruh sağlığı açısından da önemlidir.

- Depresyon, yaşam kalitesini düşüren, ekonomik kayıplara yol açan önemli bir ruhsal problemdir. Çalışmamızda da depresyonun yaşam kalitesini düşürdüğü belirlendi. Depresyon erken tanı konulduğu zaman tedavisi başarılı olan bir hastalıktır. Yaşlı kişiler düzenli olarak depresyon açısından taranıp kesin tanı için üst merkezlere gönderilebilir. Bunun için de birinci basamakta kayıtlı yaşlı nüfus düzenli aralıklarla ön taramadan geçirilebilir.
- Ruh sağlığı için risk gruplarına özel programlar yapılabilir. Yerel yönetimlerle işbirliği yaparak özel sosyal programlar, kurslar, aktiviteler düzenlenerek depresyon eğilimindeki kişilerin daha iyi olmaları sağlanabilir. Fiziksel aktivitenin, ruhsal durumu iyileştirici etkisi olduğu için aktiviteler arasında mutlaka fiziksel aktivite de yer almalıdır.
- Özellikle ileri yaşta toplumdan kendini geri çekme, sosyal ve fiziksel aktivitelerde kısıtlanma görülür. Bu davranış biçimi de kişileri depresyona yönlentmektedir. Yaşlı, evinden çıkamayan, yalnız yaşayan, ekonomik olarak kötü durumda olan kişileri belirlenip onları toplumla bütünleştirici ortamlar sağlanmalıdır. Yerel yönetimlerin ve sosyal kuruluşların desteği ile programlar yapılabilir.
- Gelir durumu arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır. Çalışmamızda yaşam kalitesi 65 yaş ve üzeri grupta daha kötü bulunmuştur. Yaşın artmasıyla her iki ölçüğe göre de yaşam kalitesi kötüleşmektedir. Ülkemizde yaşam kalitesi ve algılanan sağlık düzeyi çalışmaları daha çok huzurevlerinde yapılmıştır. Çalışmamız toplum tabanlı yapılarak yaşlıların durumu tespit edilmiştir.
- Depresyon yaşam kalitesini düşüren önemli bir etkidir. İncelenenlerde depresyonu olanlarda NSP'nin ve EUROHIS'in tüm alt kategorileri açısından depresyonu olmayanlara göre daha kötü yaşam kalitesi puanı almışlardır. Kronik hastalığı, hipertansiyonu ve depresyonu olanlarda



anlamli olarak daha duşuk EUROHIS yaşam kalitesi puanı tespit edilmiştir. Gelir durumu artıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Yaş artıkça NSP'ne göre yaşam kalitesi kötüleşmektedir. NSP'nin ağrı, enejisi, uyku, fiziksel hareketlilik ve toplam puanları yaş ile birlikte artmaktadır. Kadınlarda NSP puanı daha yüksek bulunmuştur.

- Yaşam süresinin artması yüzyıllardır insanlığın arzu ettiği bir durumdur. Ancak bu duruma yeterince hazırlık yapmak gereklidir. Yaşlıların giderek arttığı bir dünyada yaşlıların yaşam kalitesini arttırmayı hedeflemelidir. Kronik hastalıklar yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur. Kronik hastalıkları önlemek bu yüzden önemlidir. Çalışmamızda literatürde olduğu gibi kronik hastalıklarda ve psikiyatrik hastalıklarda yaşla birlikte hızla artışı dikkat çekicidir. Ayrıca gelir düşüklüğü, yalnızlık gibi yaşlılığı olumsuz etikleyen durumlar mevcuttur.
- Kronik hastalıklar, hem hasta için yaşam kalitesini etkileyen bir sorun olmakla birlikte toplum için sağlık harcamalarının artması anlamına gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde geriatrik hasta grubuna yaklaşımda birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruyucu hekimliğin sürdürülmesi, geriatri alanında yeterli uzmanlaşmanın sağlanması hedeflenmiştir. Ülkemizde henüz geriatri alanında yeterince uzman yoktur. Geriatri alanında uzmanlaşmanın artırılması yaşlı sorunlarını çözümlemede etkili bir yaklaşım olacaktır. Gelecekte yaşlılarla ilgili sağlık ve sosyal problemler daha ön planda olacaktır. Yapılan bu çalışma ile özellikle gelecekte yaşlı gruba dahil olacak 50-64 yaş grubunun sağlık profili, sosyal durumu ve yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular önümüzdeki yıllarda daha çok kronik hastalığa sahip, yaşam kalitesi ve psikolojik durumu kötü bir yaşlı kesimin olacağıdır. Yapılan bu tahminin topluma getireceği yk ciddi boyuttadır. Bu yüzden bugün koruyucu sağlık hizmetlerini geriatri alanında güçlendirerek kronik hastalıklarla mücadele ederek bu olumsuz tabloyu önlemek mümkün olacaktır.
- Çalışmamızda literatürde olduğu gibi kronik hastalıklarda ve psikiyatrik hastalıklarda yaşla birlikte hızla artışı dikkat çekicidir. Ayrıca gelir düşüklüğü, yalnızlık gibi yaşlılığı olumsuz etikleyen sosyal durumlar

mevcuttur. Yaşlılık döneminde karşılaşılan sağlık, sosyal ve psikolojik sorunlarla mücadele için birinci basamakta geratrik hizmet sunan interdisipliner ekipler oluşturulabilir. Bu ekipte pratiyen hekim, hemşire, sosyolog, psikolog yer alması interdisipliner yaklaşım içinde yaşlı sorunları çözümlenebilir. Ayrıca geriyatri uzmanı eğitimleriyle bu ekibe destekleyebilir. Ülkemizde henüz geriyatri alanında yeterince uzman yoktur. Geriyatri alanında uzmanlaşmanın artırılması yaşlı sorunlarını çözümlenmede etkili bir yaklaşım olacaktır.

- Yaşlılarda öncelikli amaç hastalıkların oluşmasını önlemek olmalıdır. Koruyucu hekimlik uygulamaları daha kapsamlı sürdürülmelidir. Bunun için birinci basama sağlık hizmetleri güçlendirilmelidir. Erken tanı yöntemleri ile kronik hastalıkların ve kanserlerin erken teşhisi sağlanarak hastalıkları erken dönemde tespiti ile kişilerin yaşam kalitesi artırılmalı ve hastalıkların ileri evrede getireceği maliyet önlenmelidir.
- Bu çalışma 50 yaş ve üzeri kişilerin sağlık profili ve ilişkili risk faktörlerini yerleşim yerine göre tespit etmiştir. Bu bulguların sağlık politika belirleyicelerine yol göstermesi beklenmektedir. Böylece riskli yerlere daha fazla kaynak aktararak maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunulması mümkün olacaktır. Kronik hastalıkların, obezite ve sigara kullanımının yaygın olduğu yerleşim yerleri Fevzipaşa, Namık Kemal ve Kemalpaşa'da daha çok bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele programı sürdürülebilir. Bu bölgede verilen eğitim sayısı artırılarak bulaşıcı olmayan hastalıklar hakkında bilgi düzeyi yükseltilebilir. Çanakkale Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün Sağlıklı yaşam aracı vasıtasıyla bölgede mobil farkındalık eğitimleri ve etkinlikler yapılabilir. Ayrıca yerel yönetimlerle ya da çeşitli projelerle bu bölgelerde hareketli yaşamı desteklemek amacıyla spor alanları oluşturularak bölge halkı hareketli yaşama teşvik edilebilir.
- Günümüzde gelişmiş ülkeler '*sağlık coğrafyası*' konusunu önem vererek hastalıkların coğrafi dağılımlarını ve bu dağılıma etki eden coğrafi faktörleri saptamaya çalışmaktadır. Bu çalışmalar hastalık ve ölümlerin dağılımı, ülkenin ekonomik, sosyal ve demografik yapı özellikleri ile birlikte incelenerek sağlık plan ve programlarının yapılmasında kullanılmaktadır.

Hastalıkların coğrafi dağılımının bilinmesi ülkelerin sağlık politikaları ve yatırımları için mutlaka olması gerekenlerden biridir. Bu çalışma kronik hastalıkların dağılımını ve risk faktörlerini yerleşim yerine göre incelemiştir. Daha çok riskli olan bölgeler tespit edilerek sağlık hizmetlerinde öncelikli yerleşim yerleri tespit edilmiştir. Böylece sağlık gücünün doğru şekilde aktarılmasına ve maliyet etkin müdahalelerin olmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

- Toplumda sağlık sorunlarının incelenmesi, boyutlarının ve nedenlerinin belirlenmesi ile bu nedenlere yönelik çözümler üretilmesi epidemiyoloji biliminin varlık nedenidir. Hastalıkların coğrafik dağılımı bu nedensellik içinde önemli bir açıklayıcılık sağlayan değişkenlerden birisidir. Bu nedenle epidemiyolojik çalışmalarda daha fazla kullanım alanı bulması önemlidir. Hastalıkların coğrafik dağılımının incelenmesi günümüz bilgi teknolojileri sayesinde artık çok daha kolaydır. Bu nedenle daha fazla kullanılması bilimsel çalışmalarda zenginlik katacağı gibi sorunların çözümü aşamasında da önemli bilgiler sağlayacağı muhakkaktır.
- Gelecekte yaşlılar diğer öncelikli grupların önüne geçecektir. Bu bilimsel olgu en çok sağlık hizmetlerini ve de sosyal hizmetleri ilgilendirmektedir. Bugüne kadar ülkemizde sağlık ve sosyal politikalar kadınların ve çocukların önceliklerine göre belirlenmiştir. Bu durum yerini yaşlılara bırakmaktadır. Ülkemiz bu konuda homojen bir dağılım göstermemektedir. Çanakkale gibi bazı bölgeler yaşlı nüfus açısından oldukça ileride bulunmaktadır. Ancak bu konuda hedef belirleme dışında çok da yol alındığı söylenemez. Oysa sağlık ve sosyal hizmetler risk gruplarının önceliklerine göre planlanmalıdır. Mevcut durum saptamaları ve bölgesel farklılıklar da göz önünde bulundurularak toplumun ihtiyaç duyduğu hizmet planı yapılmalı ve uygulamaya konulduktan sonra da izlenmelidir.
- Yaşlı insanların önemli bir kısmın uzun yıllar takip edilmeyi gerektiren sağlık sorunları vardır. Bu sorunlara bağlı, fiziksel, ruhsal ve sosyal kısıtlılıklar yaşamaktadırlar. Kendi ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekebilmektedirler. Daha ağır olarak da yakınlarını ve kendilerini tamamen

unutmaktadırlar. Bu durumlar yaşam alanlarının onların ihtiyaçlarına göre düzenlenmesini gerektirmektedir. Daha fazla ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ulaşımları kolaylaştırılmalıdır. Sağlık hizmetlerinde ve sosyal hizmetlerde yeni bakış açılarına ihtiyaç vardır. Ayrıca yaşlıların maksimum düzeyde yaşamın içinde olacağı çevresel düzenlemelere ve sosyal hizmet anlayışının da tartışılmasına ihtiyacımız olacaktır. Ancak bu şekilde “21 Hedefte Türkiye”nin yaşlı sağlığı ile ilgili hedeflerine varmamız mümkün olabilecektir.



## ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

- Çalışmanın en önemli kısıtlılığı örnekleme hesaplanan kişi sayısına evlerde ulaşamaması bunun yerine kentsel alanlardaki sosyal merkezlerde yapılmasıdır. Evden çıkamayan engelli ve ileri yaştaki kişilere ulaşamamıştır. İncelenenlerin çoğunluğunun erkek olmasının sebebi de çalışmanın evlerde yapılamaması bu sebeple daha az sayıda kadına ulaşılmasıdır. İleri çalışmalarda daha fazla sayıda kadına ve engelli hareket kabiliyeti kısıtlı kişilere ulaşabilmek için ev ortamında çalışma yapılabilir. Çanakkale’de kentsel alanda yaşayanların sosyokültürel olarak farklı yapıda olması, gündüz ev ortamı yerine daha çok kahvehaneler, kafeler ve sosyal yaşam alanlarında bulunmaları nedeniyle çalışma ev yerine bu sosyal alanlarda yapılmıştır. Ayrıca kentsel alanın geniş bir sahada olması saha ekibinin bunun için yeterli sayıda olmaması kısıtlılıklardan bir diğeridir. Hedef nüfus olan 50 yaş üstü nüfusa ulaşmak için çalışma ekibinin hangi evde hangi yaş grubunun yaşadığını bilinememesi saha çalışması sırasındaki karşılaşılan zorluklardan bir diğeridir.
- Kemalpaşa, Fevzipaşa ve Namık Kemal mahallelerinden belirlenen örneklem büyüklüğüne ulaşılmasına rağmen bu mahallelerden 20’den az kişiyle görüşülmüştür. Sonraki çalışmalarda daha çok kişiyle görüşülerek sonuçlar daha çok genellenebilir.
- Çalışmamızda hekim tanısı almış kişilerin kronik hastalık sıklığı incelenmiştir. Sadece tansiyon ve obezite açısından tarama yapılmıştır. İleriki çalışmalarda hiperlipidemi, diyabet ve solunum sistemi hastalıkları açısından ölçümler yapılarak tanı almamış ya da ilaç tedavisi aldığı halde kontrolü kötü kişilerin tespiti yapılarak kronik hastalıkların gerçek sıklıklarına ulaşılabilir.

## KAYNAKLAR

1. TC Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Daire Başkanlığı, Dünya Sağlık Raporu. (1998). Dünya Sağlık Örgütü Cenevre.
2. United Nations Population Division, World Population Prospects. (2002). Revision Population Database.
3. Dudak, H A., Çakıl, E., Aykut, M., Çetinkaya, F., Günay, O., Öztürk, Y. (2006). Kayseri İl Merkezindeki Yaşlıların Mediko-Sosyal Sorunları Ve Yaşam Memnuniyetlerini Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*.9(4):202-212.
4. WHO, Elderly abuse. (2017)  
Erişim:[<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/abuse-older-people/en/>] Erişim tarihi:09.06.2017
5. TÜİK Haber Bülteni, İstatistiklerle Yaşlılar, 2016. Erişim:[ [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) ]  
Erişim tarihi:09.06.2017.
6. TÜİK Haber Bülteni, İstatistiklerle Yaşlılar 2014. Erişim:  
[<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620>] Erişim Tarihi:  
05.05.2015
7. Bilir, N., Paksoy, N. (2007). Yaşlılık ve Sağlığın Geliştirilmesi. *Temel Geriatri* (Editörler. Gökçe-Kutsal, Y., Aslan, D.) Ankara: 87-94.
8. Gülbayrak, C., Açıık,Y., Oğuzöncül, A.F., Deveci, S.E., Ozan A.T. (2003). Yenimahalle Eğitim Araştırma Sağlık Ocağına Başvuran Yaşlılardaki Kronik Hastalıkların Sıklığı Ve Maliyeti. *AÜTD* 35:7-12.
9. Türkiye sağlıklı yaşlanma ulusal eylem ve uygulama programı 2015-2020. Ankara. 2015 : 5.
10. Top facts of age and health, 2017.  
Erişim:[<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>]. Erişim tarihi:10.04.2017.
11. Bilir, N., Erbaraktar, P.N. (2012). Yaşlılık Sorunları- *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* Cilt 3: Hacettepe Üniversitesi Yayınları İkinci Baskı: 1532,1533,1537.
12. Yaşlı Sağlığı.(2002). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara.SAYFA

13. Danış ZM. (2004). *Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri*. Ankara: Güç-Vak Yayıncılık:20.
14. Baran AG. (2007). Başarılı yaşlanma modellerinin sosyolojik analizi. İçinde: Kalıncara V, Akın G. V. *Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı*. Ankara: Gazi Kitabevi :236-45.
15. World Health Report.(1996). WHO Publications1997.
16. Mandıracıoğlu, A. (2010). Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıların Demografik Özellikleri. *Ege Tıp Dergisi/ Ege Journal Of Medicine*; 49 (3): 9-45.
17. Tufan, İ. Gerontolojiye Giriş: 7. Erişim: [http://www.itgevakif.com/pdfs/Gerontolojiye\_Giri%C5%9F\_itufan\_sicher.pdf ] Erişim Tarihi: 17.02.2015.
18. Vehid, S. (2000). Ülkemizde Huzurevlerinin Dağılımı Ve Bu Dağılımın Düşündürdükleri. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*. 31(4):239.
19. Ateşkan, Ü. (2010). Yaşlı İnsanların Sorunları, Toplumdan Ve Politikadan Beklentileri-*Almanya Ve Türkiye’de Yaşlılar Ve Yaşlılık Politikaları*, Ankara. Konrad-Adenauer-Stiftung Yayını: 51-57.
20. The top 10 causes of death.(2017). Erişim :[http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing\_facts/en/] Erişim tarihi:27.04.2017.
21. Kalache A. et al. (2005). Global Aging: The Demographic Revolution In All Cultures And Societies In (Ed) By Malcom L. Johnson *The Cambridge Handbook Of Age And Ageing*, Cambridge Univ. Press.
22. Türkiye İstatistik Kurumu/ Yayınlar ‘İstatistiklerle Yaşlılar 2013 Erişim: [http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT\_ID=11&KITAP\_ID=265] Erişim Tarihi:07 Mayıs 2014.
23. Uluocak, Ş. Arslan, C. Gökulu, G. Bilir, O. Bakar, C. (2013). Çanakkale Yaşlı Atlası. Çanakkale. Çanakkale Olay Gazetesi Yayını: 51,74,155-157.
24. DSÖ (2002). Erişim : [http://www.who.int/ageing/publications/active\_ageing/en/ ]. Erişim Tarihi: 14.04.2017.
25. Duyar İ. Eds: Mas R, Işık AT, Karan MA, Beğler T, Akman Ş, Ünal T. In: Geriatri, Bölüm 1: *Gerontolojinin Temelleri*. Ankara: TGV; 2008: 9-19.

26. Beğer, T., Yavuzer H. (2012). Yaşlılık Ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim. 25:1-3.
27. Canatan, A.(2008). Yaşlanma Ve Yaşlılık Nedir?, *Sosyal Yönleriyle Yaşlılık*. Palme Yayıncılık: 13-16.
28. Kalinkara, V. (2011). *Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi*. Nobel Yayın, Ankara: 66-67, 99,103,104,109,127.
29. Dikmenoğlu, N. (2007). Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler, *Geriatry*, Birinci Baskı. Ankara. Türk Tabipler Birliği Yayınları: 27-36.
30. Tümerdem, Y. (2006). Gerçek Yaş. *Turkish Journal Of Geriatrics*. 9 (3): 195-196.
31. Döventaş, A. (2011). Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme. Geriatrik Hasta Ve Sorunları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri *Sempozyum Dizisi* No: 75. Editörler: Beğer, T. Erdinçler, D.S Altıparmak, M.R. Doyuran matbaası. İstanbul 69: 9-31.
32. Gökçe-Kutsal, Y.(2011). Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları. Erişim:[ <http://www.geriatri.org.tr/SempozyumKitap2011/3.pdf> ]. Erişim tarihi:25.04.2016
33. Karadakovan, A. (2010). *Yaşlılık*. Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitapevi. (Ed: Karadakovan, A. , Arslan E.F). Ankara.
34. Güleç, M., Tekbaş, Ö F. (1997). Sağlık Perspektifinden Yaşlılık. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri;17(6): 369-378.
35. Dünya Bankası 2015 65 yaş ve üzeri nüfus Erişim :[ <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS> ] Erişim tarihi:09.06.2017
36. Arıoğul, S. (2006). Yaşlanmanın biyolojik temelleri. Geriatri ve gerontoloji, 1.basım, Arıoğul S (ed). MN Medikal&Nobel, Ankara.
37. Piscopo, J. Gerontology. (1985). Fitness and Aging, 1st. ed. Piscopo J (ed). Macmillan Publishing Company, John Wiley&Sons, New York.



38. Pikna, JK. (1998). Concepts of altered health in older adults. Pathophysiology ,5th ed. Porth CM(ed). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
39. Aiken, L.R. (1995). Physical structure and functioning. Aging – *An Introduction to Gerontology*. 2th ed. Aiken, L.R(ed). Sage Publication, California.
40. Pawelec, G. (2005). Immunosenescence and vaccination. *Immunity & Ageing*;2:16.
41. Cox H.G. (2006). Theoretical Perspectives on Aging. Later Life: The Realities of Aging 6th ed., Cox H.G (ed). Prentice – Hall, New York.
42. Cankurtaran, M. Yaşlılık, yaşlanma mekanizmaları, antiaging ve yaşam tarzı değişiklikleri, 7. Ulusal İç hastalıkları kongresi  
Erişim :[ <http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/7/7.15.pdf> ]Erişim tarihi:09.06.2017
43. Guarente, L., Kenyon, C., (2000). Genetic Pathways That Regulate Ageing in Model Organisms, *Nature*. 408; 255-262.
44. Hooyman and Kiyak.(1999).social gerontology: A multi disciplinary perspective, Allyn and Bacon,5th ed.
45. Bekir, O.(1995).Gelişim Psikolojisi, İmge Yayınevi.
46. Mckee.P., Barber, C.(2001).Plato's Theory Of Aging. *Journal Of Aging And Identity*, Vol.6, No.2.
47. LEHR, Ursula .(1994). Yaşlanmanın Psikolojisi, (Psychologie des Alterns), (Çev. Neylan ERYAR), Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul:15-18.
48. Tufan, İ. (2007). Birinci Yaşlılık Raporu 2007 İstanbul. Step Ajans: 1,124.
49. Berti, Enrique, M. (2005). Geriatrics And Gerontology Universal History, Printed In Venezuela By Editorial Torino.
50. Diyanet İşleri Başkanlığı, Kuran Tefsiri  
Erişim:[<http://kuran.diyaret.gov.tr/tefsir/Y%C3%A2s%C3%AEn-suresi/3773/68-ayet-tefsiri> ] Erişim tarihi:09.06.2017

51. Yaşlı İnsanların Toplumdaki Yeri .(2009).  
Erişim :[<http://www.bilgiustam.com/yasli-insanlarin-toplumdaki-yeri/>]  
Erişim tarihi:24.04.2017.
52. Gökçe-Kutsal, Y. (2003). Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan. Erişim:[[http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2003/sayi\\_3-4/baslik1.pdf](http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2003/sayi_3-4/baslik1.pdf)]. Erişim tarihi:25.04.2016.
53. Doğan N. (2010). . Yerel Yönetimlerin Yaşlılarla İlgili Politikaları-Almanya Ve Türkiye’de Yaşlılar Ve Yaşlılık Politikaları, Ankara. Konrad-Adenauer-Stiftung Yayını: 116.
54. Türkiye’nin Demografik dönüşümü, Hacettepe Nüfus Etüdleri Enstitüsü Yayını:7. Erişim:  
[[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu\\_220410.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf)] Erişim Tarihi: 17.02.2015.
55. Dünya nüfus piramidi 1950-2100. Erişim:  
[[https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/World\\_Population\\_2015\\_Wallchart.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/World_Population_2015_Wallchart.pdf)] Erişim tarihi:17.04.2017.
56. TÜİK Haber Bülteni, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2016.  
[[file:///C:/Users/vio/Downloads/Adrese\\_Dayal%C4%B1\\_N%C3%BCfus\\_Kay%C4%B1t\\_Sist\\_31.01.2017.pdf](file:///C:/Users/vio/Downloads/Adrese_Dayal%C4%B1_N%C3%BCfus_Kay%C4%B1t_Sist_31.01.2017.pdf)] Erişim tarihi: 06.04.2017.
57. Dudak, H A., Çakıl, E., Aykut, M., Çetinkaya, F., Günay, O., Öztürk, Y. (2006). Kayseri İl Merkezindeki Yaşlıların Mediko-Sosyal Sorunları Ve Yaşam Memnuniyetlerini Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics.9(4):202-212.
58. Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı. (2013): 19-22.
59. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, 2013  
Erişim: [[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf)]  
Erişim Tarihi: 23.01.2015
60. Karakara, M.D (2009). Provincial And Regional Population Projections For The Centenary Of The Republic Of Turkey. Dissertation. Hacettepe University Institute Of Population Studies. Ankara.

61. Peker, M. (2009). Nüfusumuzun yeni sorun alanları. Çalışma ortamı, 102 (1): 10-11.
62. Çoğaz, A. (2010). Almanya Ve Türkiye’de Yaşlı Hizmeti zinciri- Almanya Ve Türkiye’de Yaşlılar Ve Yaşlılık Politikaları, Ankara. Konrad-Adenauer-Stiftung Yayını: 73-81.
63. TÜİK Haber Bülteni 2015. Erişim: [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) Erişim Tarihi: 02.05.2016.
64. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması, 2013 (KHRFSÇ, 2013).  
Erişim: [ <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> ] Erişim tarihi:06.05.2016
65. The World Health Report. (2003). Shaping Future. World Health Organization, Geneva
66. DSÖ ölüm nedenleri, 2015.  
Erişim:[ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> ] Erişim Tarihi: 24.04.2017
67. Ulusal Hastalık Yükü Ve Maliyet Etkililik Projesi. (2004). T.C.Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ankara.
68. The Global Burden Of Disease.(2004).  
Erişim:[[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/)] Erişim Tarihi: 17.04.2017
69. TÜİK Engelli Haber Bülteni. Erişim :[<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18617> ] Erişim tarihi:20.04.2017
70. Bilir, N. (2006). Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar Ve Yaşlılık Sorunları. Toplum Ve Hekim Bülteni: 25 (3): 1-6.
71. Yaşlılık gerçeği 65 yaş üzerindeki kişilerin sağlık durumları, fiziksel aktiviteleri ve sosyal yaşamları üzerine bir araştırma. (2004).Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi Ve Uygulama Merkezi, Ankara.

72. Bilir, N. (1995). Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü Ve Yaşlılık Sorunları, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Güneş Kitabevi, Ankara:359-368.
73. Aydın ZD. (1999). Yaşlanan dünya ve geriatri eğitimi. Turk J Geriatrics ; 2(4): 179-187.
74. Ünal, B. (2014). Türkiye’de Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar. Türkiye sağlık raporu 2014. Hasuder: 215-232.
75. Önal, E., Tümerdem, Y. (2001). Yaşlılıkta Hipertansiyon. Turkish Journal Of Geriatrics. (4): 141-145.
76. Chobanian, A.V. (2007). Clinical practice. Isolated systolic hypertension in the elderly. N Engl J Med 357:789-796.
77. Wolf-Maier, K., Cooper, RS., Banegas, JR. (2003). Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 european countries, canada, and the united states. JAMA ;289:2363-2369.
78. Soydan, İ. (2005). Hipertansiyon İle İlgili TEKHARF Çalışması Verileri ve Yorumları. Ed.: Onat A. TEKHARF: In: Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı: Halkımıza İlişkin Temel Veri Üretiminden Evrensel Tıbbı Katkıya. İstanbul. Argos Yayıncılık.60-71
79. TURDEP-II (Türkiye Diyabet Hipertansiyon Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması, 2011). Erişim: [http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP\_II\_2011.pdf] Erişim Tarihi: 18.05.2015
80. Ülger, Z., Cankurtaran, M.(2008). Yaşlı Hastalarda Hipertansiyona Yaklaşım. Dirim Tıp Gazetesi. 83:139-151.
81. Türkiye Diyabet önleme ve kontrol programı eylem planı, 2015-2020.(2015). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara Erişim: [http://beslenme.gov.tr/content/files/diyabet/turkiyedyabetprogrami.pdf ] Erişim Tarihi: 18.05.2015
82. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2010. Erişim:[ http://www.sagem.gov.tr/TBSA\_Beslenme\_Yayini.pdf ]Erişim tarihi:05.05.2016.

83. Obesity and overweight. WHO. 2017 Erişim: [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/] Erişim tarihi:05.05.2016.
84. Aktener, A., Dülger, H., Erkeyhan, G., Görmeli, G., Kafadar, F. Keskinöglü, P., Soyer, A. (2006). Yarı Kırsal Bir Bölgede 20-64 Yaş Üreme Çağı ve Menapoz Sonrası Kadınlarda Şişmanlık; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 23 (3).
85. Eker, E., Şahin, M. (2002). Birinci Basmakta Obeziteye Yaklaşım. Sted Dergisi. 11 (7); 246-249.
86. Dünya kanser insidans ve prevalansı Erişim: [http://globocan.iarc.fr/Pages/Map.aspx] Erişim Tarihi:18.04.2017
87. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 2017 Erişim : [http://kanser.gov.tr/Dosya/2017Haberler/2017\_4\_subat.pdf ] Erişim Tarihi:18.04.2017
88. Takahashi, PY. Okhravi, HR. Lim, LS.Kasten, MJ. (2004) Preventive health care in elderly population: a guide for practicing physicians. *Mayo Clin Proc*;79:416-27.
89. Deveci, F. Deveci, SE. Türkoğlu, S.Turgut, T. Kirkil, G. Rahman, S.Açık, Y. Muz, MH. (2011). The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Elazig, Eastern Turkey. *Eur J Intern Med*;22:172-6.
90. Türk Toraks Derneği, 2016 Erişim :[http://www.toraks.org.tr/halk/Page.aspx?d=10 ] Erişim tarihi: 14.06.2016
91. Türkiye Yetişkin Tütün Araştırması, 2012 Erişim:[ http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142 /]Erişim tarihi:06.05.2016
92. Şenocak, Ö. El, Ö. Söylev, G.Ö. Avcılar, S.Peker, Ö. (2008). İnme Sonrasında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Journal Of Neurological Sciences*. 25 (3): 169-175.
93. Cansever, T. ( 2005). İskemik İnmede Risk Faktörleri Ve Toast Sınıflaması. Uzmanlık Tezi. 5

94. Topçuoğlu, S.E. Selekler, K. (1998). Alzheimer hastalığı. Türk Geriatri Dergisi. 1 (2): 63-67
95. Topbaş, E. Eroğlu, Z.M. Zabun, S. Güneş, T. Çalışkan, M. (2013). Depresyon ve Parkinson Hastalığı Birlikteliğinde Elektrokonvülsif Tedavi Kullanımı: Bir Olgu Sunumu. Çukurova medical journal ; 38: 185-188
96. Emre, M. Aarsland, D. Brown, R. B. (2007). Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. Mov Disord ; 15;(22):1689-707.
97. Kutsal, Y. G. Eyigör, S. (2012). Yaşlı Sağlığı- Sorunlar Ve Çözümler .Klinisyen gözüyle yaşlılık döneminde sık görülen hastalıklar. Hasuder Yayın no: 2012-1 1. baskı:48-59.
98. Sütölk, Z., Demirhindi, H., Savaş, N., Akbaba, M. (2004). Adana Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Sıklığı Ve Nedenleri. 7(3): 148-151.
99. Savrun, M. (1999). Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi, Depresyon, Somatizasyon Ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu: 11-17.
100. Depression in elderly. (2013). Erişim :[<http://www.healthyplace.com/depression/articles/depression-in-elderly/> ] Erişim Tarihi: 27.05.2015
101. Tamam, L. Öner, S. (2001). Yaşlılık Çağı Depresyonları. Demans Dergisi; 1(2): 50-60.
102. Can, H., Soysal, Ş., Yalçın, K., Yılmaz, G. (2008). Bir Semt Polikliniğine Başvuran Emekli Bireylerde Gözlenen Depresif Belirtiler Ve Sağlık Anlayışının İncelenmesi, Yeni Symposium. 46 (3): 122-129.
103. Dişçigil, G., Gemalmaz, A., Başak, O., Gürel, F., S. Tekin, N. (2005). Birinci Basamakta Geriatrik Yaş Grubunda Depresyon, Turkish Journal Of Geriatrics, 8(3) : 129-133.
104. Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A. (2009). Erzincan Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Ve Etkileyen Faktörler, Turkish Journal Of Geriatrics; 12(1): 25.
105. Maral I, Aslan S, İlhan MN, et al. (2001). Depression and risk factors: A comparative study on elderly persons living at home and in

106. nursing homes (Article in Turkish). Turkish Journal of Psychiatry.12(4):251-9.
107. İlhan, M.N. Maral, I. Kitapçı, M., Aslan, S., Çakır,N., Bumin,M.A. (2006). Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Bilişsel Bozukluğu Etkileyebilecek Etkenler. Klinik psikiyatri dergisi (9): 177-184.
108. Altıntaş, H., Attilla, S., Sevecan, F., Akçalar, S., Sevim, Y., Solak, Ö.S., Şahin, E.K., Velagiç, Z. (2006). Ankara’da Bir Yaşlı Bakımevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Taranması. TAF Preventive bulletin. 5 (5): 332-342.
109. Foster, JR. (1997). Successful coping, adaptation and resilience in the elderly: An interpretation of epidemiologic data. Psychiatry Quarterly; 68 (3): 189-219.
110. Ulusal Ruh sağlığı eylem planı 2011-2023. Tc sağlık bakanlığı.ankara. 2011
111. Worldwide Prevalence Of Anaemia 1993-2005. (2008) World Global Database On Anaemia Erişim: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657\_eng.pdf]Erişim Tarihi: 10.06.2016
112. Çoban E. (2004). Yaşlı hastalarda anemi sıklığı ve morfolojik olarak dağılımı. *Türk Geriatri Dergisi*. 7 (3): 131-132
113. Smith DL. (2000). Anemia in the elderly. *Am Fam Physician*.62: 1565-1572
114. Ania BJ. (1997). Incidence of anemia in older people: an epidemiologic study in a well-defined population. *J Am Geriatr Soc*. 45: 825-831.
115. Arabacı Z. (2015). Yaşlılarda Ev Kazaları. *Sağlık Ve Toplum*; 25 (2): 24-29.
116. Beğler, T. (2004).Düşmeler. Aktüel Tıp Dergisi 9(2-3): 35- 37.
117. Suzuki, M., Ohyama, N., Yamada, K., Kanamori, M. (2002). The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals. *Nursing and Health Sciences*.4:155-161.
118. Barber, CE. (2005). ‘Preventing Falls İn The Elderly’.

119. Erişim: [http://www.firstlighthomecare.com/microsite-news/preventing-falls.pdf] Erişim Tarihi: 7.08.2014.
120. Beğer, T. (2011). Yaşlılık ve düşmeler. Geriatrik Hasta Ve Sorunları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 75. Editörler: Beğer, T., Erdinçler, D.S, Altıparmak, M.R. Doyuran matbaası. İstanbul 69: 195-201.
121. Şencan, İ. Canbal, M. Tekin, O. (2011). Işık, B. Halk Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık Dönemi Düşmeleri, Yeni Tıp Dergisi; 28 (2): 79-82.
122. Deprey, SM .(2009). Descriptive Analysis Of Fatal Falls Of Older Adults İn A Midwestern Counting İn The Year 2005. Journal Of Geriatric Physical Therapy; 32 (2):8-23.
123. Engin, S. (2005). Yaşlılarda Koruyucu Hekimlik. Türk Aile Hek Dergisi; 9(2): 79-84
124. Bilir, N. (1995). Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü Ve Yaşlılık Sorunları, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Güneş Kitabevi, Ankara:359-368.
125. Brouwer, B., Walker, C., Rydahl,SJ.,Cukham, EG.(2003). Reducing fear of falling in seniors through education and activity programs: A randomised trial. JAGS; 51(8).19-34.
126. Global strategy and action plan on aging and health 2016-2020). Erişim:[ http://www.who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf?ua=1 ] Erişim tarihi:09.06.2017
127. Küçükkaraca, N. (2000). Başarılı Yaşlanma ve yaşlı istismarı. Antropoloji ve yaşlılık. (Ed. G. Erkan ve V. Işıkhan). HÜ Sosyal hizmetler yüksekokulu yayın no: 006, Ankara: 107-117.
128. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (Eds). (2002). World report on violence and health. World Health Organization, Geneva.
129. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. (2017).Lancet global health, 5; 147-56.
130. Tüzün, EH. Eker, L. (2003). Sağlık Değerlendirme Ölçütleri Ve Yaşam Kalitesi. Sağlık ve Toplum:13-3.



131. Arslan D. (2012). Halk Sağlığı Bakış Açısıyla 'Nitelikli' Yaşam Kalitesi-Yaşam Kalitesi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara. Cilt:3:1896.
132. Arslan, Ş. Kutsal, Y G.1999. 'Geriatride Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi'. Turkish Journal of Geriatrics. 2(4):173.
133. Aktaş, D. Şahin, E.Terzioğlu, F.(2013). Kadın Sağlığı Açısından Yaşlılık Ve Yaşam Kalitesi. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 16(1): 65-71.
134. Henderson, AS. (2000). Epidemiology of psychiatric disorders. BJ Sadock, VA Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry'de, vol. II, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkin: 2988-2997.
135. Canbaz, S. Sünter,T. Dabak, Ş. Pekşen,Y.(2001). Samsun İl Merkezindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesi. 7. Halk Sağlığı Günleri Bildirisi.
136. Akgün, S., Bakar, C., Budakoğlu, I İ. (2004). Dünya'da Ve Türkiye'de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları Ve İyileştirme Önerileri. Türk Geriatri Dergisi; 7 (2):105-110.
137. Satarino, WA.( 2006). Epidemiology Of Ageing: An Ecological Approach, Jones And Bartlet
138. Uçku, R. Şimşek, H.(2012). 'Halk Sağlığı Uygulamaları Ve Yaşlanma; Ne Kadar Yeterli; Yaşlı Sağlığı Ve Çözümleri'. Editörler: Arslan D, Ertem M ;9-12.
139. Ebrahim S et all. 2002. 'Health Of Elderly People'. Oxford Textbook Of Public Health, Volüme 3, Oxford University Press
140. Türkiye Cumhuriyeti Avrupa Birliği Bakanlığı. Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesillerarası Dayanışma Yılı Hakkında Bilgi Notu. Ankara, 2011. Erişim :  
[[http://www.ab.gov.tr/files/SBYPB/Sosyal%20Politika%20ve%20%C4%B0stihdam/aktif\\_yaslanma\\_bilgi\\_notu.pdf](http://www.ab.gov.tr/files/SBYPB/Sosyal%20Politika%20ve%20%C4%B0stihdam/aktif_yaslanma_bilgi_notu.pdf) ] Erişim tarihi: 15.06.2016
141. Arslan, D. Aktif yaşlanma kavramı Erişim :  
[[http://www.turkgeriatri.org/sorulariniza\\_yanitlar.php?pg=aktif](http://www.turkgeriatri.org/sorulariniza_yanitlar.php?pg=aktif)] Erişim tarihi: 13.06.2016

142. Heinisch, R. (2010). Almanya Ve Türkiye'de Yaşlı Hizmeti Zinciri- Almanya Ve Türkiye'de Yaşlılar Ve Yaşlılık Politikaları, Ankara. Konrad-Adenauer-Stiftung Yayını:65- 72.
143. Balcı, E. (2012). Yaşlı Sağlığı- Sorunlar Ve Çözümler. Bedensel Etkinlik ve Yaşlılık. Hasuder Yayın no: 2012-1 1. baskı:42-47.
144. Yaşlı sağlığı modülleri-2011. Erişim: [ <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/yaslisagligi.pdf> ] Erişim Tarihi: 04.05.2016
145. Soyuer, F. Soyuer, A. (2008). Yaşlılık Ve Fiziksel Aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.15 (3): 219-224.
146. Yaşlılarda fiziksel aktivite. THSK. ANKARA. 2014. ERİŞİM: [ [http://beslenme.gov.tr/content/files/basin\\_materyal/Fiziksel\\_aktivite\\_rehberi/2\\_yasliilar.pdf](http://beslenme.gov.tr/content/files/basin_materyal/Fiziksel_aktivite_rehberi/2_yasliilar.pdf) ] Erişim Tarihi: 04.05.2016
147. Karan A. Yaşlılıkta Egzersiz ve Spor. Turk J Phys Med Rehab 2006;52 (Özel Ek A):53-6.
148. Şahin, U. Saingüven, G. (2010). Yaşlılarda Sigara Kullanımı ve Bıraktırmaya Yönelik Çabalar: Uğraşmaya Değer mi? Erişim : [ [http://www.akadgeriatri.org/managete/fu\\_folder/2011-01/html/2011-3-1-001-012.htm](http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2011-01/html/2011-3-1-001-012.htm) ] Erişim tarihi:06.05.2016
149. WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPİDEMIC 2011. Erişim:[ [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/) ] Erişim tarihi:06.05.2016
150. Çan, G. (2014). Türkiye Sağlık Raporu 2014. Türkiye'de Tütün Kontrolünün Dünü, Bugünü Ve Yarını. Hasuder Yayını. Yayın No: 2014-8. : 493
151. Bilir, N. Paksoy, N. (2008). Yaşlanma Ve Sigara. Sağlık Bakanlığı Yayını. Yayın No: 731: 7-11.
152. Arslan, D: Sigara ve yaşlılık. Erişim : [ [http://www.turkgeriatri.org/sorulariniza\\_yanitlar.php?pg=sigara#content](http://www.turkgeriatri.org/sorulariniza_yanitlar.php?pg=sigara#content) ] Erişim tarihi:06.05.2016

153. Yaşlılıkta Beslenme Erişim:  
[<http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=90> ] Erişim Tarihi:  
04.05.2016
154. Arslan, D. (2012). Yaşlı Sağlığı- Sorunlar Ve Çözümler.Sağlıklı Beslenme Ve Yaşlılık. Hasuder Yayın no: 2012-1 1. baskı:37-41.
155. Gündoğdu,R.H. (2006). Yaşlılıkta Beslenme Durumu ve Nütrisyon Desteği. Türkiye klinikleri journal of surgical medical sciences. 2(44):9-10.
156. Arslan, Ş. Atalay, A. Kutsal G, Y. 2000. Yaşlılarda İlaç Tüketimi. Turkish Journal Of Geriatrics. 3 (2): 56-60.
157. Akan, P. Erdiçler, D. Tezcan, V. Beğer, T. (1999).Yaşlıda İlaç Kullanımı. Turkish Journal Of Geriatrics. 2(1): 33-38.
158. Güç MO. (1997). İlaç tedavisinin temel ilkeleri.In: Gökçe-Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S (eds). Geriatri I, Ankara, Hekimler Yayın Birliği; 1997: 65-75.
159. Kutsal G, Y. İlaç Kullanımında Dikkat Edilecek Noktalar. Erişim  
[[http://www.turkgeriatri.org/sorulariniza\\_yanitlar.php?pg=ilac#content](http://www.turkgeriatri.org/sorulariniza_yanitlar.php?pg=ilac#content)]  
Erişim Tarihi: 02.05.2016
160. Sağlık Bakanlığı Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı. Erişim:  
[[http://www.akilciilac.gov.tr/?page\\_id=767&lang=tr\\_TR](http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=767&lang=tr_TR) ] Erişim Tarihi:  
02.05.2016
161. Sunay, D. Demirel, Y. (2011). Yaşlılarda Bağışıklama. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2(5):4-70.
162. Öztürk, R. (2012). Erişkinde Bağışıklama. Klinik Gelişim 25:45-49.
163. Ayhan E.H. (2010). 21. yüzyılda yaşlılık-yeni bir iktisadi güç- Almanya Ve Türkiye’de Yaşlılar Ve Yaşlılık Politikaları, Ankara. Konrad-Adenauer-Stiftung Yayını: 109.
164. Bernabei R, Carhonin PU .(1995). Medical Educatiun. Lancet; 345:1440.
165. Maral I, Bakar C, Durukan E, Arslan S, İlhan MN, Öztimur N, Özkan S, Bumin MA. (2012) General Health and Disability Satus: A Comparative Study Between Nursing Home Residents and Elderly living at Their Own Homes. Turkish Journal of Geriatrics. 15(4):363-370.

166. Rosenmayr L. (1998). 'Alterspositionen Im Kulturvergleich'. Die Gesellschaft Braucht Die Alten. Edited By. Borscheid, H.Bausinger, L.Rosenmayr, L, Et.All.Opladen.
167. Hochschild AR. Disengagement theory: A critique and proposal. Am Sociol Rev 1975; 40: 553-569.
168. World Health Organisation. (2010). WHO Launches Global Network of Age-friendly Cities News release.Erişim: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/age\_friendly\_cities\_20100628/en/index .html ]
169. Erişim Tarihi: 26.06.2014
170. HASUDER SAĞLIK RAPORU 2014. Erişim: [http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\_booklibrary/ebooks /TSR2014T.PDF] Erişim tarihi: 02.05.2016.
171. Çanakkale huzurevleri Erişim: [http://eyh.aile.gov.tr/kuruluslarimiz/kuruluslarimiz-yasli/diger-huzurevleri ]. Erişim tarihi:20.06.2017
172. Altın yıllar yaşam merkezi Erişim: [http://www.canakkale.bel.tr/icerik/3908/altin-yillar-yasam-merkezi/ ]Erişim tarihi:20.06.2017
173. Meade SM. Earickson RJ. 2010.Medical Geography Third ed. New York, The Guilford Press
174. Hapçioğlu B. 1987. 'Ülkelerin sağlık Planlanmasında tıbbi coğrafyanın yeri, İ.Ü. Halk Sağlığı A.D. Doktora Tezi', İstanbul.
175. Günay SE Saraç, İ. (2006). Sağlık Coğrafyasında CBS'nin kullanımı: Samsun sağlık ocakları örneği, 4. CBS bilişim günleri bildiri kitabı
176. Tezcan, S. (1992). Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No:92/1. Ankara: 46-49.
177. Kistemann,T. Dangendorf,F. Schwikart, J (2002). New perspectives on the use of Geographical Information Systems (GIS) in environmental health sciences. International Journal of Hygiene Environmental Health 205 (3): 169-81.

178. Turoğlu H. 2008. 'Coğrafi Bilgi Sistemlerinin Temel Esasları'. 2nd. Ed. İstanbul: Çantay yayınları
179. Yomralıoğlu, 2000
180. Çiçek H. Şenkuł Ç. 2006. 'Cođrafi bilgi sistemi ve hayvancılık sektöründe kullanım olanakları'. Veteriner Hekimler Derneđi Dergisi 77: 4: 32-38.
181. Srivastava A. Ve ark. 2009. 'Identification of malaria hot spots for focused intervention in tribal state of India: a GIS based approach', International Journal of Health Geographics; 8:30.
182. Uluğtekin N, Doğru Ö.A. 2004. 'Coğrafi bilgi sistemi ve harita, kartografya' İTU
183. Tecim, V. (2008). Coğrafi Bilgi Sistemleri Harita Tabanlı Bilgi Yönetimi. Renk Form Ofset Matbaacılık. Ankara: Sf 150
184. Mika, JP Rytkönen. (2004). Not All Maps Are Equal: Gis And Spatial Analysis In Epidemiology, Int J Circumpor Heal; 63:1.
185. DSÖ, Bulaşıcı olamayan hastalıklar Erişim: [ <http://www.who.int/gho/ncd/en/> ] Erişim tarihi: 09.06.2017
186. McLafferty, S. L. (2003). "GIS and Health Care". Annu. Rev. Public Health. 24:25–42.
187. The USA Government's Report Healthy People 2010 Erişim: [ <http://www.healthypeople.gov/2010/document/pdf/uih/2010uih.pdf> ] Erişim tarihi: 20.06.2017
188. Alkerwi, A. El Bahi, I, Stranges, S. Beissel, J. Delagardelle, C. Noppe, S. Kandala, N-B. (2017). Geographic Variations In Cardiometabolic Risk Factors In Luxembourg. International journal of environmental research and public health. 14: 648-661.
189. Lee, D.S.; Chiu, M.; Manuel, D.G.; Tu, K.; Wang, X.; Austin, P.C.; Mattern, M.Y.; Mitiku, T.F.; Svenson, L.W.; Putnam, W.; et al. (2009). Trends in risk factors for cardiovascular disease in Canada: Temporal, socio-demographic and geographic factors. CMAJ, 181, E55–E66.
190. Jarvie, J.L.; Johnson, C.E.; Wang, Y.; Aslam, F.; Athanasopoulos, L.V.; Pollin, I.; Foody, J.M. (2011). Geographic variance of cardiovascular

- risk factors among community women: The national Sister to Sister campaign. J. Womens Health (Larchmt), 20, 11–19.
191. Ezzati, m, oza, s. Danei, g (2008). Trends and cardiovascular mortality effects of state-level blood pressure and uncontrolled hypertension in the united states. Circulation. 117: 905-14.
192. Colak, E., Yomralioglu, T., 2005. Using GIS to Produce Cancer Incidence Maps: A Case Study of Trabzon, Turkey, GIS Development, Weekly Publication, Nov 2005. <http://www.gisdevelopment.net> (13.04.2017)
193. Doğru A.Ö, Alkoy,S. Başaraner M, Sahin, Ü.Uluğtekin, N. Şeker, Zd.(2008). Hava Kirliliğinin Halk Sağlığı Üzerindeki Etkilerinin Cbs İle Değerlendirilmesi. Kent Yönetimi, İnsan Ve Çevre Sorunları Sempozyumu
194. Erişim: [<http://docplayer.biz.tr/32132928-Hava-kirliliginin-halk-sagligi-uzerindeki-etkilerinin-cbs-ile-degerlendirilmesi.html>] Erişim Tarihi: 13.04.2017
195. Durduran S.S., Erdi, A., Kara, F., Durduran , Y., (2005). In Konya, Turkey, Hereditary Blood Disease Is Tracked With Gis, ESRI, ArcNews , 6, 4, 38 – 39.
196. Durduran S.S., Erdi, A., Kara, F., Durduran , Y., (2005). Diyaliz Hastalarının Coğrafi Bilgi Sistemi Yardımıyla İzlenmesi: Konya Örneği. TMMOB Harita ve Kadastro Mühendisleri Odası 10. Türkiye Harita Bilimsel ve Teknik Kurultayı 28 Mart - 1 Nisan 2005, Ankara. Erişim: [[http://www.hkmo.org.tr/resimler/ekler/6ERY\\_206\\_ek.pdf](http://www.hkmo.org.tr/resimler/ekler/6ERY_206_ek.pdf)] Erişim Tarihi: 13.04.2017
197. Asri, İ. Bostan, S. Çorumoğlu,Ö.Özlü,T.Çatal,H. Kalaycı,İ. (2011). Türkiye Geneli Sağlık Alanındaki Şikayet Verilerinin Coğrafi Bilgi Sistemi İle Değerlendirilmesi. TMMOB Harita ve Kadastro Mühendisleri Odası 13. Türkiye Harita Bilimsel ve Teknik Kurultayı 18 Mart - 22 Nisan 2005, Ankara
198. Aktaş, S.G. Türkiye’de Kadınlarda meme kanseri nedeniyle ölüm: mekansal dağılım ve şehirlerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ile ilişkisi. Uluslararası sosyal araştırmalar dergisi cilt:7 sayı:29

- Erişim:[[http://www.sosyalarastirmalar.com/cilt7/sayi29pdf/gunay\\_semrax.pdf](http://www.sosyalarastirmalar.com/cilt7/sayi29pdf/gunay_semrax.pdf)] Erişim Tarihi: 13.04.2017
199. Genel, G. KAÇMAZ, M. (2016). Türkiye'deki 2000-2013 Yılları Arasında Sağlık Personeli Sayısındaki Mekânsal Dağılım ve Değişim. Sosyal ve Kültürel Araştırmalar Dergisi 2(4):197-211.
200. Babaoğlu, Ü T. (2011). İstanbul İlinde Erken Yaş Ölümlerinin Coğrafi Bilgi Sistemi İle İncelenmesi. Doktora Tezi.
201. TÜİK ADNKS 2016. Erişim:[ [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) ] Erişim tarihi:09.06.2017.
202. TÜİK haber bülteni, 2016. [http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2016\\_108\\_20161018.pdf](http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2016_108_20161018.pdf) Erişim tarihi:18.04.2017
203. 2013 yılı Adrese Dayalı Nüfus Tespitleri, Türkiye İstatistik Kurumu, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) Erişim Tarihi: 05.05.2015
204. Asgari ücret. Erişim: <http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/cgm.portal?page=asgari> Erişim Tarihi: 10.04.2015
205. Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. Psikoloji Dergisi. 7:3-13.
206. Sorias, O. Psikiyatrik Derecelendirme Ölçekleri. Güleç, C. Köroğlu, E (Editörler).Psikiyatri Temel Kitabı. 1. Cilt. Ankara 1998.81-93.
207. Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. Türk Psikoloji Dergisi. 6(22): 118-126.
208. Tegin B (1980) Depresyonda bilişsel bozukluklar Beck modeline göre bir inceleme Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü
209. Küçükdeveci, AA., Kutlay, Ş., Gürsel, Y. ve ark. (1997). Adaptation of Nottingham Health Profile for use in Turkey. The 8th World Congress of the International Rehabilitation Medicine Association, Abstract Book. Kyoto, s. 373

210. Tarsuslu, T., Livanelioğlu, A. (2010). Relationship between quality of life and functional status of young adults and adults with cerebral palsy. *Disabil Rehabil.* 32: 1658-65.
211. Badia, Xavier.,et al. (1994). Reliability of the Spanish Version of the Nottingham Health Profile in Patients with Stable Renal Disease. *Social Science and Medicine.* 38(1):153-158
212. Eser E. ve ark.2010. ‘ EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri’. *Turkish Journal Of Public Health.* 8 (3): 136-151.
213. DSÖ. (2011). Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. Report of a WHO Expert Consultation. WHO.
214. NHLBI (National Heart Lung and Blood Institute)
215. Erişim: [http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/prctgd\\_c.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/prctgd_c.pdf)  
Erişim tarihi:05.05.2015
216. Ayrancı, Ü. Köşgeroğlu, N. Yenilmez, Ç. Aksoy, F. (2005). Eskişehir’de Yaşlıların Sosyoekonomik Özellikleri ve Sağlık Durumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (Sted).* 5 (13).113-119.
217. Özdemir, L., Koçoğlu, G., Sümer, H., Nur, N., Polat, H., Aker, A., Bakıcı, Z. (2005). Sivas İl Merkezinde Yaşlı Nüfusta Bazı Kronik Hastalıkların Prevalansı ve Risk Faktörleri. *C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi.*27 (3): 89-94.
218. Bilir, N., B., Özcebe, H., Vaizoğlu, S., Arslan, D., Subaşı, N. (2004). Van İli Kent Merkezinde Yaşayan 65 Yaş Ve Üzeri Kişilerde Sigara İçme Durumu. *Türk Geriatri Dergisi.* 7(2): 74-77.
219. Olgun, N., Aslan E F., Yücel, N., Öntürk, Z K, Laçın Z. (2013). Yaşlıların Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniverisitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 4(2): 72-78.
220. Houterman S, Boshuizen HC, Verschuren MM, et al. Predicting cardiovascular risk in the elderly in different European Countries. *Eur Heart J* 2002;23:294-300.
221. Gu, d. Gupta, a. Munther, p. Hu, s. Duan, x, chen j. Reynolds rf, whelton pk, he j. (2005). Prevalence of cardiovascular disease risk factor



- clustering among the adult population of China: results from the International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia (InterAsia). *Circulation*. 112:658-665.
222. Bilir, N., Aslan, D., Güngör, N. Ağaç, M., Sıddıqui. Ulu, F., Ülger, Z., Yılmaz, Ö. (2002). Ankara'nın Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi'ne bağlı Sakarya Mahallesi'nde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin bazı sağlık ve sosyal durumlarının saptanması, *Turkish Journal Of Geriatrics*, 5(3):97-102.
223. Karataş, G.K, Maral, I. (2001). Ankara- Gölbaşı İlçesinde Geriatrik Popölasyonda 6 Aylık Dönemde Düşme Sıklığı Ve Düşme İçin Risk Faktörleri. *Turkish Journal Of Geriatrics*. 4 (4): 152-158.
224. Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F ve ark. A. (2002). controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Eng J Med*; 346: 905-12. 12.
225. Colenda CC, Sherman FT. (1998). Managed Medicare: An overview for the primary care physician. *Geriatrics*. 53(1): 57-63.
226. Yarış, F., an, G., Topbaş, M., Kapucu. (2001). Trabzon 2 No.Lu Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Yaşlıların Medikososyal Durumlarının değerlendirilmesi. *Turkish Journal Of Geriatrics*.4 (4): 159-171.
227. Turhanoğlu, A., Saka, G., Karabulut, Z., Kılıç, ř., Ertem, M. (2000). Diyarbakır'da 55 Yaş Ve Üzeri Kişilerde Özürlölük Ve Kronik Hastalık Sıklığı. *Turkish Journal Of Geriatrics*.3 (4): 146-150.
228. Kanjila, S. Gregg EW, Cheng YJ. Zhang, P. Nelson, de, mensah, g.(2006). Socioeconomic Status and Trends in Disparities in 4 Major Risk Factors for Cardiovascular Disease Among US Adults, 1971-2002 .*Arch Intern Med* ; 166 : 2348 -55.
229. 2013 ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Klavuzu. (2014). Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi.Supple, 4: 7.
230. Peker, Ö., Arık, H., Sözmen, M.K., Ünal, B., Kalaa, S.(2013). Türkiye'de kan basıncı düzeylerindeki değişim. *Turk J Public Health* .11(3): 129-148.

231. Altıparmak, S., Karadeniz, G., Altıpamak, O., Ataseven, M., Şahin, R. (2006). Yaşlılarda Hipertansiyon Prevalansı: Manisa Örneği. *Turkish Journal Of Geriatrics*. 9 (4): 197-201.
232. Yardımcı, H., Özçelik, A.Ö., Sürücüoğlu, M.S. (2012). Yaşlılarda hipertansiyon durumu ve beslenme. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1 (2): 17-34.
233. Şimşek, H., Yılmaz, S., Meseri, R., Uçku, R. (2014). Obesity prevalence in the elderly and the association between obesity and kardiovaskuler risks. *Turkish Journal Of Geriatrics*. 17 (1): 15-22.
234. Çelebi, H. Vardı, Ş., Tahtacı, M., Tamer, A., Balaban, Y., Kanat, M., Dağlı, Ş., Özbay, N., Uygun, A. (2009). İzzet Baysal Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Polikliniğine Başvuran 50 Yaş Üstü Bireylerde Kronik Hastalık Sıklığı. *AİBÜ İzzet Baysal Tıp Dergisi*. 4 (3): 38-42.
235. Huang, G. Xu, J.B. Zhang, T.J. Li, Q. Nie, X.L. Liu, Y. Peng, S.R. Liu, J.K. Liu, X.T. Kang, X.L. (2017). Prevalence, Awareness, Treatment, And Control Of Hypertension Among Very Elderly Chinese: Results Of A Community-Based Study. *Journal Of The American Society Of Hypertension*: 1–10
236. Bromfield, S.G. Bowling, C.B. Tanner, R.M. Peralta, C.A. Odden, M.C. Oparil, S. Paul, M. (2014). Trends in Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control Among US Adults 80 Years and Older, 1988–2010. *The Journal of Clinical Hypertension*: 16(4): 270-276.
237. Ishine M, Okumiya K, Hirosaki M, Sakamoto R, Fujisawa M, Hotta N, (2008). Prevalence of hypertension and its awareness, treatment, and satisfactory control through treatment in elderly Japanese. *Letters to the Editor. Journal of American Geriatrics Society*: 56 (2): 374-375.
238. King, D.S., Wofford, M.R. (2000). Obesity and hypertension. *Drug Topics* 3: 59-67.
239. Bardage, C., Isacson Dag GL. (2001). Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol*. 54: 172-181.

240. Göçgeldi, E., Babayiğit M.A. (2008).Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*.50: 172-179.
241. Mohamad, W. B., Mokhtar,N. Mafauzy, M. Mustafa, Be. Musalmah,M. (1996). Prevalance of obesity and overweight in northeastern peninsular Malaysia and their relationship with cardiovascular risk factors. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 27.2 : 339-42.
242. Alam,D.S, Talukder,S.H, Chowdhury,M.A.H, Siddiquee,A.T, Ahmed,S, Pervin,S, Khan,S, Hasan,K, Koehlmoos, T,L,P,Niessen,L. W.(2016). Overweight and abdominal obesity as determinants of undiagnosed diabetes and pre-diabetes in Bangladesh. *BMC Obesity*. 3 (19): 1-12.
243. Aschner, P. Aguilar-Salinas, Aguirre,C.L. Franco,L.,Gagliardino, J.J. Sylvia Lapertosa, G. Seclen,S. Mary Vinocour h on behalf of the IDF Diabetes Atlas. (2014). Diabetes in South and Central America: An update. *Diabetes Research and Clinical Practice*:103:238-243.
244. Çayır, A., Atak, N., Köse S K. (2011). Beslenme Ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu Ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 64 (1):13-19.
245. Utku, M.A. (2011). Nilüfer halk sağlığı eğitim araştırma ve uygulama bölgesinde 20 yaş ve üzeri kadınlarda aşırı kiloluluk ve şişmanlık prevalansı ile etkileyen etmenler. *Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*.
246. Kivimäki,m. Kuosma,E. Ferrie,E.J. Luukkonen,R. Nyberg S.T., Alfredsson, L.G, Batty, G.D, Brunner,E,J. Fransson,E.Goldberg,M. Knutsson,A. Koskenvuo,M. Nordin,M. Oksanen,T. Pentti,J. Rugulies, R. Shipley,M,J. Singh-Manoux, A. Steptoe,A. Suominen, S.B. Theorell,T. Vahtera,J. Virtanen, M. Westerholm,P,Westerlund,H.Zins,M.Hamer,M.Bell,J.A.Tabak,A.G.Jokeal, M.(2017).Overweight,obesity, and risk of cardiometabolic multimorbidity: pooled analysis of individual-level data for 120 813 adults from 16 cohort studies from the USA and Europe.*Lancet Public Health*:2: 277-285.

247. Çınar, İ.Ö., Kartal, A. (2008). Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 7(5): 399-404.
248. Chapman, DP., Perry, GS. (2008). Depression as a major component of public health for older adults. Prev Chronic Dis. 5(1):1-9.
249. Henderson AS, Korten AE, Jakomb PA. (1997) V. The course of depression in the elderly: a longitudinal community based study in Australia Psychol Med 27:119-29.
250. Bektaş, H.A., Şahin, H. (2010). Dahiliye Kliniklerinde Yatarak Tedavi Gören Geriatrik Hastaların Günlük Yaşam Aktivite Durumları ve Depresyon Düzeyleri. Akademik Geriatri Kongresi. Akad Geriatri. 2: 155-161.
251. Yıldız, A., Erol, S., Ergün, A. (2009). Bir huzurevinde kalan yaşlılarda ağrı ve depresyon riski. Turkish Journal of Geriatrics. 12 (3):156-164.
252. Altay, B., Avcı İ.A. (2009). Samsun huzurevinde yaşayan yaşlıların bazı özellikleri ile depresyon riski arasındaki ilişki. Turkish Journal of Geriatrics. 12 (3): 147-155.
253. Araki,A. İto, H. (2009). Diabetes Mellitus And Geriatric Syndromes. Geriatrich Gerontolgy İnternational (9):105-114.
254. Black, M., Steeve, E., Aguilar, P. N., Vidaurre, M., El Morjani Z. (2004). Using GIS to measure physical accessibility to health care. ESRI 2004 International Health Conference Proceedings.
255. Keskinoğlu, P. Pıçakcıefe, M. Giray, H. Bigiç, N. Uçku, R. Tunca, Z. (2008). Yaşlılarda Depresif Belirtiler Ve Risk Etmenleri. Genel Tıp Dergisi. 16(1): 21-26
256. Gülseren, Ş., Koçyiğit, H., Erol, A., Bay, A., Kültür, S., Memiş, A., Vural, N. (2000). Huzurevinde Yaşamakta Olan Bir Grup Yaşlıda Bilişsel İşlevler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif Belirti Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi. Turkish Journal Of Geriatrics. 3(4):133-140.
257. Maraldi C, Volpato S, Penninx BW et al. (2007). Diabetes mellitus, glycemic control, and incident depressive symptoms among 70- to 79-year-

- old persons: the Health, Aging, and Body Composition Study. Arch Intern Med ;167: 1137–1144.
258. De Jonge P, Roy JF, Saz P, Marcos G, Lobo A (2006). ZARADEMP Investigators. Prevalent and incident depression in community-dwelling elderly persons with diabetes mellitus: results from the ZARADEMP project. *Diabetologia*; 49: 2627–2633.
259. Uçku R, Küey L. (1992).Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi-yarı kentsel bir bölgede 65 yaş üstü yaşlılarda kesitsel bir alan çalışması. *Nöropsikiyatri arşivi*. 29:15–20.
260. Akça, F., Şahin, G. (2008). Huzurevinde Yaşayan Yaşlılar İle Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Psikolojik Belirtileri Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Turkish Journal Of Geriatrics*.11(4):190-199.
261. Fang, J., Power, M., Lin,Y. (2012) et al. Development of short versions for the WHOQOL-OLD Module. *Gerontologist* ;52(1):66-78.
262. Sönmez, Y. Uçku, R. Kıtay, Ş. ve arkadaşları .( 2007). İzmir’de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 75 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Etmenler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 21 (3). 145-153.

## **EKLER**

**EK 1:** Anket Formu

**EK 2:** 2015 Yılı ilk yarısı asagari ücreti

**EK 3:** Etik kurul izin formu

**EK 4:** Çanakkale Belediyesi Kültür Ve Sosyal İşler Müdürlüğü izin belgesi

**EK 5:** Çanakkale Aile Ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü İzin belgesi

**EK 6:** Yaş grubuna ve yerleşim yerine göre eğitim durumunun dağılımı

**EK 7:** Yaş grubuna ve yerleşim yerine göre gelir durumunun dağılımı

**EK 8:** Yaş grubuna ve yerleşim yerine göre sigara kullanım durumunun dağılımı



**EK 1: Anket Formu**



**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ÇANAKKALE İLİ 50 YAŞ ÜZERİ NÜFUSUN SAĞLIK DURUMU VE BİYO-PSİKO-  
SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ ARAŞTIRMASI**

**ANKET FORMU**

<b>Uygulama Tarihi</b>	:	
<b>Anketör</b>	:	
<b>Boy</b>	:	..... metre
<b>Kilo</b>	:	..... kilogram
<b>Tansiyon</b>	:	...../..... mm/Hg
<b>Kan şekeri</b>	:	..... mg/dl

**ÇANAKKALE - 2014**

**Sayın Katılımcı:**

Bu araştırma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D'da görevli öğretim elemanları tarafından yapılmaktadır. Amacımız Çanakkale ilinde yaşayan 50 yaş ve üzerindeki insanların sağlık sorunlarını ve bu sorunları etkileyen faktörlerin tespit edilmesidir. Bu sayede ilimizde yaşayan 50 yaş ve üzeri insanların sağlık sorunları konusunda bilgi sahibi olacağız.

Bu bilgileri bir uzmanlık tezi ve bilimsel dergilerde makale olarak yayınlayacağız. Böylece ilimizde insanların hangi sağlık hizmetlerine ihtiyaçları olduğu konusunda yöneticileri bilgilendireceğiz. Bu çalışmanın sonuçları orta vadede size sunulacak hizmetin de kalitesini arttıracaktır.

Bu çalışmada size ait kişisel bilgiler kullanılmayacaktır. Topluma daha iyi sağlık hizmeti sunmanın zeminini hazırlayabilmek için yapılan bu çalışmaya değerli zamanınızı ayırıp katkı sağladığınız için teşekkür ederiz.

Anketör tarafından okundu ( )	Katılımcı tarafından <b>Onaylandı</b> ( )	<b>Ret edildi</b> ( )
----------------------------------	--	-----------------------

Anketör Adı-Soyadı:.....

Tarih: ...../...../2014

İmza: .....



## DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

### Soru. Cinsiyetiniz

1.( ) Kadın	2.( ) Erkek
-------------	-------------

### Yaşadığınız Mahalle

1.( ) Barbaros Mah.	5.( ) İsmet Paşa Mah.
2.( ) Cevat Paşa Mah.	6.( ) Kemal Paşa Mah.
3.( ) Esenler Mah.	7.( ) Namık Kemal Mah.
4.( ) Fevzi Paşa Mah	

### Soru. Kaç yaşındasınız?

### Soru. Eğitim Durumunuz

1.( ) Okur-yazar değil	4.( ) lise
2.( ) Okur-yazar (bir okul bitirmede)	5.( ) Lisans, lisans üstü, doktora
3.( ) İlköğretim	

### Soru. Medeni Durumunuz

1.( ) Hiç evlenmedi	4.( ) Boşandı
2.( ) Birlikte yaşıyor	5.( ) Eşi öldü
3.( ) Evli fakat ayrı yaşıyor	

### Soru. Çocuğunuz var mı ?

1.( ) Evet	Sayısını belirtiniz.....
2.( ) Hayır, yok	

### Soru. Yaşamınızı nerede sürdürüyorsunuz?

1.( ) Kendi evimde	4.( ) Çocuklarımda evimde
2.( ) Kirada	5.( ) Akrabalarımda evimde
3.( ) Huzur evinde	6.( ) Diğer.....

### Soru. Evinizde kaç kişi yaşıyor?

### Soru. Şu anda kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1.( ) Anne-baba ile	5.( ) Akrabalarımla
2.( ) Anne veya baba ile	6.( ) Arkadaşlarımla
3.( ) Eşi ile	7.( ) Tek başıma
4.( ) Eşi ve çocukları ile	8.( ) Diğer .....

### Soru. Bu şehirde kaç yıldır yaşıyorsunuz?

### Soru. Bu şehirden önce nerede yaşıyordunuz? (belirtiniz)

### Soru: Aşağıdakilerden hangisi işle ilgili şu anki durumunuzu en iyi şekilde tanımlıyor?

1.( ) Tam zamanlı ücretli çalışan	7.( ) Emekli değil ve çalışmıyor
2.( ) Yarım zamanlı ücretli çalışan	8.( ) Ev işleriyle meşgul
3.( ) Tam zamanlı/yarım zamanlı kendi işinde çalışan	9.( ) El emeğini değerlendirerek gelir kazanan
4.( ) Tam zamanlı çalışan emekli	10.( ) Diğer.....

5. ( ) İşsiz	
6. ( ) Emekli çalışmıyor	

**Soru. Size ait aylık toplam geliriniz yaklaşık olarak ne kadardır belirtiniz**

**Soru. Düzenli egzersiz yapar mısınız?**

1.( ) Evet	2.( ) Hayır
------------	-------------

**Soru: Düzenli yemek yer misiniz?**

1.( ) Evet	2.( ) Hayır
------------	-------------

**Soru. Halen sigara, puro, pipo gibi herhangi bir tütün mamulü kullanılıyor musunuz?**

1.( ) Evet her gün	2.( ) Evet her gün değil	3. ( ) Hayır
--------------------	--------------------------	--------------

**Soru. Kaç yıldır tütün ve mamullerim kullanıyorsunuz? (Aradaki bırakmalar hariç)**

**Soru. Hayatınız boyunca sigara, puro, pipo gibi herhangi bir tütün mamulü kullanılıyor musunuz?**

1.( ) Evet her gün	2.( ) Evet her gün değil	3. ( ) Hayır
--------------------	--------------------------	--------------

**Soru. Kaç yıl tütün ve mamulleri kullandınız? (Aradaki bırakmalar hariç)**

**Soru. Alkollü içecek kullanır mısınız?**

1.( ) Evet her gün	2.( ) Evet her gün değil	3. ( ) Hayır
--------------------	--------------------------	--------------

**Soru. Yaşlanmaktan memnun musunuz?**

1.( ) Hiç memnun değilim
2.( ) Memnun değilim
3.( ) Orta derecede memnunum
4.( ) Memnunum
5.( ) Çok memnunum

**Soru. Geçmişteki “amaçlarınıza” bugün ulaştığınızı düşünüyor musunuz?**

1.( ) Evet	2.( ) Hayır
------------	-------------

### Gündelik Yaşam Aktiviteleri

**Soru. Kendi yeme içme gereksiniminizi mecbur kaldığınız takdirde karşılayabilir (yemek pişirebilir) misiniz?**

1.( ) Evet	2.( ) Kısmen başkasının yardımı ile sağlayabilirim	3. ( ) Hayır, Başka birinin yardımı olmaksızın bu gereksinimimi karşılayamam
------------	--	--

**Soru. Vücut temizliğinizi (banyo ve tuvalet temizliği) kendiniz sağlayabiliyor musunuz?**

1.( ) Evet	2.( ) Kısmen başkasının yardımı ile sağlayabilirim	3. ( ) Hayır, Başka birinin yardımı olmaksızın bu gereksinimimi karşılayamam
------------	--	--

**Soru. Kendi başınıza oturup, kalkabiliyor, hareket edebiliyor musunuz?**

1.( ) Evet	2.( ) Kısmen başkasının yardımı ile sağlayabilirim	3. ( ) Hayır, Başka birinin yardımı olmaksızın bu gereksinimimi karşılayamam
------------	--	--

**Soru. Kendi başınıza giyinip-soyunabiliyor musunuz?**

1.( ) Evet	2.( ) Kısmen başkasının yardımı ile sağlayabilirim	3. ( ) Hayır, Başka birinin yardımı olmaksızın bu gereksinimimi karşılayamam
------------	--	--

**Soru. Kendi başınıza evin içinde dolaşabiliyor musunuz?**

1.( ) Evet	2.( ) Kısmen başkasının yardımı ile sağlayabilirim	3. ( ) Hayır, Başka birinin yardımı olmaksızın bu gereksinimimi karşılayamam
------------	--	--

**Soru. Kendi başınıza dışarıda dolaşabiliyor musunuz?**

1.( ) Evet	3. ( ) Hayır, Başka birinin yardımı olmaksızın dışarıda dolaşamıyorum
2.( ) Kısmen başkasının yardımı ile	4.( ) Eve bağımlıyım

**Soru. Son altı ay içinde evde düştünüz mü?**

1.( ) Evet	2.( ) Hayır
------------	-------------

**Soru. Yanıtınız evetse; yaralanma oldu mu?**

1.( ) Evet	2.( ) Hayır
------------	-------------

**Soru. Son altı ay içinde ev dışında (sokakta, bahçede, parkta) düştünüz mü?**

1.( ) Evet	2.( ) Hayır
------------	-------------

**Soru. Yanıtınız evetse; yaralanma oldu mu?**

1.( ) Evet	2.( ) Hayır
------------	-------------

**Soru. En son ne zaman sağlık hizmeti aldınız?**

(1) 1 hafta	(4) 1 yıl
(2) 1 ay	(5) 1 yıldan uzun zaman oldu
(3) 6 ay	

**Soru. Sosyal güvenceniz var mı?**

1.( ) Evet	2.( ) Hayır
------------	-------------

**Soru. En son hangi sağlık kuruluşuna başvurduunuz?**

1.( ) Aile hekimi	5.( ) Üniversite hastanesi
2.( ) Devlet hastanesi	6.( ) Ağız ve diş sağlığı merkezi
3.( ) Özel poliklinik	6.( ) Diğer.....
4.( ) Özel hastane	

**Soru. Bu sağlık kuruluşunu (sağlık hizmeti almak amacıyla genellikle ilk başvurduğunuz, önceki soruda belirttiğiniz kuruluş) tercih etme sebebiniz nedir?( Birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

1.( ) Ekonomik olarak uygun olması	5.( ) Kuruluşta tanıdık birinin bulunması
2.( ) Bulduğum yere yakın olması	6.( ) Alışkanlıktan
3.( ) Hizmetinden memnun olmam	7.( ) Diğer(Belirtiniz).....
4.( ) Tavsiye	

**Soru. En son sağlık kuruluşuna başvurma nedeniniz nedir?**

1.( ) Hastalık nedeniyle	5.( ) Diğer(Belirtiniz).....
2.( ) Kontrol amacıyla	
3.( ) İlaç yazdırmak için	
4.( ) Acil tedavi amacıyla	

**Soru. Son başvurunuzda, sağlık harcamalarınızı nasıl karşıladınız?**

1.( ) Sosyal güvence kuruluşu aracılığı ile	5.( ) Diğer(Belirtiniz).....
2.( ) Cepten	
3.( ) Hem Sosyal güvenlik kuruluşu aracılığı ile hem cepten	
4.( ) Özel sigorta	

**En son başvurduğunuz sağlık kuruluşundan aldığınız hizmet konusundaki memnuniyet durumunuzu aşağıdaki tabloya uyacak şekilde puanlayınız.**

1.( ) Hiç memnun değilim	2.( ) Memnun değilim	3.( ) Orta derecede memnunum	4.( ) Memnunum	5.( ) Çok memnunum
--------------------------	----------------------	------------------------------	----------------	--------------------

Doktorluk Hizmetinin Genel Kalitesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Doktorun Sağlık Durumunuz Hakkında Bilgi Verme Durumu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hemşirelik Hizmetinin Genel Kalitesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sekreterlik Hizmetinin Genel Kalitesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Randevu Alma Süresi Hakkındaki Görüşünüz	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bekleme Süresi Hakkındaki Görüşünüz	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sağlık Kurumunun Genel Temizlik Durumu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

**Soru. Hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalığınız var mı?**

1. ( ) Evet

2. ( ) Hayır

**Soru. Yanıtınız evetse; hangisi olduğunu ve tanının ne kadar süre önce konulduğunu belirtiniz. (Lütfen süreyi ay olarak kodlayınız)**

(1) 1 yıldan az	(2) 1-5 yıl arası	(3) 6-9 yıl arası	(4) 10 yıldan fazla	
<b>Hastalığın adı</b>				
<b>Süre</b>				
1. ( ) Kanserler (C00-D48)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. ( ) Sindirim organları malign neoplazmları (C15-C26)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. ( ) Solunum organları ve intratorasik organların malign neoplazmları (C30-C39)	(1)	(2)	(3)	(4)
4. ( ) Meme malign neoplazmı (C50)	(1)	(2)	(3)	(4)
5. ( ) Kadın genital organları malign neoplazmları (C51-C58)	(1)	(2)	(3)	(4)
6. ( ) Erkek genital organları malign neoplazm (C60-C63)	(1)	(2)	(3)	(4)
7. ( ) İdrar yolu malign neoplazmı (C64-C68)	(1)	(2)	(3)	(4)
8. ( ) Bağımsız (primer) birden fazla bölgenin malign neoplazmı (C97)	(1)	(2)	(3)	(4)
9. ( ) Benign neoplazmlar (D10-D36)	(1)	(2)	(3)	(4)
10. ( ) Belirsiz veya bilinmeyen davranışlı neoplazmlar (D37-D48)	(1)	(2)	(3)	(4)
11. ( ) Kan ve kan yapıcı organların hastalıkları ve immün sistemin bazı bozuklukları (D50-D89)	(1)	(2)	(3)	(4)
12. ( ) Tiroid bezi bozuklukları (E00-E07)	(1)	(2)	(3)	(4)
13. ( ) Diabetes mellitus (E10-E14)	(1)	(2)	(3)	(4)
14. ( ) Glukoz düzenlemesi ve pankreas iç salgısının diğer bozuklukları (E15-E16)	(1)	(2)	(3)	(4)
15. ( ) Obesite ve diğer hiperalimentasyonlar (E65-E68)	(1)	(2)	(3)	(4)
16. ( ) Metabolik bozukluklar (E70-E90)	(1)	(2)	(3)	(4)
17. ( ) Mental ve davranışsal bozuklukları (F00-F99)	(1)	(2)	(3)	(4)
18. ( ) Bunama (F03)	(1)	(2)	(3)	(4)
19. ( ) Alzheimer hastalığı (G30)	(1)	(2)	(3)	(4)
20. ( ) Şizofreni (F20)	(1)	(2)	(3)	(4)
21. ( ) Bipolar duygulanım bozukluğu (F31)	(1)	(2)	(3)	(4)
22. ( ) Depresif nöbet (F32)	(1)	(2)	(3)	(4)
23. ( ) Anksiyete bozuklukları (F41)	(1)	(2)	(3)	(4)
24. ( ) Parkinson hastalığı (G20)	(1)	(2)	(3)	(4)
25. ( ) Sinir sistemi hastalıkları (G00-G99)	(1)	(2)	(3)	(4)
26. ( ) Kronik romatizmal kalp hastalığı (I05-I09)	(1)	(2)	(3)	(4)
27. ( ) Hipertansif hastalıklar (I10-I15)	(1)	(2)	(3)	(4)
28. ( ) İskemik kalp hastalıkları (I20-I25)	(1)	(2)	(3)	(4)
29. ( ) Pulmoner kalp hastalığı ve pulmoner dolaşım hastalıkları (I26-I28)	(1)	(2)	(3)	(4)
30. ( ) Kalp hastalıklarının diğer formları (I30-I52)	(1)	(2)	(3)	(4)
31. ( ) Serebrovasküler hastalıklar (I60-I69)	(1)	(2)	(3)	(4)
32. ( ) Dolaşım sisteminin diğer ve tanımlanmamış bozuklukları (I95-I99)	(1)	(2)	(3)	(4)
33. ( ) Solunum sistemi hastalıkları (J00-J99)	(1)	(2)	(3)	(4)
34. ( ) Kronik bronşit, tanımlanmamış (J42)	(1)	(2)	(3)	(4)
35. ( ) Amfizem (J43)	(1)	(2)	(3)	(4)
36. ( ) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer (J44)	(1)	(2)	(3)	(4)
37. ( ) Astım (J45)	(1)	(2)	(3)	(4)
38. ( ) Bronşiektazi (J47)	(1)	(2)	(3)	(4)
39. ( ) Sindirim sistemi hastalıkları (K00-K93)	(1)	(2)	(3)	(4)
40. ( ) Özefagus, mide ve duodenum hastalıkları (K20-K31)	(1)	(2)	(3)	(4)
41. ( ) Barsakların diğer hastalıkları (K55-K63)	(1)	(2)	(3)	(4)

42. ( ) Karaciğer hastalıkları (K70-K77)	(1)	(2)	(3)	(4)
43. ( ) Safra kesesi, safra yolları ve pankreas bozuklukları (K80-K87)	(1)	(2)	(3)	(4)
44. ( ) Romatoid artrit (M06)	(1)	(2)	(3)	(4)
45. ( ) Gut (M10)	(1)	(2)	(3)	(4)
46. ( ) Artroz (M15-M19)	(1)	(2)	(3)	(4)
47. ( )	(1)	(2)	(3)	(4)
48. ( ) Diğer.....	(1)	(2)	(3)	(4)

**Soru. Bedensel ya da zihinsel engeliniz var mı?**

1. ( ) Evet | 2. ( ) Hayır

**Soru. Evet ise engelin türünü, nedenini ve süresini belirtiniz.**

Engel türü	Engelin nedeni	Yüzdesi (%)	Süresi
1. ( ) Görme			
2. ( ) İşitme			
3. ( ) Yürüme			
4. ( ) Zihinsel			
5. ( ) Diğer.....			

**Soru. Yardımcı araç kullanıyor musunuz?**

( ) Gözlük	( ) Diş protezi
( ) Baston	( ) Koltuk Değneği
( ) Kulaklık	( ) Tekerlekli Sandalye

### BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

**BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

<p><b>0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.</b></p> <p>1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.</p> <p>2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.</p> <p>3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum</p>
<p><b>0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.</b></p> <p>1. Gelecek hakkında karamsarım.</p> <p>2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.</p> <p>3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.</p>
<p><b>0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.</b></p> <p>1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.</p> <p>2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.</p> <p>3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.</p>
<p><b>0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.</b></p> <p>1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.</p> <p>2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.</p> <p>3. Her şeyden sıkılıyorum</p>
<p><b>0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.</b></p> <p>1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.</p> <p>2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.</p> <p>3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.</p>
<p><b>0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.</b></p> <p>1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.</p> <p>2. Cezalandırılmayı bekliyorum.</p> <p>3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.</p>
<p><b>0. Kendimden memnunum.</b></p>

<p>1. Kendi kendimden pek memnun değilim.</p> <p>2. Kendime çok kızıyorum.</p> <p>3. Kendimden nefret ediyorum.</p>
<p><b>0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.</b></p> <p>1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.</p> <p>2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.</p> <p>3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.</p>
<p><b>0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.</b></p> <p>1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.</p> <p>2. Kendimi öldürmek isterdim.</p> <p>3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.</p>
<p><b>0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.</b></p> <p>1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.</p> <p>2. Çoğu zaman ağlıyorum.</p> <p>3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.</p>
<p><b>0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.</b></p> <p>1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.</p> <p>2. Şimdi hep sinirliyim.</p> <p>3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor</p>
<p><b>0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.</b></p> <p>1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.</p> <p>2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.</p> <p>3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.</p>
<p><b>0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.</b></p> <p>1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.</p> <p>2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.</p> <p>3. Artık hiç karar veremiyorum.</p>
<p><b>0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.</b></p> <p>1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.</p> <p>2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.</p> <p>3. Kendimi çok çirkin buluyorum.</p>
<p><b>0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.</b></p> <p>1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.</p> <p>2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.</p> <p>3. Hiçbir şey yapamıyorum</p>
<p><b>0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.</b></p> <p>1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.</p> <p>2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.</p> <p>3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.</p>
<p><b>0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.</b></p> <p>1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.</p> <p>2. Yaptığım her şey beni yoruyor.</p> <p>3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.</p>
<p><b>0. İştahım her zamanki gibi.</b></p> <p>1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.</p> <p>2. İştahım çok azaldı.</p> <p>3. Artık hiç iştahım yok.</p>
<p><b>0. Son zamanlarda kilo vermedim.</b></p> <p>1. İki kilodan fazla kilo verdim.</p> <p>2. Dört kilodan fazla kilo verdim.</p> <p>3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.</p>
<p><b>0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.</b></p>

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
<b>0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.</b>
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

### NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ

<b>AĞRI</b>	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
Gece ağrım var	(1)	(2)
Dayanılmaz ağrılarım var	(1)	(2)
Hareket ederken ağrım var	(1)	(2)
Yürürken ağrım var	(1)	(2)
Ayakta ağrım var	(1)	(2)
Devamlı ağrı içindeyim	(1)	(2)
Merdiven inip çıkarken ağrım var	(1)	(2)
Otururken ağrım var	(1)	(2)
<b>ENERJİ</b>		
Enerjim kısa sürede bitiyor	(1)	(2)
Her şey çaba harcamamı gerektiriyor	(1)	(2)
Her zaman yorgunum	(1)	(2)
<b>DUYGUSAL REAKSİYONLAR</b>		
Günler çok ağır geçiyor	(1)	(2)
Kendimi sinirli hissediyorum	(1)	(2)
Eğlenmenin ve hoşça vakit geçirmenin nasıl bir şey olduğunu unuttum	(1)	(2)
Bu günlerde kolaylıkla öfkeleniyorum	(1)	(2)
Birtakım şeyler beni huzursuz ediyor	(1)	(2)
Keyfim kaçmış gibi bir şekilde uyanıyorum	(1)	(2)
Endişelenmek geceleri uykumu kaçırıyor	(1)	(2)
Sanki kontrolümü kaybediyormuşum gibi hissediyorum	(1)	(2)
Hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünüyorum	(1)	(2)
<b>UYKU</b>		
Sabahın erken saatlerinde istemeden uyanıyorum	(1)	(2)
Uykuya dalmam uzun sürüyor	(1)	(2)
Geceleri kötü uyuyorum	(1)	(2)
Uyumama yardımcı olması için ilaç alıyorum	(1)	(2)
Gecenin büyük bir kısmında uyanık olarak yatıyorum	(1)	(2)
<b>SOSYAL İZOLASYON</b>		
İnsanlarla geçinmek güç geliyor	(1)	(2)
İnsanlarla iletişim kurarken zorlanıyorum	(1)	(2)
Kendimi yakın hissedeceğim kimsenin olmadığını düşünüyorum	(1)	(2)
Kendimi yalnız hissediyorum	(1)	(2)
İnsanlara yük olduğumu düşünüyorum	(1)	(2)
<b>FİZİKSEL HAREKETLİLİK</b>		
Bir şeye uzanmak çok zor geliyor	(1)	(2)
Eğilirken zorlanıyorum	(1)	(2)
Merdivenleri inerken ve çıkarken güçlük çekiyorum	(1)	(2)
Uzun süre ayakta duramıyorum	(1)	(2)
Sadece ev içinde yürüyebiliyorum	(1)	(2)
Giyinirken zorlanıyorum	(1)	(2)

Dışarıda yürümek için yardıma ihtiyaç duyuyorum	(1)	(2)
Kesinlikle yürüyemiyorum	(1)	(2)

**EUROHIS - Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını daire içine alınız.**

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
3	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
4	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
5	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
6	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
7	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
8	Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5




**EK-2: ASGARİ ÜCRETİN NET HESABI VE İŞVERENE MALİYETİ**  
**ÇALIŞMA GENEL MÜDÜRLÜĞÜ /SENDİKA ÜYELİĞİ ve İSTATİSTİK DAİRE**  
**BAŞKANLIĞI TARAFINDAN HAZIRLANMIŞTIR.**

(01.01.2015 - 30.06.2015)

ASGARİ ÜCRETİN NETİNİN HESABI (TL/AY):

ASGARİ ÜCRET	1.201,50
SGK PRİMİ % 14	168,21
İŞSİZLİK SİG.FONU % 1	12,02
GELİR VERGİSİ %15	63,08
ASGARİ GEÇİM İNDİRİMİ	90,11
DAMGA VERGİSİ % 07,59	9,12
KESİNTİLER TOPLAMI	252,43
NET ASGARİ ÜCRET	949,07

**EK 3: Etik kurul izin formu**



T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

---

Sayı : KLİ.ARŞ.ETİK.KURUL.BŞK./050.99-**192** 07/11/2014  
Konu : Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

TOPLANTI TARİHİ : 07.11.2014  
TOPLANTI SAYISI : 2014/20  
DOSYA KAYIT NUMARASI : 2014/ EK-2014-69  
KARAR NUMARASI : 2014/20-02

**Karar-02)** Arş. Gör. Dr. Merve ÇELİK, tarafından Etik Kurulumuza sunulan, “Çanakkale İlinde Yaşayan 50 Yaş ve Üzeri Nüfusun Biyo-Psiko-Sosyal Durumu, Sağlık Durumunun ve Sosyal Belirleyicilerinin Saptanması ve Coğrafi Bilgi Sistemi ile Değerlendirilmesi” başlıklı çalışmada Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından etik kurallara aykırı bir husus bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. ( Doç. Dr. Coşkun BAKAR projede yer aldığından dolayı bu araştırma önerisi için oy kullanmamıştır.)

**EK 4: Çanakkale Belediyesi Kültür Ve Sosyal İşler Müdürlüğü izin belgesi**

Sayı: 61575473-251-12/485 | 11513  
Konu: Araştırma İzni

22/09/2014

T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
Genel Sekreterliği' ne

İlgi: 18/09/2014 tarihli ve 13186036-01099-744/12236 sayılı yazınıza istinaden;

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı tarafından "Çanakkale İli 50 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Durumunun ve Biyo-Psikososyal Belirleyicileri Araştırılması" konulu çalışmanız kapsamında araştırma grubunuza giren yaşlı insanlara ulaşmanızı kolaylaştıracak Altın Yıllar Yaşam Merkezi'nin programlarından destek almanız ve çalışmanıza ilişkin izin talebiniz uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Rebiye ÜNÜVAR  
Belediye Başkanı A.  
Belediye Başkan Yardımcısı

**EK 5: Çanakkale Aile Ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü İzin belgesi**

T.C.  
ÇANAKKALE VALİLİĞİ  
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü

SAYI : 36233122-664-3105  
KONU : Araştırma İzni

13/08/2014

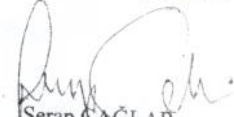
VALİLİK MAKAMINA  
ÇANAKKALE

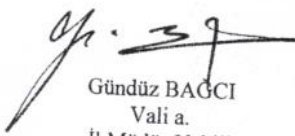
İlgi : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Rektörlüğü Genel Sekreterliğinin 01.8.2014 tarih ve 650-10368 sayılı yazısı.

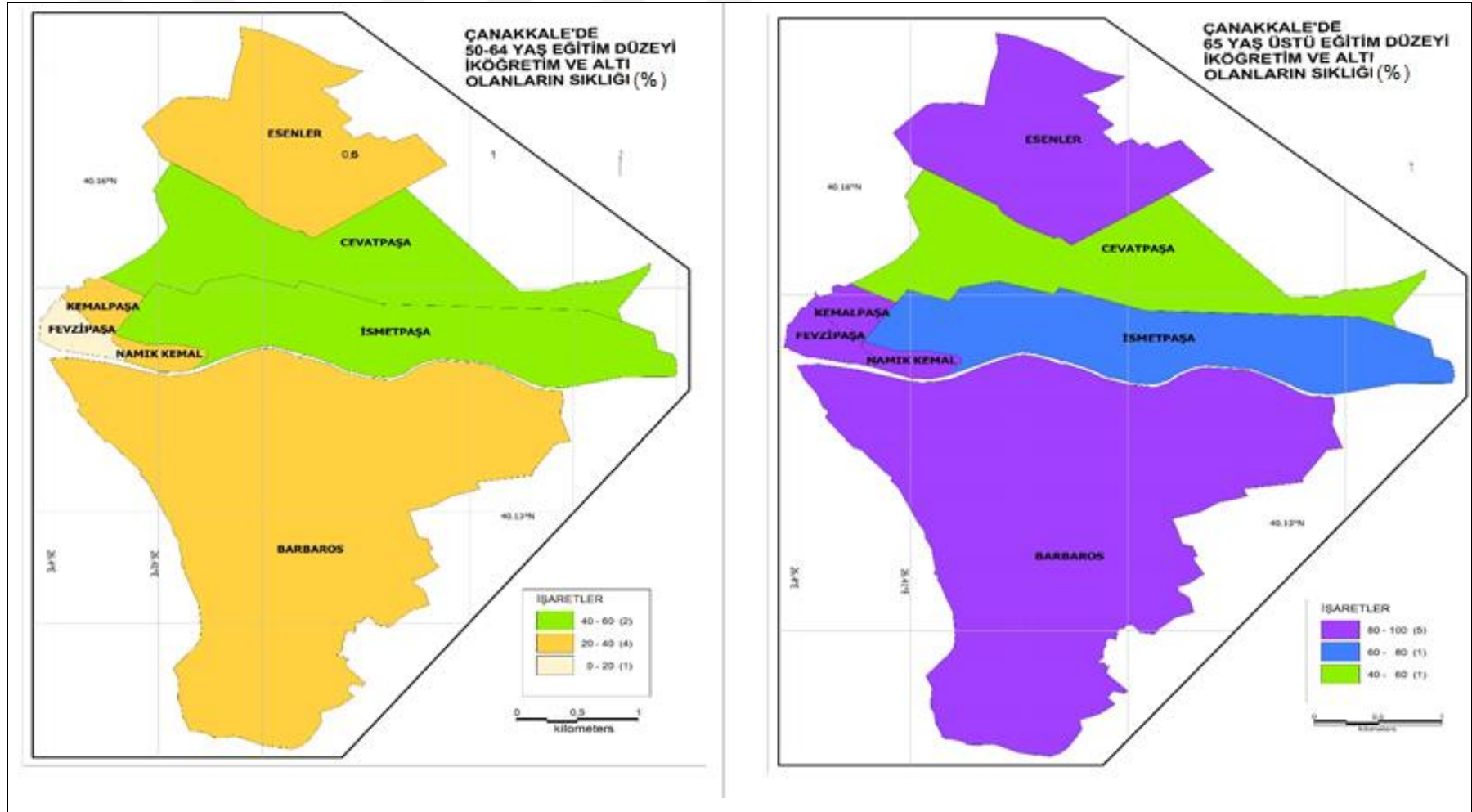
İlgi yazı ile; Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından "**Çanakkale ili 50 yaş ve üzeri nüfusun sağlık durumunun ve Biyo-Psiko-Sosyal belirleyicileri araştırması**" konulu araştırmanın 2015 yılı Mart-Haziran ayları arasında Çanakkale il merkezinde yapılmasının planlandığı, bu araştırma ile ilgili görüşme sonrası yaşlılara yönelik kan şekeri, boy, kilo ve tansiyon ölçümünün yapılacağı bildirilmiş ve söz konusu araştırma için Müdürlüğümüzden izin talep edilmektedir.

Makamınızca uygun görüldüğü takdirde, söz konusu araştırmanın Müdürlüğümüze bağlı olarak hizmet veren Yaşlı Dayanışma Merkezi üyelerine yönelik olarak yapılması hususunu;

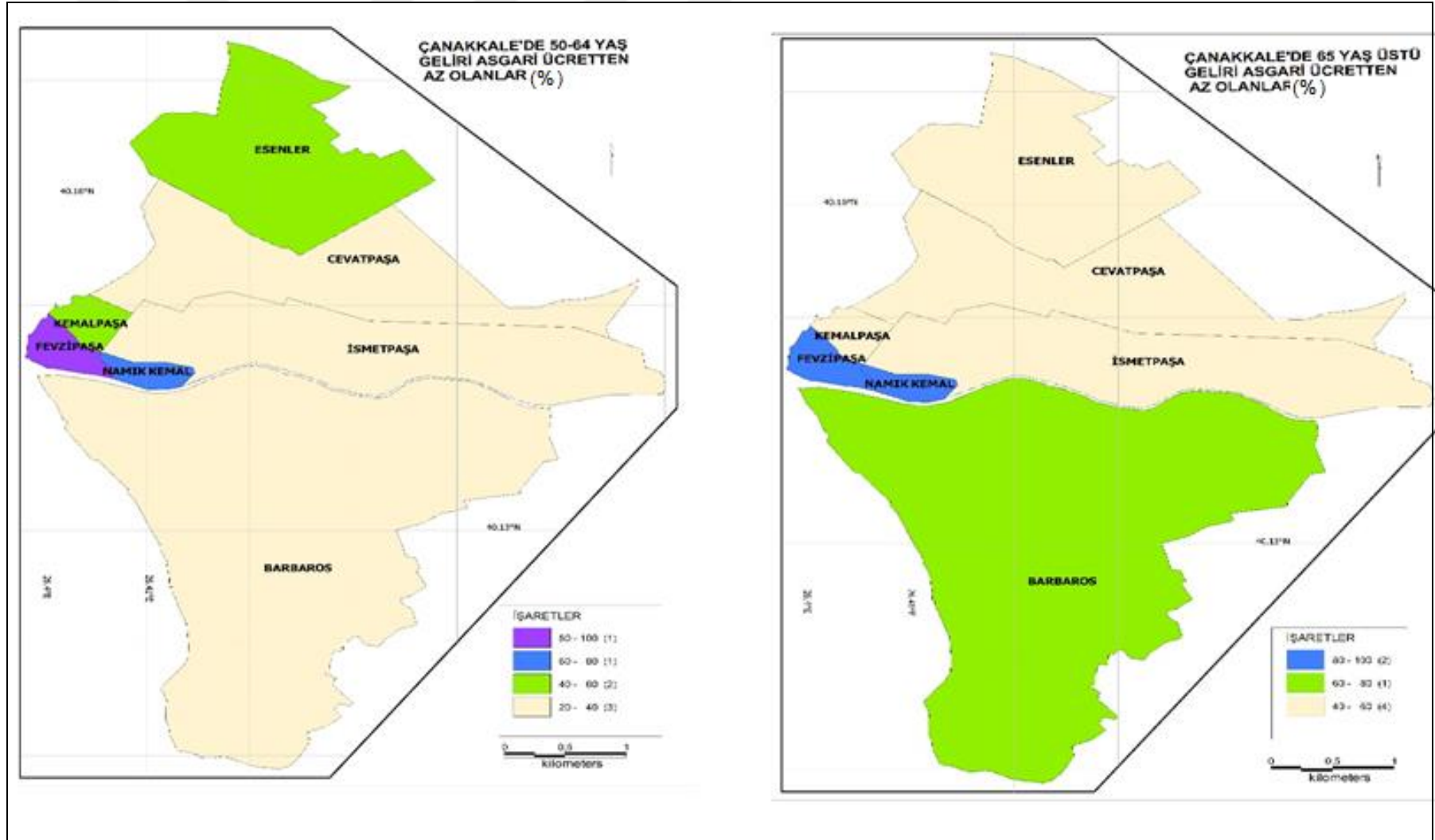
Olurlarınıza arz ederim.

  
Serap ÇAĞLAR  
İl Müdür Yardımcısı

OLUR  
13 /08/2014  
  
Gündüz BAĞCI  
Vali a.  
İl Müdür Vekili

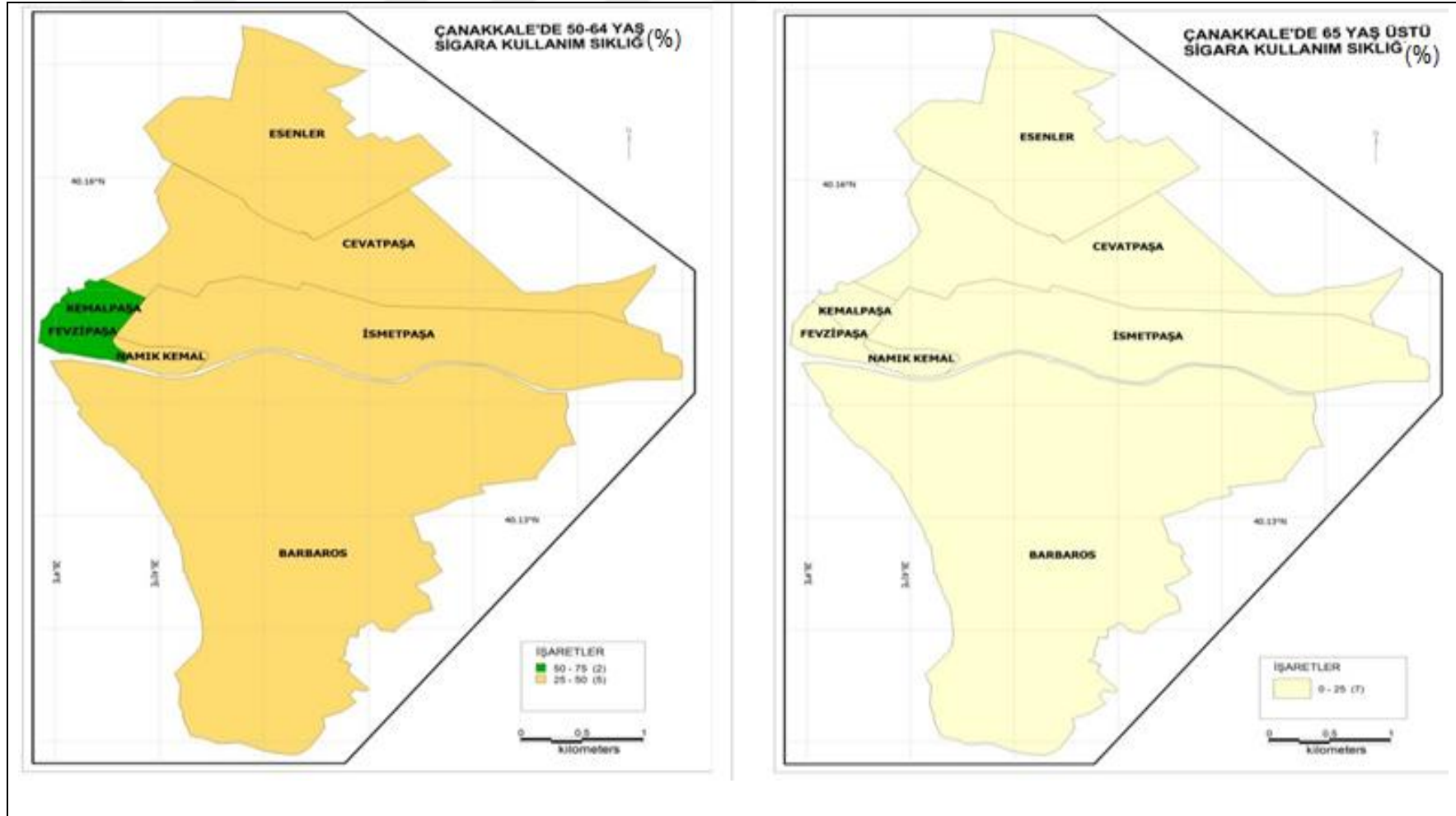


**EK-6:** İncelenenlerin yaş grubu ve eğitim durumunun yerleşim yerine göre dağılımı, Çanakkale, 2015  
İşaretlerdeki parantez içi sayılar mahalle sayılarını belirtmektedir.



**EK-7:** İncelenenlerin yaş grubu ve yerleşim yerine göre geliri durumunun dağılımı, Çanakkale, 2015  
İşaretlerdeki parantez içi sayılar mahalle sayılarını belirtmektedir.





**EK-8:** İncelenenlerin yaş grubu ve yerleşim yerine göre sigara kullanım sıklığı, Çanakkale, 2015. İşaretlerdeki parantez içi sayılar mahalle sayılarını belirtmektedir.

