



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ALTMİŞ YAŞ VE ÜZERİ ROMANLARDA KRONİK
HASTALIK SIKLIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mesiya AYDIN

Samsun

Haziran-2016



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ALTMİŞ YAŞ VE ÜZERİ ROMANLARDA KRONİK
HASTALIK SIKLIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mesiya AYDIN

Danışman

Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI

Samsun

Haziran-2016

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Mesiya AYDIN tarafından Prof.Dr. İlknur AYDIN AVCI danışmanlığında hazırlanan ‘Altmış Yaş ve Üzeri Romanlarda Kronik Hastalık Sıklığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi’ başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından .. /.. /2016 tarihinde yapılan sınav ile Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI ,Ondokuz Mayıs Üniversitesi (Danışman)

Üye : Doç.Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR, Erzincan Üniversitesi

Üye : Yrd.Doç. Dr. Birsen ALTAY, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / /.....

Doç. Dr. Aydın HİM
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmamın başından sonuna kadar bütün aşamalarında bana rehberlik eden, yüksek lisans eğitimim boyunca hiçbir zaman desteğini ve emeğini esirgemeyen, Sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya,

Yüksek lisans derslerim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren Sayın Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY'a, Sayın Yrd. Doç. Dr. Nuran MUMCU BOĞA'ya Sayın Doç. Dr. Hatice KUMCAĞIZ'a

İstatistik konusunda yardımcı olan Sayın Doç. Dr. Kamil ALAKUŞ'a,

Çalıştığım kurumda bana her zaman destek olan değerli mesai arkadaşlarıma,

Araştırmanın yapıldığı Samsun ili Canik ilçesinde çalışmaya katılarak bu tezin verilerini sağlayan araştırma grubundaki tüm Roman vatandaşlara,

Yüksek lisans eğitimim boyunca beraber olduğum, destek ve yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım Sayın Öğr. Gör. Tina Sani MALEKİ'ye, Arş. Gör. Alaattin ALTIN, Arş. Gör., Özge ÖZ'e, Arş. Gör. Dilek ÇELİK EREN'e, Arş. Gör. Tuğba Kavalalı'ya ve Tuba YILMAZ'a,

Her zaman yanımda olan ve desteğini hiç esirgemeyen aileme teşekkür ediyorum.

ÖZET
ALTMİŞ YAŞ VE ÜZERİ ROMANLARDA KRONİK HASTALIK
SIKLIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
İNCELENMESİ

Amaç : Bu araştırma, Altmış yaş ve üzeri Romanlarda kronik hastalık sıklığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Kesitsel olarak yapılan bu araştırmanın evrenini Samsun İli Canik ilçesinde Yavuz Selim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 98 yaşlı Roman oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak 22 sorudan oluşan soru formu ve 52 sorudan oluşan, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; yüzdelik ortalama, t testi ve Anova testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada; Romanların yaş ortalaması $66,7\pm 5,3$ olup Romanların %83,7'sinin kronik bir hastalığı olduğu %80,6'sı sürekli ilaç kullanmadığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki Roman vatandaşların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması $115,98\pm 15,82$ olup Romanlar ölçek alt boyutlarından en fazla puanı kişilerarası ilişkiler, en düşük puanı ise stres yönetiminden almışlardır. Romanların cinsiyet, sosyal güvence, gelir durumu, eğitim durumu, aile tipi, beden kitle indeksi ve kan basıncı takibi yaptırma durumları ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak ilişki olduğu ($p<0,05$), sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kronik hastalık sıklığını etkilemediği bulunmuştur ($p>0,05$).

Sonuç: Bu araştırma, yaşlı Romanların düşük eğitim seviyesine sahip olduğunu kronik hastalıklar açısından risk taşıdığını koruyucu sağlık davranışlarına gerekli önemi vermediklerini göstermektedir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, halk sağlığı hemşirelerinin yaşlı Romanların kronik hastalık yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi uygulamalarına yönelik sağlık eğitimi programlarını geliştirmeleri önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık; Roman; sağlıklı yaşam biçimi; yaşlılık

Mesiya AYDIN, Yüksek Lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi-Samsun, Haziran -2016

ABSTRACT
**THE FREQUENCY OF CHRONIC DISEASES AND A HEALTH-
PROMOTING LIFESTYLE IN A GROUP OF ELDERLY ROMANI PEOPLE
LIVING IN NORTHERN TURKEY**

Aim: The aim of this study is to analyze the frequency of chronic diseases among Romani people who are sixty and older as well as their health-promoting lifestyle.

Material and Method: This is a cross-sectional study. The study universe included 98 elderly Romani people lived in Samsun, Turkey. The study data were collected using the questionnaire included 22 questions along with the Health-promoting Lifestyle Scale II. The statistical analysis of the data was made using percentage means, t test, correlation and ANOVA test.

Results: The average age of the participating Romani people was 66.7 ± 5.3 (minimum 60, maximum 85). Of these Romani people, 83.7% had a chronic disease, and 80.6% had a medication that they used regularly. The mean score of the Romani citizens in the study sample on the Health-promoting Lifestyle Scale was 115.98 ± 15.82 . They obtained their highest score on the inter-personal relations sub dimension and the lowest score on the stress management sub dimension of the scale. There was a statistical correlation between the Romani people's gender, social insurance, income level, education level, family type, body mass index (BMI) and blood pressure monitoring and their scores on the scale ($p < 0.05$). The study found that a health-promoting lifestyle did not affect the frequency of chronic diseases ($p < 0.05$). The Romani citizens obtained low scores on the health-promoting lifestyle scale.

Conclusion: This study proved that the Romani people had low education levels, had risks of chronic diseases, did not attach sufficient importance to a health-promoting lifestyle and their health-promoting lifestyle is weaker compared to the elders in the rest of the population. In this respect, it is suggested that community health nurses train Romani citizens on chronic disease management and health lifestyle practices.

Keywords: Chronic disease; elderly age; healthy lifestyle; Romani

Mesiya AYDIN, Master Thesis
Ondokuz Mayıs University- Samsun, June-2016
SİMGELER VE KISALTMALAR

SİMGELER VE KISALTMALAR

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- ADA** : American Diabetes Association, Amerikan Diyabet Birliği
- BAG** : Bozulmuş Açlık Glikozu
- BGT** : Bozulmuş Glikoz Toleransı
- BKİ** : Beden Kitle İndeksi
- CCI** : Commission on Chronic Illness, Kronik Hastalıklar Komisyonu
- CDC** : Centre for Disease Prevention and Control Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi
- COSI-TUR** : Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 yaş) Şişmanlık Araştırması
- DALY** : Disability Adjusted Life Years, İşlev Kaybına Uyarlanmış Yaşam Yılı
- DKB** : Diyastolik Kan Basıncı
- DM** : Diyabetes Mellitus
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- EASD** : American Diabetes Association, Avrupa Diyabet Çalışma Birliği
- ECRHS** : European Community Respiratory Health Survey, Avrupa Solunum Sağlığı Araştırma Topluluğu
- EHIS** : European Health Interview Survey, Avrupa Sağlık Görüşürme Araştırması
- ESH** : European Society of Hypertension, Avrupa Hipertansiyon Derneği
- ESC** : European Society of Cardiology, Avrupa Kardiyoloji Derneği
- GOLD** : Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı İçin Küresel İnisiyatif
- GDM** : Gestasyonel Diyabet

- HT** : Hipertansiyon
- ILO** : International Labour Organization, Uluslar Arası Çalışma Örgütü
- ISAAC** : International Study of Asthma and Allergies in Childhood: Uluslararası Çocukluk Astım ve Allerjileri Çalışma Grubu
- ISH** : Uluslar Arası Hipertansiyon Komitesi
- KOAH** : Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
- MONICA** : Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin Çokuluslu İzlenmesi
- NHANES** : National Health and Nutrition Examination Survey, Amerika Birleşik Devletleri-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması
- P** : Significant Önemlilik Değeri
- SKB** : Sistolik Kan Basıncı
- SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences
- SYBDÖ** : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
- TEKHARF** : Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
- THK** : Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
- TURDEP I** : Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obesite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalas Çalışması I
- TURDEP II**: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obesite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalas Çalışması II
- TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
İÇİNDEKİLER	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Roman.....	4
2.2. Yaşlılık	5
2.3. Kronik Hastalık	6
2.3.1. Hipertansiyon.....	7
2.3.2. Diyabetes Mellitus	9
2.3.3. Obezite	12
2.3.4. Kronik Solunum Yolu Hastalıkları	15
2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi	18
2.4.1. Kişilerarası İlişkiler.....	18
2.4.2. Beslenme.....	19
2.4.3. Sağlık Sorumluluğu	20
2.4.4. Fiziksel Aktivite.....	20
2.4.5. Stres Yönetimi	21
2.4.6. Manevi Gelişim.....	22
2.5. Romanlarda Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirelik.....	22
3. MATERYAL VE METOT	24
3.1. Araştırmanın Şekli.....	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.3.1. Seçim Alınma/Dışlanma Kriterleri	24
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	25

3.4.1. Bağımlı Değişken.....	25
3.3.1. Bağımsız Değişken	25
3.3. Veri Toplama Araçları.....	25
3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Anket Formu.....	25
3.5.2. Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği.....	26
3.6. Verilerin Toplanması	27
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	28
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
KAYNAKLAR.....	55
ÖZGEÇMİŞ	70

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Türkiye’de yaşayan birçok kültürel ve etnik gruplardan biriside Romanlardır. Romanlar Anadolu’ya yaklaşık 10. yüzyılda gelmiş olup o günden bu yana Anadolu halkıyla iç içe yaşamaktadırlar. Romanlar uzun süre önce Anadolu’ya gelmeleri ve yıllar süren birlikte yaşam sürecine rağmen bugün bile dışlanmakta ve ötekileştirilmektedirler (Ünaldı, 2012). Türkiye’de yaşayan Romanlara ilişkin yapılan çalışmalarda Romanların karşılaştıkları temel güçlükler gösterilmeye çalışılmıştır (Özkan, 2000; Tuna ve ark., 2006; Koç ve ark., 2011). Henüz yeterli bilgi birikimi sağlamamış olsa da, bu çalışmalar Romanların, kısa eğitim hayatı olduğunu, düzensiz-geçici-düşük ücretli ve çoğunlukla sosyal güvencesiz işlerde istihdam edildiklerini, erken evliliğin getirdiği kişisel ve sosyal dışlanmışlık gibi grup kimliği sorunlarıyla mücadele etmek durumunda kaldıklarını ortaya koymaktadır (Çelik ve ark., 2011; Koç ve ark., 2011). Yapılan bir çalışmada düşük sosyo-ekonomik statü ve Romanların kötü sağlık durumu arasında bağlantı olduğu belirtilmiştir (Kolarcik ve ark., 2009). Romanların sosyolojik olarak analizini yapan çalışmalar olmasına rağmen sağlık durumlarını inceleyen çalışmalar sınırlıdır (Kosa ve ark., 2007; Kolarcik ve ark., 2009; Geckova ve ark., 2014). Romanların ortalama yaşam süresinin genel nüfustan 10-12 yıl daha az olduğu bulunmuştur (Ruston ve Smith, 2013).

Yaşlanma, fizyolojik olarak kaçınılmaz bir olgudur. Yaşlılık da tüm canlılarda görülen biyolojik bir durum olmakla birlikte, bireylerin fizyolojik ve ruhsal güçlerini geri dönüşümsüz kaybetmesi olarak ifade edilebilmektedir (Kara ve ark., 2009). Yaşlı nüfus sayısının artması, demografik geçiş sürecinin bir çıktısıdır. Dünya’da görülen ölüm ve doğurganlığın azalmasının aksine yaşam süresi uzamış olup dünya nüfusunun yaş grupları arasında değişiklikler meydana gelmiştir (Tezcan ve Seçkiner, 2012).

Türkiye’de 1970’lerden bu yana yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı doğurganlık ve ölümlülük kapsamındaki gelişmelere paralel olarak yükselmiştir. Toplam nüfus içindeki 65 yaş ve üzeri nüfusun payı 1940’da %3,5 iken, 1970’de %4,4’e, 2014’de ise %7,9’a yükselmiştir. Bunun yanı sıra 65 yaş ve üzeri nüfusun 2023’de %10,2, 2050’de %20,8, 2075’de ise %27,7’ye yükseleceği öngörülmektedir

(TÜİK, 2014). Yaşın artmasıyla birlikte bütün toplumlarda kronik hastalık sıklığı ve insidansıda artış göstermektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012).

Kalp ve damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet gibi hastalıklar son yıllarda tüm toplumları etkileyen başlıca bulaşıcı olmayan kronik hastalıkları oluşturmaktadır. Dünya çapında önemli bir sağlık problemi olan kronik hastalıkların 2008’de meydana gelen 57 milyon ölümün %63’üne neden olduğu belirtilmiştir ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminleri, kronik hastalıkların gelecekteki on yılda toplam ölüm sayısının kayda değer oranda yükselmesinden yükümlü olacağını ortaya koymuştur. Kronik hastalıklar nedeniyle meydana gelen ölümlerin 2010 ve 2020 yılları arasında tüm dünyada %15 (44 milyon daha fazla ölüm) oranında yükseleceği öngörülmektedir (Alwan ve ark., 2010; DSÖ, 2011).

Kronik hastalıkların önlenmesine yönelik çalışmalar gelişmiş ülkelerde çok daha fazla yapılmaktadır. Ancak gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri çoğunlukla enfeksiyondan kaynaklanan hastalıkların tedavisi için oluşturulmuştur. Buna karşın kronik hastalıklar düşünüldüğü gibi ağırlıklı olarak gelişmiş ülkelerin sorunu değildir. Kronik sebeplerden kaynaklanan ölümlerin %80’den fazlasının düşük ve orta gelirli ülkelerde ortaya çıktığı belirlenmiştir (Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2013).

Hastalıklardan korunma, erken tanı ve var olan sağlıklı durumun devam ettirilmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temel olup var olan kronik hastalıklar ve tedavisi, bireyin yaşam şeklinde değişikliklere neden olduğundan bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (Yorulmaz ve ark, 2011).

Romanlar genellikle buldukları yerlerin belirli semtlerinin ‘varoş’larında, kenar mahallelerinde, sağlıksız koşullarda yaşamlarını sürdürmeye çalışmaktadırlar (Arayıcı, 2008). Oldukça dar yaşam alanına sahip olan Romanların evleri iç içe geçmiş ve sıklıkla her evde birden çok aile yaşamaktadır. Türkiye’deki Romanlar denilince daha çok İstanbul, Ankara, İzmir gibi büyük şehirlerde yaşayan gruplar akla gelmekte olup bu bilinen Roman grupları hakkında kısıtlı sayıda sosyal yaşamlarını inceleyen çalışmalara rastlanmaktadır (Çelik ve Tar, 2015). Samsun’da yaşayan Romanlar ise genel olarak daha az tanınan bir gruptur. Özellikle Romanlara yönelik yapılan çalışmalarda sağlıkla ilgili konuların yeterince işlenmemesi kronik hastalıklar,

hastalıklardan korunma ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bilinmemesi bu alanda araştırma yapma ihtiyaını ortaya koymuştur.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, altmış yaş ve üzeri Romanlarda kronik hastalık sıklığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek için yapılmıştır.

1.3 Araştırmanın Soruları

1. Yaşlı Romanların tanıtıcı özellikleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bağlantı var mıdır?
2. Yaşlı Romanlarda kronik hastalık sıklığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bağlantı var mıdır?
3. Bu araştırmada, altmış yaş ve üzeri Romanların koruyucu sağlık davranışlarını yapma durumu ile SYBD arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Roman

Batı'da "Rom", Türkiye'de daha çok "Çingene" adıyla bilinen, ancak Çingene kavramına yüklenen olumsuz anlamlar nedeniyle bizzat Çingenelerin çok geniş kısmı tarafından da çok kabul görmeyen ve son zamanlarda daha çok Roman kavramıyla tanımlanan grup, Orta Asya'dan/Hindistan'dan çıkarak iki koldan, dağınık biçimde bugünkü yerleşim mekanlarına yayılmışlardır. Her gittikleri yerde yaşam biçimlerini korumayı başarabilen Çingeneler/Romanlar, gittikleri bölgelerde farklı isimlerle anılmışlardır. Özkan (2000)'e göre, Çingene ismi, Hint kast sisteminin en alt tabakasının müzisyen ve şarkıcıları olan "doma" ve "domba"lardan gelmektedir (Özkan, 2000). Bugün Avrupa'nın her yanına, İran'dan başlayarak Ortadoğu ve Mısır'a kadar geniş bir coğrafi alana ve Anadolu'nun neredeyse dört bir yanına yayılan Romanlar, buldukları her ülkede farklı isimlerle anılmakta, hatta Anadolu'da buldukları her bölgede onlara farklı isimler verildiği gözlemlenmektedir. Onlar, İran'da "kefli", Ermenistan'da "Lom" İspanya'da "Kalo" Almanya'da ise "Sinto" olarak anılmakta, Türkiye'de ise, Batı Anadolu ve Trakya'da "Roman", Van-Ardahan civarında "Mutrip" Orta Anadolu'da "Elekçi", Erzurum-Sivas hattında "Poşa", başka bazı yerlerde, "Sepetçi", "Mandacı" "Kalaycı" gibi daha çok yaptıkları işlerle tanımlanmaktadır (Çelik ve ark., 2011).

Dünya çapında yaklaşık 8-12 milyon Roman vatandaşın olduğu tahmin edilmektedir. Roman popülasyonu daha çok Romanya, Bulgaristan, Macaristan, Çek Cumhuriyeti ve Slovakya da bulunduğu bilinmektedir. İspanya'da toplam popülasyonun %2'sini Roman vatandaşlardan oluşmaktadır (Kosa ve ark., 2007; Kolarcik ve ark., 2009; Garrido ve ark., 2010; Geckova ve ark., 2014). Romanlar hakkında yapılan çalışmalarda yeterli bilgi birikimi sağlanmamış olsa da, Romanların, kısa eğitim hayatı olduğunu, düzensiz-geçici-düşük ücretli ve çoğunlukla sosyal güvencesiz işlerde istihdam edildiklerini, erken evliliğin getirdiği kişisel ve sosyal sorunlarla ve dışlanmışlık gibi grup kimliği sorunlarıyla mücadele etmek durumunda kaldıklarını ve yerleşim yerlerinin çok kötü şartlarda olduğunu ortaya koymaktadır (Kolarcik ve ark., 2009; Çelik ve ark., 2011; Zelko ve ark., 2015). Birçok sorunla başa çıkmak zorunda olmaları, onları çoğunlukla bir arada yaşamaya yöneltmekte, diğer gruplar ise genel olarak Romanların farklı özellikleri ve bu özelliklerinin bir arada olmaları nedeniyle

daha fazla ‘göze çarpması’ yüzünden onların yaşadıkları yerleri bilmektedirler. Onların yerleşik olduğu alanlar, ya onlar orada yaşadığı için ya da onlar iş piyasası dolayımı ile ücretini ödeyebildikleri yerlerde yaşayabilmeleri yüzünden diğerlerince tercih edilmeyen yaşam alanlarına dönüşmektedir (Çelik ve ark., 2011).

Romanlarla yapılan çalışmalar Romanlarda birçok hastalığın yüksek düzeyde olduğunu göstermiştir (Kosa ve ark., 2007; Ruston ve Smith, 2013; Geckova ve ark.,2014). Romanlar Birleşik Krallık da sağlık açısından risk altındaki grup olarak bilinmektedir. Bununla birlikte, "yüksek-riskli" nüfus olarak sınıflandırılmasına rağmen hastalıklarını tedavi için çabaları ve hastalıklarını yönetmek için sağlık profesyonellerine başvurmaları sınırlıdır (Ruston ve Smith, 2013). Türkiye’de de Romanların sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerine ulaşması, kişisel belgelerin eksikliği kadar, var olan önyargılar nedeniyle de bir hayli zordur. Romanların var olan hastalıklarının tedavi edilmesi konusunda sıklıkla isteksizlik tavrı sergilendiği, bazen hastaneler ve Aile Sağlığı Merkezlerine gelen Romanların tedavisinin yapılmadığı veya hekimlerin daha az önem gösterdiği söylenmektedir. Diğer yandan, bir hastalığın var olduğu saptansa bile, ilaçların getirdiği maddi yük, birçok Roman bireyin tedaviyi uygulayamamasına veya tedavinin rastgele biçimde uygulanmasına neden olmaktadır (Anonim, 2016a).

Kronik hastalıkların ortaya çıkmasında etken olan çevresel ve sosyal faktörlerin yükselmeside tüm toplumlarda kronik hastalıkların görülme sıklığını arttırmıştır. Doğurganlıkta süregelen düşüşün yanı sıra insanların yaşam beklentisinin devamlı olarak yükselmesi, yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının aşamalı bir şekilde yükseleceği ortaya koymaktadır (Koç ve ark., 2010).

2.2.Yaşlılık

“Yaşlanma”, “yaşlılık” kavramları arasındaki ayrımın net yapılmaması nedeniyle çoğu zaman yanlışlıkla birbirini yerine kullanılabilir (Beğler ve Yavuzer, 2012). Yaşlılık, bütün canlılarda görülen bireylerin fizyolojik ve ruhsal güçlerini kalıcı bir şekilde yitirme durumu olarak ifade edilen genetik, yaşam şekli, kronik hastalık gibi bileşenlerin yer aldığı karmaşık bir dönemdir. Yaşlanma ise, doğumdan ölüme kadar devam eden biyolojik fizyolojik kronolojik olarak kaçınılmaz bir olgudur (Soyuer, 2008; Kara ve ark., 2009 ; Erkol ve ark., 2010; İnanır ve ark., 2012). Kronolojik olarak yaşlılığın birçok sınıflaması yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü 65 yaş ve üzeri kişileri

yaşlı olarak kabul ederken gerontolojistler de yaşlılığı 65-74 yaş arası genç yaşlı, 75-84 yaş arasını orta yaşlı ve 85 yaş üzerini ihtiyarlık olarak gruplamışlardır (DSÖ, 2007).

Dünyanın her geçen gün yaşlanmasının yanı sıra tüm dünyada doğum sayısındaki azalma ve yaşam standartlarının gelişmesine bağlantılı bir şekilde insanın yaşam süresinin artmasıyla yaşlı birey sayısı da gittikçe yükselmektedir. Demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentiler gibi Türkiye’de de yaşlı yüzyılı olacağını göstermektedir. Yaş yapısında ki değişikliklerle birlikte yüzyılın ikinci yarısında 65 yaş ve üzeri nüfusun, sosyal, demografik ve ekonomik açıdan Türkiye’de de önem kazanması ön görülmektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012).

Dünya genelinde yapılan araştırmalara bakıldığında yaşlılarda her iki cinsiyet için morbidite, mortalite ve engellilik durumunun en sık sebebinin kronik hastalıklar olduğu saptanmaktadır (Beğer ve Yavuzer, 2012). Artan yaşla birlikte, bireylerin çevresel etkileşime karşı duyarlılığı artmaktadır. Savunma sisteminin zayıflaması; fizyolojik işlevlerde azalma; vücut bileşimindeki değişiklikler bu duruma etki etmektedir. Sonuç olarak akut ya da kronik hastalıkların ortaya çıkışı kolaylaşmaktadır (Çamur ve Acar-Vaizozğlu, 2012).

2.3.Kronik Hastalık

Kronik hastalıklar, akut hastalıklara göre daha uzun süre devam eden ve daha yavaş ilerleme gösteren, hastalığa yönelik değil ama onun semptomlarına yönelik tedavi uygulanabilen hastanın bağımsızlığını ve hayat kalitesini arttırmak için destek gerektiren durumlar olarak ifade edilmektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013). Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre ise kronik hastalıklar, kalıcı ve giderek artan hasara neden olan, geri dönüşsüz değişikliklere sebep olan, uzun dönem gözetim, koruma, rehabilitasyon ve bakıma ihtiyacı olan durumlardır (DSÖ, 2005).

Kronik hastalık varlığı ülkelerin gelişmişlik düzeylerine ve sosyal sınıfların yapısına bakılmaksızın gün geçtikçe artmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008). Bu durum Romanlar içinde geçerlidir. Romanlarda ruh sağlığı sorunlarına kıyasla koroner arter hastalığı, şişmanlık, hiperlipidemi ve diabetes mellitus görülme sıklığının yüksek olduğu bildirilmiştir. Hatta aynı bölgede bulunan Roman vatandaşlarda diabetes mellitus, şişmanlık, hiperlipidemi ve damar hastalığı gibi sağlık sorunları Roman olmayan vatandaşlara göre daha fazla görülmektedir (Geckova ve ark., 2014).

Türkiye İstatistik Kurumu 2014 verilerine göre Türkiye’de meydana gelen ölümlerin %40,4’ü dolaşım hastalıklarından, %20,7’si iyi ve kötü huylu tümörlerden, %10,7’si solunum sistemi hastalıklarından, %5,1’i endokrin, beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklardan, %4,3’ü dışsal yaralanma ve zehirlenmelerden, %4,4’ü sinir sistemi ve duyu organları ile ilgili hastalıklar nedeniyle meydana gelmiştir. Dolaşım sistemi nedeniyle meydana gelen ölümlerin %11,6’sı hipertansif hastalıklar oluşturmaktadır (TÜİK, 2014). Bununla birlikte kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser, astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) gibi hastalıklar Dünyada yaygın olarak görülen başlıca kronik hastalıklardır (DSÖ, 2009).

2.3.1.Hipertansiyon

Hipertansiyon ilaç tedavisinde sağlanan önemli gelişmelere rağmen, neden olduğu komplikasyonlar ve sık görülmesi nedeni ile gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde günümüzde de önemli bir halk sağlığı problemidir. Yapılan gözlemsel çalışmalarda kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin kan basıncıyla diyastolik kan basıncı (DKB) sürekli bir ilişki içinde olduğu bulunmuştur. Bunun yanında hem sistolik hem de diyastolik kan basıncının kalp yetersizliği, periferik arter hastalığı ve son evre böbrek hastalığıyla kademeli ve bağımsız bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Buna göre hipertansiyon, kardiyovasküler ve ilişkili hastalıklar için olduğu kadar, kardiyovasküler riskte belirgin bir artışa neden olan başlıca risk faktörü olarak görülmektedir (Şendur ve Güven, 2011).

Tablo 1. 18 yaş ve üzeri bireylerde kan basıncının sınıflandırılması

Özellik	Sistolik kan basıncı (mmHg)	Diyastolik kan basıncı (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Yüksek normal	130-139	85-89
Hipertansiyon		
Evre 1	140-159	90-99
Evre 2	160-179	100-109
Evre 3	≥180	≥110
İzole sistolik hipertansiyon	≥140	<90

Kaynak:(ESC/ESH Hipertansiyon Kılavuzu, 2013).

Daha önce tanı almamış bireylerde, ortalama sistolik kan basıncı (SKB) ≥ 140 mmHg veya ortalama DKB ≥ 90 mmHg üzerinde olması durumunda bireyler hipertansif olarak tanılanır ve hipertansiyon tanısı alan, antihipertansif ilaç kullananların kan basıncı ölçümleri ne olursa olsun yine hipertansif olarak kabul edilirler (Tablo 1) (Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2013).

Hipertansiyon birçok faktörden etkilenmektedir. Etiyolojisine göre primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Primer hipertansiyon nedeni henüz tam olarak açıklanamamış arteriyal kan basıncının normal olarak kabul edilen değerden sürekli yüksek çıkmasıdır. Hipertansif hastaların %90-95'i bu gruba girmektedir. Primer hipertansiyon gelişmesine neden olan faktörler arasında; diyet, genetik, aşırı alkol ve sigara tüketimi, aşırı tuz kullanımı, fiziksel aktivite azlığı, aşırı kilo, hormonal ve hemodinamik değişikliklerin olduğu bilinmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2011). Hipertansiyon bir nedene bağlı ise sekonder hipertansiyondan bahsedilmektedir. Tüm hipertansiyon olgularının yaklaşık %5-10'unu oluşturmaktadır. Çoğunlukla renal, endokrin, gebelik, sigara ve alkol kullanımı, nörolojik hastalıklar, stres, intravasküler volüm artması gibi nedenlere bağlı olarak görülmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2011).

Dünyadaki yaşlı nüfusunun artmasıyla birlikte yaşlılarda kronik hastalıkların ve özellikle hipertansiyonun görülme sıklığında artış görülmüş olup 50 yaşından sonra hipertansiyonda %50 oranında bir yükseliş bildirilmiştir (Öven ve Akçiçek 2009).

Gelişmekte olan bir çok ülkede hipertansiyon prevalansı %30-55 arasında değişmektedir (Yorgun ve Kabakçı, 2010). Dünya Sağlık Örgütü, bölgeler arasında hem erkek hem de kadınlarda hipertansiyon sıklığına baktığında en yüksek oran Afrika'da (%30), en düşük oran ise Amerika'da (%18) görülmüştür (DSÖ, 2014).

Hipertansiyon Türkiye'de de sıklıkla görülen bir sağlık problemidir. Türkiye'de 1990'da yapılan Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında yüksek kan basıncı sıklığı kadınlarda %38, erkeklerin ise %28,4 olarak tespit edilmiştir. Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması'da 2010 yılında (TURDEP II) kadınlarda hipertansiyon oranı %32,3, erkeklerde ise %30,9 olarak bulunmuştur. Türkiye'de yaşam süresinin artmasına paralel olarak hipertansiyon sıklığı %75,1 olmuştur (Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2013).

Hipertansiyonda risk faktörleri değiştirilebilen ve değiştirilemeyen olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sigara içmek, insülin direnci ve diyabetes mellitus, hiperkolesterolemisi, obezite, hipertansiyon, uykusuzluk, taşikardi, psikolojik depresyon, omega 3-yağ asitleri ve polifenol antioksidan eksikliği, çevre gürültü kirliliği, stres, kavgalı yaşam/geçimsizlik, depresyon, peridontal hastalıklar hipertansiyonun değiştirilebilen risk faktörleri iken yaş, cinsiyet, genetik değiştirilemeyen risk faktörleridir (Başar, 2008).

Türkiye’de hipertansiyon yeterince farkında olunmayan ve bu nedenle tedavi edilmeyen yaygın bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle korunmada yapılması gereken ilk adım, hipertansiyon konusunda toplumu bilinçlendirerek toplumun farkındalığının artırılmasını sağlamaktır (DSÖ, 2013). Hipertansiyonun önlenilebilir bir sorun olduğu durumundan yola çıkarak uygun yaşam biçimi değişiklikleri yapılması, kan basıncı kontrolünün sağlanması ve kan basıncı ölçümünü yaygınlaştırılması önemlidir.. Bunun yanı sıra yaşamın her evresinde hipertansiyonun önlenmesi için ideal kilo korunmalı, düzenli fiziksel aktivite yapılmalı, sigara ve alkol kullanımından kaçınılmalı, beslenmeye dikkat edilmeli, stresten mümkün oldukça uzak durulmalı ve hipertansiyon geliştiği durumda tanısının erken konulması ve tedavisinin etkin şekilde yapılması sağlanmalıdır (DSÖ, 2013; Hacıhasanoğlu Aşilar, 2015; Anonim, 2016b). Hipertansiyonla ilişkili böbrek hasarı ve diğer kardiyovasküler risklerin azaltılması da, hipertansiyonun topluma getireceği yük açısından üzerinde önemle durulması gereken sorunlardır (Anonim, 2016b).

2.3.2.Diyabetes Mellitus

Diabetes Mellitus (DM), insülin salınımı ve insülin etkisi faktörlerin de bozukluk olması sonucunda ortaya çıkan kronik metabolik bir hastalıktır (Yılmaz ark. 2013).Diabetes Mellitus durumunda ortaya çıkan kan şekeri yüksekliği (hiperglisemi) kontrol altında tutulamazsa ilerleyen süreçte retinopati, nefropati, periferik ve otonom nöropati gibi hastalığın kronik komplikasyonları olan mikrovasküler komplikasyonlar ortaya çıkar. Bununla birlikte diyabet varlığı koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve periferik damar hastalıkları gibi makrovasküler sorunların daha erken yaşlarda görülmesi ve daha agresif ilerlemesine neden olabilir. Hem tip 1 ve hem de tip 2 diyabette metabolik kontrolün yeterince sağlanması ile bu komplikasyon gelişmesinin önlenilebileceği veya ertelenebileceği ispatlanmıştır (Türkiye Diyabet Programı, 2015).

Tablo 2. ADB'ya göre klinik sınıflandırma

I.	Tip 1 Diyabetes Mellitus (Genelde tam insülin eksikliğine yol açan β hücre harabiyeti)
II.	Tip 2 Diyabetes Mellitus (İnsülin yetmezliği ile seyreden insülin rezistansı)
III.	Gestasyonel Diyabet
IV.	Diğer Spesifik Diyabetes Mellitus Tipleri
	a. B hücresi fonksiyonunun genetik defektleri
	b. İnsülin etkisinde genetik defektler
	c. Ekzokrin pankreasın hastalıkları
	d. Endokrinopatiler
	e. İlaç ve kimyevi maddelere bağlı
	f. Enfeksiyonlar
	g. İmmün sebepli diyabetin ender rastlanan şekilleri
	h. Bazen diyabetle görülen diğer genetik sendromlar

Kaynak:(Amerikan Diyabet Birliği, 2010)

Günümüzde diyabetin sınıflandırılması için geçerli olan düzenlemedir (American Diyabet Birliği, 2010).

Risk faktörleri değiştirilemez ve değiştirilebilir/kontrol edilebilir risk faktörleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Genetik faktörler, yaş ve cinsiyet değiştirilemez risk faktörleri Bozulmuş açlık glukozu (BAG), bozulmuş glukoz toleransı (BGT), dislipidemi gibi metabolik bozukluklar, gestasyonel diyabet (GDM), obezite, sigara, hipertansiyon, sağlıksız beslenme ve aktivite azlığı değiştirilebilir/kontrol edilebilir risk faktörleri arasında sayılabilir (Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Klavuzu, 2009; Diabetes Care, 2011).

Yaşam tarzında meydana gelen hızlı değişimin etkisi ile hem gelişmiş hemde gelişmekte olan toplumlar da özellikle tip 2 diyabet prevalansı hızla artmaktadır. Tüm dünyada 2009 yılı sonu itibarı ile 285 milyon diyabetli olduğu saptanıp bu sayının 2030 yılında 438 milyona ulaşması öngörülmektedir. Nüfustaki artış, yaşlanma, kentleşmenin ve yaşam tarzı değişikliği sonucu görülen obezite ve fiziksel inaktivite de bu durumun en önemli sebepleri arasındadır (Anonim, 2012).

Avrupa erişkin (20-79 yaş) nüfusta, 2010 yılı itibarı ile diyabet prevalansının % 8,5 olduğu belirlenmiştir. 2030 yılında ise yaklaşık olarak %18 artış ile bu değer % 10 olacağı tahmin edilmektedir. Türkiye son Uluslar Arası Diyabet Federasyonu (IDF) Diyabet Atlası'na göre tüm Avrupa ülkelerinde diyabet prevalansının en yüksek olduğu

ülkedir. Yine Avrupa’da 20-79 yaş arası en fazla diyabetli hastanın bulunduğu ülkeler sıralamasında Türkiye 7 milyondan fazla kişiyle Rusya ve Almanya’dan sonra 3. sırada bulunmaktadır (Türkiye Diyabet Programı, 2014).

Türkiye genelinde 1997-1998 yıllarında 270 köy ve 270 mahallede rastgele seçilmiş 20 yaş üzeri 24788 kişiyle yapılan “Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması”nın (TURDEP-I) Türkiye’de tip 2 diyabet prevalansı % 7,2, bozulmuş glukoz toleransı prevalansı ise % 6,7 olarak bulunmuştur. Bu bulgulardan hareketle, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2007 yılı nüfus verilerine göre Türkiye’de 2,85 milyondan fazla tip 2 diyabetli ve 2,6 milyon civarında BGT’linin olduğu belirlenmiştir. TEKHARF Çalışmasının 1997/98 taramasından 2004/05 yıllarına kadar izlenen kohortuna dair 2009’da yayınlanan verilerine göre ise, Türkiye’de 35 yaş üstü nüfusta diyabet prevalansı %11 olarak saptanmış ve bunun 3,3 milyon kişiye karşılık geldiği belirlenmiştir (TEKHARF Çalışması, 2009). Diyabet prevalansının 2010 yılında TURDEP I ile aynı bölge, yaş ve aynı yöntemle yapılan TURDEP II çalışmasında % 16,5 olduğu ve 6,5 milyon diyabetlinin bulunduğu ifade edilmiştir. Yapılan iki TURDEP çalışmaları karşılaştırıldığında, Türkiye’de diyabet sıklığının %90 ve bozulmuş glukoz toleransı sıklığının ise % 207’lik bir artış ortaya konulmuştur. Bu sonuçlar, Türkiye’de diyabetli sayısının artış hızının dünya ve Avrupa genelinden yüksek olduğunu ve 20 yıl sonrası için beklenen oranlara daha şimdiden yaklaşıldığını ortaya koymaktadır (Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması,2013). Diyabetin en önemli risklerinden olan obezitenin Türkiye’de giderek artması bu sonucun ortaya çıkmasında önemli bir rol oynamaktadır. Nitekim, TURDEP-II çalışmasında Türkiye’de obezite prevalansı %31,2 olarak saptanmıştır (Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı, 2014).

Son yıllarda tip 1 diyabet riskini azaltma adına uygulanabilecek etkin bir yöntem olmamasına rağmen tip 2 diyabet gelişme riski basit yaşam tarzı değişiklikleri ile azaltılabilir. Bu konuda en eski çalışmalardan olan İsveç’in Malmö şehrinde yapılan çalışmada fiziksel aktivite ve tıbbi beslenme programına alınan BGT’li hastalarda tip 2 diyabet ortaya çıkma riski %10,6 iken rutin önerilerin yapıldığı grupta bu oranın %21,4 ortaya konulmuştur (Türkiye Diyabet Programı, 2015). Yaşam tarzı değişiklikleri ile diyabetin önlenmeye çalışılmasının oldukça maliyet etkin bir yaklaşım olduğu da kanıtlanmıştır (Diabetes Prevention Program Research Group, 2012). Prediyabetik

hastaların yılda en az bir kez diyabet gelişimi açısından izlenmesi ve değiştirilebilir kardiyovasküler risk faktörleri açısından değerlendirilmesi önerilmektedir (Diabetes Care, 2014).

2.3.3.Obezite

Obezite ve fazla kiloluk, DSÖ tarafından sağlığa zarar verilebileceği düşünülen anormal ya da aşırı derecede yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır (Yaman, 2014). İnsanoğlu tarih boyunca açlık ve yoklukla uğraştığı için tarihsel süreçte aşırı kilo ve obezite neredeyse tüm toplumlarda sağlık ve zenginlik belirtisi olarak algılanmaktaydı. Bazı topluluklar günümüzde hala açlık ve yokluk çekse bile, bugün beslenme noksanlığı ve infeksiyon hastalıkları nedeniyle ortaya çıkan sağlık sorunlarının yerini, birçok yerde aşırı beslenme ve obezitenin getirdiği sağlık sorunları almıştır. Obezite, gelişmekte olan ülkelerin gelir düzeyinin artması batı yaşam tarzının benimsenmesi, enerji alımının artması enerji harcanmasının azalması ve kırsaldan kente göç olgusu ile birlikte sadece gelişmiş ülkelerin sorunu olmaktan çıkmış olup hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler de kaçınılmaz olmuştur (Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu, 2014).

Tablo 3: BKİ'ye göre obesitenin sınıflandırılması

Özellik	Sınıflandırma
Beden kitle indeksi	
<18,5	Düşük kilo
18,5-24,9	Normal kilolu
25,0-29,9	Fazla kilolu
30,0-34,9	Sınıf I obezite
35,0-39,9	Sınıf II obezite
≥40,0	Sınıf III obezite

Kaynak: (DSÖ, 2000 ve 2004)

DSÖ, fazla kiloluluk ve obezite tanımını beden kitle indeksine [$BKİ = \text{Ağırlık (kg) / Boy (m}^2\text{)}$] dayanarak yapmaktadır. Buna göre;

- Fazla kiloluluk: $BKİ = 25,0-29,9 \text{ kg/m}^2$ ve
- Obezite: $BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$ olarak kabul edilmektedir (Tablo 4) (Obezite Tanı ve Tedavi kılavuzu, 2014).

Obezitenin etiyolojisi, genetik, metabolik, hormonal, hipotalamik, psikolojik, fiziksel aktivite yetersizliği ve sosyo-ekonomik düzey gibi birçok etmenin neden olduğu karmaşık bir yapıdadır (DSÖ, 2013). Özellikle yaşam tarzının değişimini etkileyen endüstri, şehirleşme ve hareketsiz yaşam tarzı ile birlikte kolay ulaşılabilir, şeker ve yağ oranı yüksek, bol kalorili hazır gıda tüketimi, hızlı ve ayaküstü yeme alışkanlığı gerekenden fazla kalori alımına neden olduğu ve kalori harcamasındaki yetersizlikle birleştiğinde fazla kiloluluk ve ardından obezitenin kaçınılmaz olduğu bildirilmektedir (Kayar ve Utku, 2013).

Avrupa Topluluğu İstatistik Ofisi'nin (Eurostat) 2007-2010 yılları arasında yapmış oldukları çalışmada fazla kiloluğun %30-70, obesitenin ise %10-30 olduğu saptanmıştır (Strategy for Europe on Nutrition, 2010). Dünya çapında obezitenin 1980'den beri ikiye katlandığı ve 18 yaş ve üzeri 1,9 milyar yetişkinin kilolu bunların 600 milyarının obez olduğunu ortaya konulmuştur (DSÖ, 2012). Genel olarak dünya yetişkin popülasyonunun %10'undan fazlasının obez olduğu bulunmuştur. Avrupa'da 2008-2009 yılları arasında 19 üye ülkeye yapılan Avrupa Sağlık Görüşürme Araştırması'nın (EHIS) sonuçlarına göre fazla kiloluluk ve obezitenin kadınlarda %36,9-56,7, erkeklerde ise %51-69,3 olduğu bulunmuştur. 18 yaş ve üzeri bireylerde obezitenin en düşük olduğu ülkeler Romanya, İtalya, Bulgaristan ve Fransa'dır. Kadınlarda obezitenin en yüksek olduğu ülkeler sırasıyla İngiltere, Malta, Letonya ve Estonya'dır. Erkeklerde obezitenin en yüksek olduğu ülkeler ise Malta, İngiltere, Macaristan ve Çek Cumhuriyeti'dir (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2010).

Türkiye'de de obezite prevalansı gelişmiş batılı ülkelere gibi artış göstermekte ve özellikle kadınlarda %30'lardadır. Toplam 24.788 kişinin dahil edildiği TURDEP-I çalışmasının sonuçları incelendiğinde obezite prevalansı kadınlarda %30, erkeklerde %13 genelde ise %22,3 düzeylerinde olduğu saptanmıştır. Yaş dağılımlarına bakıldığında ise prevalansın 30'lu yaşlarda arttığı, 45-65 yaşları arasında en yüksek noktayı gördüğü belirlenmiştir. Roman yerleşim yerlerinde yaşayan 40 yaş üstü roman vatandaşlarda obezite oranı genç roman vatandaşlara oranla daha yüksektir (Geckova ve ark., 2014). Obezite prevalansı kentsel alanda %23,8 iken kırsal alanda %19,6 olarak bulunmuştur. TURDEP-I çalışmasında Türk erişkinlerde %22,3 olan obezite prevalansının 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II çalışmasında %40 artarak 2010'da %31,2'ye ulaştığı belirlenmiştir. Kadın popülasyonda %44, erkeklerde ise %27 olan

obezite prevalansının son 12 yılda kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 arttığı ortaya konulmuştur (Obezite ile Mücadele El Kitabı, 2013). Obezite prevalansı, doğu-batı, zengin-yoksul toplum ayrımı gözetmeksizin giderek artmaktadır. Ve bugün engellenebilir ölümlerin sigaradan sonra ikinci önemli nedeni obezitedir (Obezite Tanı ve tedavi kılavuzu, 2014).

Beslenme ve fiziksel aktivitedeki değişiklikler çevresel ve toplumsal değişim sonucudur ve sağlık, tarım, ulaşım, şehir planlama, çevre, gıda işleme, dağıtım, pazarlama ve eğitim gibi sektörlerde destekleyici politikaların eksikliği de obezite için risk oluşturmaktadır (DSÖ, 2012; Burçak Annagür, 2010; Kutlutürk ve ark, 2011). Bunun yanında yaş cinsiyet, evlilik, doğum sayısı ve doğumlar arası süre, sigara ve alkol kullanma durumu, sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik durum, genetik faktörler obezite için risk faktörlerini oluşturmaktadır (Obezite ile Mücadele El Kitabı, 2013; Burçak Annagür, 2010).

Obeziteden korunmada çevrenin düzenmesi öncelikle olması gerektir. Korunmada davranışlarımızı değiştirmemiz gerekmektedir. Bunu için üç yol mevcuttur. Öncelikle porsiyonlar küçültülmelidir. Böylece “pasif aşırı yeme” önlenecektir. Bunun yanında restoran endüstrisi, yüksek enerjili yiyeceklerde porsiyonları küçültme noktasında cesaretlendirilmelidir (Kayar ve Utku, 2013). İkinci adım olarak düşük yağ ve düşük enerji içerikli gıda kullanımı arttırılmalıdır. Bunun için sebze, meyve ve tahılların restoran ve dükkanlarda kolay bulunabilir olması sağlanmalıdır. Düşük yağ ve enerji yoğunluklu gıdaların da aynı oranda lezzetli olması sağlanmalıdır. Özellikle çocukların düşük enerji yoğunluklu gıdaları tüketmeleri sağlanmalıdır. Bunun sağlanması adına ailelerin yeme alışkanlıkları gözden geçirilip gerekli durumlar da eğitim verilmelidir (Akbulut, 2010; Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Hekim İçin Tanı Ve Tedavi Rehberi, 2011). Özellikle çok küçük çocuklar için enerji kullanımı çok iyi düzenlenmelidir. Bu konuda halk sağlığı açısından başarılı olabilmek için, ziraatçılar, gıda endüstrisi, eğitimciler, devlet ve araştırmacıların ortak çalışması gerekmektedir. Üçüncü adım ise çevreye fiziksel aktivitenin önemini anlatmaktır. Düzenli fiziksel aktivite uygulayan bireyler daha sağlıklı çalışma esnasında da daha az sedanter olan bireylerdir (DSÖ, 2012; Kayar ve Utku, 2013). Okullardaki çocuklarda mutlaka fiziksel aktivite yönünde cesaretlendirilmelidirler ve fiziksel aktiviteden zevk almaları ve bu alışkanlıkları yaşam boyu devam ettirmeleri için desteklenmelidir

(Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Hekim İçin Tanı Ve Tedavi Rehberi, 2011; DSÖ, 2012).

2.3.4.Kronik Solunum Yolu Hastalıkları

Kronik solunum hastalıkları içerisinde en sık görülen hastalıklar olan astım ve KOAH dır (Türk Toraks Dergisi, 2010).

Astım

Astım, hava yollarının kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. İnflamasyon, hastalarda tekrarlayan ataklar halinde daha çok gece ve/veya sabah hırıltılı solunum, nefes darlığı, göğüste sıkıntı hissi ve öksürük semptomlarının ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bununla birlikte kronik inflamasyonu, bronş aşırı duyarlılığına sebep olmaktadır. Kronik hava yolu inflamasyonu, bronş aşırı duyarlılığı ve diffüz, geri dönüşümlü hava yolu obstrüksiyonu astımın temel özellikleridir (TC. Sağlık Bakanlığı, 2009).

Prevalans ülkeden ülkeye, hatta aynı ülkede bölgelere göre değişmekle birlikte DSÖ'ye göre dünyada halen 235 milyon astım hastası yaşamını sürdürmektedir (DSÖ, 2013). Son 30-40 yıl içinde şehirleşme ve modern yaşama biçiminin artmasıyla prevalansın daha da artacağı ve 2025 yılında 100 milyon kişinin bu sayıya ekleneceği öngörülmektedir (Doğan, 2010). Bunun yanında astımdan dolayı dünyada yılda yaklaşık 250.000 kişinin öldüğü tahmin edilmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2010).

Avrupa ülkelerinde astım prevalansı %5-10, Türkiye'de çocukluk döneminde %5-10, yetişkin dönemde %2-6 olduğu belirtilmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2010). Türk Toraks Derneği Astım ve Allerji Çalışma Grubu verilerine göre; ülkemizde yaklaşık her 12-13 erişkinden ve 7-8 çocuktan birinin astım hastası olduğu belirtilmektedir. Astım görülme sıklığı yaşam ve çevre koşullarının değişmesine bağlı olarak giderek artmaktadır (Türk Toraks Derneği, 2013). Kentsel alanda % 1,3 ile 14., kırsal alanda %1,1 ile 19. sırada yer almaktadır (Doğan, 2010). Ülkemizde hızlı nüfus artışı, çarpık kentleşme ve çevre kirliliği dikkate alınırca, astım prevalansının batı ülkelerinden daha yüksek olması beklenmektedir (Bektaş ve ark., 2013). Hastalık yükü açısından astım ulusal düzeyde DALY'e (DALY= disability-adjusted life years; sakatlık nedeniyle yaşam yılı kaybı) neden olan hastalıklar arasında (%1,2) ilk 20 içindedir (Doğan, 2010).

Genetik, cinsiyet, obezite, astımın kişisel risk faktörlerini allerjenler, enfeksiyonlar, iç ve dış ortam hava kirliliği, mesleki ajanlar ve beslenme ise çevresel risk faktörlerini oluşturmaktadır (Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarının [Astım – Koah] Önleme Ve Kontrol Programı, 2009).

Tedavisi mümkün olmayan astımda etkili hastalık yönetimiyle astım kontrol edilebilir ve hasta bireye daha kaliteli hayat sunulabilir. Kısa süreli kullanılan ilaçlar astımın semptomlarını hafifletmek için kullanılabilir. Astımın ilerlemesini kontrol altına alabilmek için ise uzun süreli steroidli inhalerler gereklidir (DSÖ, 2010).

Doktorun hemşiresinin, eczacının, solunum terapistinin ve diğer sağlık çalışanlarının hastaya “kendi kendini tedavi etme” konusunda eğitim yapabilmeleri ve hastaları desteklemeleri önerilmelidir (Proop ve Becker, 2013). İşbirliğinin amacı astımlı hastanın ve ailesinin eğitilmeleri, doktor tarafından belirlenen tedaviye uyumun kolaylaşmasıdır. Rehber eşliğinde astımlı hastanın kendi tedavisini yönlendirmesi yaklaşımının hastalarda astım morbiditesini azalttığı gösterilmiştir (Lau, 2013).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tamamen geri dönüşümü olmayan, hava akımı kısıtlanması ile karakterize engellenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Hastalığın seyri bireyler arasında büyük değişkenlik göstermekte, sıklıkla uzun süre sigara içen orta ve ileri yaş grubunu (45 yaş üstünü) etkilemektedir (Akgün, 2013).

KOAH en önemli ölüm ve sağlık yoksunluğu yaratan sebeplerden biridir (Doğan, 2010; KOAH Toraks Derneği Tanı ve Tedavi Rehberi, 2010). Dünyada her yıl KOAH sebebi ile yaklaşık 2,5 milyon insan ölmekte, 29 milyon DALY kaybı meydana gelmektedir. Son 30-40 yılda KOAH'dan ölümler artış göstermektedir. 1970-2002 yılları arasında Amerika Birleşik Devletler (ABD)' inde kronik hastalıklara bağlı mortalitede genel bir düşüş olmasına karşın KOAH'dan hayatını kaybedenlerin arttığı ifade edilmektedir (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2011). ABD'de kronik solunum yolu hastalıklarının yine dördüncü sırada yer aldığı ve ölümlerin %7'sine neden olduğu bildirilmiştir. 2020 yılında ise, KOAH'ın, ölüm oranlarına göre 3. (1990'da 6.), DALY kaybına göre 5. sırada olacağı da tahmin edilmektedir (Raherison ve Girodet, 2009). Türkiye'de 2014 yılı verileri incelendiğinde;

ölüm nedenlerinin %10,7'sinin solunum sistemi hastalıkları nedeniyle olduğu ve üçüncü sırada geldiği DALY nedenleri içinde sekizinci sırada yer aldığı bildirilmiştir (Doğan, 2010; TÜİK, 2014).

KOAH'la ilişkili ölümlerin artmasında, sigara içme oranlarındaki artış ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde toplumun yaş yapısındaki değişim rol oynamaktadır. Dünya demografik yapısındaki değişim, sigara içme epidemisindeki değişimden daha hızlı seyretmekte ve KOAH'daki artışta daha belirleyici olmaktadır (Kocabaş, 2010).

Genler, partiküllere maruziyet (tütün dumanı, mesleki tozlar), iç ve dış ortam hava kirliliği, akciğerlerin büyümesi ve gelişmesi, oksidatif stres, cinsiyet, yaş, solunumsal enfeksiyonlar, sosyoekonomik durum, beslenme var olan hastalıklar KOAH'da risk faktörlerini oluşturmaktadır ancak KOAH gelişimi için en önemli risk sigara kullanımınıdır (Kocabaş, 2010; Mollaoğlu ve Tuncay, 2010; Akgün, 2013). KOAH olgularının %75'inde doğrudan sigaranın sorumlu olduğu bilinmektedir (Alimoğlu, 2007; Kıyan, 2007). Ve bu nedenle KOAH'ın ilerlemesini önlemek için sigarayı bırakmak esastır (DSÖ, 2009). Toz ve dumana maruz kalınan mesleklerde çalışan kişilerin sigara içmeleri, KOAH'a yakalanma olasılıklarını arttıracığından, bu kişilerin sigaradan uzak durmaları çok daha önemlidir. Daha çok kırsal kesimde evlerde yemek pişirmek ya da ısınmak amacıyla kullanılan hayvansal ya da bitkisel kaynaklı yakıtların yerine, başka kaynakların kullanılması KOAH 'dan korunmayı sağlamak için daha uygundur (KOAH İle Yaşam, 2011).

Günümüzde dünya sağlık harcamalarının büyük bir çoğunluğu kronik hastalıkların tedavisine kullanılmakta ve her yıl 38 milyon kişinin kronik hastalık nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir (DSÖ, 2016). Yaşlıların sağlığını olumsuz etkileyebilecek sosyo-ekonomik koşulların iyileştirilmesi, yaşlı bireyler için güvenli ve sağlıklı çevrenin oluşturulması sağlanarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ile yaşam boyu sağlık ve sağlıklı yaşlanmanın temini sağlanmış olacaktır (Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020).

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Davranış kelimesi, her zaman bilinçli ve isteyerek olmasa da bireylerin yaptıkları veya yapmaktan sakındıkları eylemleri ifade etmektedir. Sağlık davranışı ise “Sağlık ve sağlık düzeninin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlar bütünüdür” şeklinde tanımlanmaktadır (Tambağ, 2013). Sağlığı geliştirme; doğrudan birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin geliştirilmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik etkinlikleri anlatmaktadır (Ocakçı, 2007).

Tıp ve sağlık hizmetlerinin tarihsel süreçteki gelişmesine bakıldığında, insanların önce hastalananları iyileştirmeye çalıştıkları sonrasında da hastalıktan korunma yolları aradıkları görülmektedir. Tüm bu çabalar insanı olabildiğince sağlıklı yaşatmak içindir. Bu amaç için insanları hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan pek çok uygulama geliştirilmiştir. Bugün bu uygulamaların hepsine birden “Sağlıklı Yaşam Biçimi” (Healthy Life Style) denmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak ifade edilmiştir (Ocakçı, 2007).

Walker ve arkadaşları sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde aşağıda sıralanan faktörlerin etkili olduğunu belirtmektedir:

- Kişilerarası ilişkiler
- Beslenme
- Sağlık Sorumluluğu
- Fiziksel aktivite
- Stres yönetimi
- Manevi gelişim (Walker ve ark., 2002).

2.4.1. Kişilerarası İlişkiler

Kişilerarası ilişkiler, başkaları ile olan ilişkilerdir ve sağlığın geliştirilmesindeki etkinliği küçümsenmeyecek bir olgudur. Nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerekli kılar. İnsanın temel gereksinimlerinden birinin “iletişim” olduğu söylenerek iletişimin önemi ortaya koyulmaya çalışılmaktadır (Walker ve Hill-Polrecky, 1996; Özcan, 2006).

İnsan yaşamında temel olan “ilişki”dir. İnsanın esas gereksinimi ilişkidir. İletişim ise ilişkinin en önemli araçlarından. Bu nedenle yaşamın dokusu ilişkiler, ilişkilerin can damarı ise iletişimidir (Kaya, 2013).

İnsanın kendini, duygu ve düşüncelerini gereksinmelerini anlatma ve başkalarını anlama yolu iletişim olarak ifade edilir. İletişim en az iki kişi arasında olur, ilişki bağı gelişir ve bu bağ karşılıklı değer vermeye, saygı duymaya ve destek olmaya bağlıdır. Kişilerarası ilişkinin sağlıklı olarak yürütülmesinde aşağıdaki unsurlar önemli rol oynar.

- Algılama (bireyin genel deneyimleri olup, davranışın yönünü belirler)
- Değerler (değer sisteminde yas, cins, inanışlar rol oynar)
- Kültür (bireyin dünya görüşü, örf ve ananeler)
- Duygular (öfke, sevgi, şefkat ve kin duyguları)
- Sosyal konum

Kişilerarası ilişkilerde önemli noktalardan birisi aktif dinlemedir. Aktif dinleme bilgi alma, bilgi verme, bireyi tanıma, sorunlarını belirleme ve çözüm bulmada önemlidir. Kişilerarası desteği iyi olan bir birey sorunlarıyla daha iyi baş eder ve üretkenliği ve yaşam kalitesi de artar (Ünal, 2013).

2.4.2.Beslenme

Beslenme, insanın yaşamını sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmesi için gerekli olan besin maddelerinden gerekli miktarda alıp vücutta kullanılmasıdır. Yeterli ve dengeli beslenme de; vücudun fonksiyonlarını gerçekleştirebilmesi için gerekli olan tüm besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda alınması ve vücutta uygun biçimde kullanılmasıdır (Demirezen, 2005).

Vücuttaki fonksiyonların harekete geçmesi için gerekli olan enerji besin maddelerinden sağlanır. Günlük olarak alınan besinler; su, karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve mineraller olmak üzere altı temel besin öğesinden oluşur. Su, yaşamı oluşturan ve devam ettiren ana besin maddesidir. Organizma faaliyetlerinin ve canlılığın sürdürülmesi için gerekli olan enerji ise besinlerdeki karbonhidratlardan, yağlardan ve proteinlerden karşılanır. Vitamin ve mineraller ise vücut içindeki biyokimyasal olaylarda kilit rol oynar (Ünal, 2013; Türkiye’ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi, 2015).

Küreselleşme sürecinde beklenen yaşam kalitesine ulaşmak için tüm bireylerin ve toplumun beslenme bilinci kazanması, sağlıklı beslenmenin yaşam biçimine dönüştürülmesi gerekliliği kaçınılmazdır (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2014). Var olan ve yaşam kalitesini düşüren beslenme problemlerinin (protein-enerji yetersizliği, demir yetersizliği anemisi, iyot yetersizliği hastalıkları, raşitizm, diş çürükleri, şişmanlık vb.) en aza indirilmesi, beslenme nedeniyle meydana gelen kronik hastalıkların (kalp damar hastalıkları, hipertansiyon, bazı kanser türleri, diyabet, osteoporoz vb.) engellenmesine yönelik yaşam biçiminin iyileştirilmesi, çevre koşullarının düzeltilmesi ve geliştirilmesi, sağlıklı besine ulaşımın ve tüketiminin sağlanması ile besin güvencesinin sağlanması, sağlığın geliştirilmesi amacıyla toplumun besin güvenliği, besin, beslenme ve sağlık konularında bilinçlendirilmesinin ve katılımının sağlanması son derece önemlidir (Pekcan, 2009).

2.4.3.Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğunu üstlenme, bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu, önleyici ve sağlığı geliştiren davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliği göstermesini ifade etmektedir. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını ortaya koyar. Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlığı ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda hekime ya da sağlık kuruluşuna başvurması,
- Düzenli aralıklarla tıbbi kontrollerini yaptırması,
- Sağlıkla ilgili konularda tartışabilmesi ve ilgili yayınları takip etmesi,
- Sağlığını sürdürmesi ve iyilik halini yükseltmesi,
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile saptanır (Tambağ, 2013).

2.4.4.Fiziksel Aktivite

Günlük yaşamda, iskelet kasları kullanılarak yapılan ve enerji harcanmasını gerektiren her hareket fiziksel aktivite olarak ifade edilir (Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, 2014).

İnsan ömrünün uzamasını sonucu olarak dünya ve ülkemizdeki yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı 2014 yılında %8 iken bu oranın 2023 yılında %10,2' ye, 2050 yılında 20,8'e ulaşacağı ön görülmektedir (TÜİK, 2014).

Yaşın ilerlemesiyle birlikte görülme sıklığı giderek artan çeşitli kronik hastalıklar ve problemler, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmelerinde ciddi sınırlılıkları da beraberinde getirmektedir. Bu durum, sebep olduğu psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların yanı sıra, yaşlanmış bireyin yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle, fiziksel aktivitelerin yaşlı bireyler üzerinde ayrı bir etkisi ve önemi bulunmaktadır (Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, 2014).

Fiziksel aktivite düzeyi düşük olan bireylerde ölüm riski, haftanın çoğu günü en az 30 dakika orta düzeyde fiziksel egzersiz yapanlara göre %20-30 daha fazladır ve her yıl yaklaşık 3,2 milyon ölüm yetersiz fiziksel aktiviteyle ilişkilendirilmektedir (DSÖ, 2010).

Düzenli fiziksel aktivite yapılması hipertansiyon ve inme riskini azaltmaktadır. Kan yağlarını ve kolesterolü düzenlemekte, kas kitlesini artırmakta, kemik yapısını kuvvetlendirerek osteoporoz ve düşmeye bağlı kemik kırıkları riskini azaltmaktadır. Ayrıca fiziksel aktivite depresyon ve anksiyete ile mücadelede rol oynamakta, kişinin özgüvenini geliştirmekte ve psiko-sosyal gelişimini de olumlu yönde etkilemektedir (Fiziksel Aktivite Beslenme ve Sağlıklı Yaşam, 2008; Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, 2014).

2.4.5. Stres Yönetimi

Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur (Walker ve Hill-Polrecky, 1996). Bir diğer anlamda ise stres, organizmanın dengesini bozabilecek etkenlerin bütünüdür (Bozhüyük ve ark., 2012).

Aşırı stres, bedensel ve zihinsel sağlığı ve ilişkileri bozar, fiziksel, duygusal ve davranışsal hastalıklar, uykusuzluk, çeşitli ağrılar, baş ağrısı gibi rahatsızlıklara sebep olabilir, hipertansiyon, kalp hastalıkları diyabet gibi yaşamı tehdit eden hastalıkların ortaya çıkmasına yol açabilir (Bozhüyük ve ark., 2012).

Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ve süreci etkin bir şekilde kontrol edebilmek için kişilerin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (Walker ve Hill-Polrecky, 1996). Bu kaynakları harekete geçirebilmek için ; gevşeme teknikleri, beden egzersizleri, gerilime sebep olan faaliyetlerden uzak kalma, sosyal faaliyetlere dahil olma, zihinsel düzenleme ve dönüşüm, davranış değişikliği ve inanç gibi stresle başa çıkma yöntemleri kullanılabilir (Bozhüyük ve ark., 2012).

2.4.6.Manevi Gelişim

Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır. Manevi gelişim, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanmaktadır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile ortaya çıkabilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını üretir. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir (Walker ve Hill-Polrecky, 1996).

2.5.Romanlarda Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirelik

Halk Sağlığı Hemşireliğini DSÖ birey aile ve toplum sağlığını yükseltmek, fizik ve sosyal çevreyi olumlu hale getirmek, toplumu hastalık ve sakatlıklardan korumak için çalışan, halk sağlığı ve sosyal yardımı kapsayan, hemşirelikte özel bir daldır (Hacıoğlu, 2009).

Romanlarda Türkiye’de kentin dış taraflarındaki semtlerde olumsuz koşullarda yaşamlarını idame ettirmeye çalışan, yoksulluk ve yoksulluğa bağlı olarak kronik hastalıkların yaygın gözüktüğü kültürel ve etnik gruplardan biridir (Önen, 2011; Ünalı, 2012). Romanlar yüksek riskli grup olarak ifade edilmelerine rağmen sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerine erişimi bir hayli güçtür (Ruston ve Smith, 2013; Anonim, 2016a).

Yaşlı Roman vatandaşların sağlığını koruma ve geliştirme amacı doğrultusunda, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici aktivitelere katılmalarını arttırabilmek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmalarını sağlamak için, yaşlı Roman bireylerin gereksinimlerinin bütüncül açıdan değerlendirilmesi, hizmet sunumlarının ise, yaşlıların

bireysel özelliklerinin göz önüne alınarak yapılması hususunda halk sağlığı hemşireleri önemli görevler üstlenmektedir.

Özellikle etnik olarak sosyal izolasyonla sıklıkla yüz yüze kalan Roman popülasyonu geleneksel yaşam tarzını sürdürmeyi tercih etmektedir (Ünaldı, 2010). Bu nedenle halk sağlığı hemşireleri özel gruplarla çalışırken toplumun özelliklerini, sağlık alışkanlıklarını, sağlık davranışlarını ortaya koyan çalışmalar yapmalıdırlar.

Halk sağlığı hemşirelerinin toplumun kültürüne ve alışkanlıklarına yönelik olarak yapacağı hemşirelik uygulamalarını Roman popülasyonunda pozitif sağlık davranışlarının kazandırılmasında etkili olacaktır. Özellikle her geçen gün önemi daha da artan yaşlı sağlığı ve sağlıklı yaşlanma, diğer popülasyonlara göre Romanlarda önemle irdelenmelidir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Samsun İli Canik İlçesine bağlı Romanların yoğun olarak yaşadığı Yavuz Selim ve İki Yüz Evler Mahallesi Ocak-Haziran 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Resmi veriler olmamakla birlikte, Samsun'da Yavuz Selim ve 200 Evler Mahallelerinde daha toplu ve kalabalık, ancak şehrin değişik mahallelerinde daha dağınık ve az sayıda (Samsun'un Tekkeköy, Çarşamba ve Bafra ilçelerinde yer yer toplu, yer yer dağınık şekilde yaşayan) olmak üzere yaklaşık 16.000 Roman vatandaşın olduğu düşünülmektedir (Koç, Huntürk ve Üstünel, 2011).

Araştırmanın evrenini Samsun İli Canik İlçesine bağlı Romanların yoğun olarak yaşadığı Yavuz Selim ve İki Yüz Evler Mahallesi ikamet eden 65 yaş ve üzeri Roman vatandaş sayısının 70 olması ve bu sayının çalışmanın niteliğine göre düşük kabul edilmesinden altmış yaş ve üstü Romanlar araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Yavuz Selim Mahallesi Aile Hekimliği kayıtlarından altmış yaş üstü 120 Roman vatandaş belirlenmiştir. İki mahallenin mahalle muhtarlarının yardımıyla 120 Roman vatandaşın 109'na ulaşılmış ve altmış yaş üstü 11 Roman vatandaş çalışmaya katılmayı kabul etmediğinden çalışma 98 (evrenin %81,7'si) yaşlı Roman vatandaş ile gerçekleştirilmiştir.

3.3.1. Seçim Alınma/Dışlanma Kriterleri

- 60 yaş ve üzerinde olmak
- İletişim engeli bulunmamak
- Roman vatandaşı olmak
- Araştırmanın yapıldığı tarihlerde Roman mahallesinde yaşıyor olmak
- Araştırmaya katılmaya kabul etmiş olmak

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişken

Kronik hastalık sıklığı

3.4.1. Bağımsız Değişken

Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, sosyal güvence, aile tipi, gelir durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, aile kronik hastalık bulunma durumu, kronik hastalık türü, sürekli ilaç kullanma durumu, BKİ, kan basıncı, kan şekeri, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, kan basıncı takibi yaptırma durumu, kan şekeri takibi yaptırma durumu, düzenli sağlık kontrolü ve koruyucu sağlıkta SYBD.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Anket Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından hazırlanan yirmi iki sorudan oluşan tanıtıcı özellikler anket formu şu soruları içermektedir.

- Romanların yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, gelir durumu gibi sosyo-demografik özelliklerini içeren altı soru,
- Boy, kilo ölçümü yapılarak ve BKİ'nin belirlendiği üç soru, DSÖ'nün obezite sınıflandırılması esas alınarak obeziteyi değerlendirmek için Beden Kitle İndeksi (DSÖ BMI Classification 2004),
- Kan basıncı ve kan şekeri ölçümlerinin yapılarak değerlerinin tespit edildiği, kişinin kendisinde, ailesinde kronik hastalık olup olmama durumu, varsa hangi kronik hastalıkların olduğu, sürekli ilaç kullanıp kullanmadığının sorgulandığı yedi soru, hipertansiyonu değerlendirmek için Avrupa Hipertansiyon Derneği'nin hipertansiyon sınıflandırması, diyabeti değerlendirmek için Amerika Diyabet Birliği (ADB) ve Avrupa Diyabet Politikası Belirleme Grubu tarafından yeniden düzenlenen tanı kriterler kullanılmıştır (ADB 2010; ESH/ESC 2013).
- Sigara, alkol alışkanlığı olup olmadığı, kan basıncı, kan şekeri ve düzenli sağlık kontrolü yaptırıp yaptırmadıklarının sorgulandığı altı soru.

3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-2)

Araştırma kapsamına alınan Romanların sağlık davranışlarına ilişkin veriler sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesinde kullanılan, bir araç olan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” (SYBDÖ) ile belirlenmiştir. Ölçek, Walker ve ark., (1987) tarafından geliştirilmiş ve 1996 yılında revize edilmiştir (Lubkin ve Larsen, 2005). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. SYBD ölçeği; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olmak üzere altı boyutu ölçmektedir. SYBD ölçeği Pender’e göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, sağlığı artırmak veya sürdürmeye doğru direkt davranışın çok boyutlu bir örneğidir (Gochman, 1997). SYBDÖ, Walker ve arkadaşları tarafından 1990’da kültürel ve ekonomik gruplara karşı sağlık davranışının oryantasyonu ve bazı toplumların özelliklerini tanımlamak amacıyla İspanyol diline uyarlanmıştır. Walker tarafından 1996 yılında ölçek revize edilerek SYBDÖ II oluşturulmuştur (Rice, 2000). Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir.

Sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51), fiziksel aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46), beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), manevi gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52), kişilerarası ilişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) ve stres yönetimidir (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47). Ölçeğin tümü için en düşük puan 52, en yüksek puan 208 ‘dir. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4’lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin ilk versiyonunda yer alan kişilerarası destek alt faktörü, kişilerarası ilişkiler olarak, kendini gerçekleştirme alt faktörü ise manevi gelişim olarak yeniden adlandırılmıştır (Bahar ve ark., 2008).

Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Esin (1997) ve Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır. Esin’in çalışmasında 48 maddelik olan ölçeğin ilk versiyonu, Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında ise 52 maddelik olan ikinci versiyonu kullanılmıştır. Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bu araştırmadaki puan dağılımı ve ortalama değerler ve cronbach Alfa değerleri tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4. Araştırmada kullanılan SYBDÖ’’den elde edilen puanların dağılımı

	Min- Max Puanlar	Madde Sayısı	\bar{X}	SS	Cronbach Alfa (Güvenilirlik)	Orjinal Ölçek Cronbach Alfa (Güvenilirlik)
Kişilerarası ilişkiler	15-76	9	21,65	3,47	0,55	0,80
Beslenme	13-34	9	20,28	3,67	0,72	0,68
Sağlık sorumluluğu	11-48	9	21,28	3,55	0,72	0,77
Fiziksel aktivite	8-28	8	16,58	2,82	0,68	0,79
Stres yönetimi	10-32	8	16,24	2,72	0,69	0,64
Manevi gelişim	16-36	9	20,13	3,11	0,56	0,79
SYBD	89-193	52	115,98	15,82	0,91	0,92

3.6. Verilerin Toplanması

Samsun İli Canik İlçesi’ne bağlı Yavuz Selim ve İki Yüz Evler Mahallesinde oturan altmış yaş ve üzeri Roman vatandaşlar Yavuz Selim Aile Sağlığı Merkezi kayıtlarına dayalı olarak tespit edilmiştir. Ancak kayıtlı tüm altmış yaş ve üzeri bireylerin Roman olup olmadıkları mahalle muhtarlarından yardım alınarak belirlenmiştir. Romanların adreslerinin bulunmasında ve tüm yaşlıların tespitinde, randevuların alınmasında mahalle muhtarlarından yardım alınmıştır. Belirlenen tarihte Roman vatandaşların evlerine gidilerek 22 sorudan oluşan tanıtıcı form ile 52 sorudan oluşan SYBDÖ formu; bizzat araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile cevaplanması sağlanmıştır.

Araştırmacı tarafından mezura ile boy ölçümü, hassas baskül ile kilo ölçümü yapılarak BKİ [$BKİ = \text{Ağırlık (kg)} / \text{Boy (m}^2\text{)}$] hesaplanmıştır. Açlık kan şekeri ölçümü (Bayer Contour TS Kan Şekeri Ölçüm Aleti) ve araştırmaya katılan bireylerin 10-15 dakika dinlenmesi sağlandıktan sonra kan basıncı ölçümü (Erka Tansiyon Ölçüm Aleti) yapılmıştır. Tüm ölçümler araştırmacı tarafından yapılmıştır. Her bir formun doldurulması yaklaşık 30–35 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Analizler SPSS paket programı, 15.0 ile gerçekleştirilmiştir. Güvenilirlik analizi Cronbach'ın Alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik hesaplama, aritmetik ortalama, t testi, korelasyon, Anova ve Tukey testi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlanmadan önce araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'na sunularak araştırma için etik kurul onayı alınmıştır (B.30.2.ODM.0.20.08/1312) (Ek 3). Ayrıca çalışmanın yapılabilmesi için Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli yasal izinler alınmıştır (Ek 4). Çalışmaya katılan katılımcılara çalışmanın amacı açıklanmış, gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca katılımcılara ankete isim yazılmayacağı ve bilgilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapılmış ve "bilgilendirilmiş onam" koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma yalnız iki mahallede yaşayan, altmış yaş ve zeri Romanlarla yapılmıştır.

4.BULGULAR

Çalışma sonunda elde edilen bulgular bu bölümde ele alınmıştır.

Tablo 5. Altmış yaş ve üzeri Romanların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (s= 98)

Özellikler	s	%
Yaş	Ortalama ± Standart Sapma:	
	66,7±5,3	(min 60, max 85 yaş)
60-64	35	35,7
65-69	39	39,7
70-74	14	14,4
75 yaş ve üzeri	10	10,2
Cinsiyet		
Kadın	48	51,0
Erkek	50	49,0
Öğrenim Durumu		
Okur-yazar değil	68	69,4
Okur-yazar	8	8,2
İlkokul	22	22,4
Medeni Durumu		
Evli	68	69,4
Bekar	30	30,6
Sosyal Güvence		
Var	88	89,8
Yok	10	10,2
Aile Tipi		
Çekirdek aile	50	51,0
Geniş aile	38	38,8
Parçalanmış aile	10	10,2
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	42	42,9
Gelir gidere denk	56	57,1

Araştırma kapsamına alınan Roman yaşlıların yaş ortalaması 66,7±5,3 olup %51'i erkek, %49'u kadındır. Katılımcıların %69,4'ü okur-yazar olmayıp, %69,4'ü evlidir. Yaşlı Romanların %89,8'i herhangi bir sosyal güvenceye sahip olup %51'i çekirdek aile yapısına sahiptir. Ayrıca Romanların %57,1'inin gelirinin giderine eşit durumda olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Yaşlı Romanlar ve ailelerinde kronik hastalığa sahip olma ile sürekli ilaç kullanma durumlarının dağılımı

Özellikler	s	%
Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu		
Hastalığı olan	82	83,7
Hastalığı olmayan	16	16,3
Aile Kronik Hastalık Bulunması Durumu		
Var	55	56,1
Yok	43	43,9
Kronik Hastalık Türü		
Hipertansiyon ve Kalp Hastalıkları	32	39,0
Diyabet	25	30,4
Diyabet ve Hipertansiyon	18	22,0
Astım	7	8,60
Sürekli ilaç kullanma durumu		
Kullanıyor	79	80,6
Kullanmıyor	19	19,4

Araştırma kapsamına alınan Romanların %83,7'sinin kronik bir hastalığa sahip olduğu, %39'unun hipertansiyon ve kalp hastalığı, %30,4'ünün diyabet hastalığı, %22,0'sinin diyabet ve hipertansiyon hastalığının %56,1'nin ailesinde kronik bir hastalığın mevcut olduğu ve %80,6'sı sürekli ilaç kullandığı saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 7. Yaşlı Romanların beden kitle indeksi, kan basıncı ve kan şekeri değerleri

Özellikler	s	%
BKİ		
Normal	24	24,5
Hafif şişman	42	42,9
Şişman	32	32,6
Kan Basıncı		
Normal	67	68,4
Normal üstü	31	31,6
Kan Şekeri		
Normal	49	50,0
Normal üstü	49	50,0

Araştırma kapsamındaki Romanların % 42,9'unun hafif şişman, 32,6'sının şişman olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %31,6' sının kan basıncını, %50'sinin kan şekerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Romanların sigara ve alkol kullanma durumları

Özellikler	s	%
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanıyor	34	34,7
Kullanmıyor	64	65,3
Alkol Kullanma Durumu		
Kullanıyor	8	8,2
Kullanmıyor	90	91,8

Yaşlı Romanların %34,7'sinin sigara ve %8,2'sinin alkol kullandığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Yaşlı Romanların kan basıncı, kan şekeri takibi ve düzenli sağlık kontrolü yaptırma durum

Özellikler	s	%
Kan Basıncı Takibi Yaptırma Durumu		
Düzenli yaptıran	14	14,3
Yaptırmayan	58	59,2
Düzensiz yaptıran	26	26,5
Kan Şekeri Takibi Yaptırma Durumu		
Düzenli yaptıran	31	31,6
Yaptırmayan	54	55,1
Düzensiz yaptıran	13	13,3
Düzenli Sağlık Kontrolü		
Düzenli yaptıran	17	17,3
Yaptırmayan	45	46,0
Düzensiz yaptıran	36	36,7

Yaşlı Romanların 14,3'ünün düzenli kan basıncı takibi, %31,6'sının düzenli şeker takibi, %17,3'ünün ise düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 10. Roman yaşlıların yaşları ile SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişki

Alt boyutlar	Yaş	
	r	p
Kişilerarası İlişki	-0,376	0,000*
Beslenme	-0,450	0,000*
Sağlık Sorumluluğu	-0,433	0,000*
Fiziksel Aktivite	-0,422	0,000*
Stres Yönetimi	-0,465	0,000*
Manevi Gelişim	-0,219	0,031**
SYBD	-0,482	0,000*

*p<0,001

**p<0,05

Yapılan Pearson korelasyon analizi sonucuna göre yaş ile kişilerarası ilişki, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stress yönetimi alt boyutları puan

ortalamları, SYBD ölçeği toplam puan ortalaması ($p<0,001$) ve manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları ($p<0,05$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki belirlenmiş olup, yaş arttıkça SYBD'nin azaldığı bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 11. Roman yaşlıların cinsiyete göre SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları

Alt boyutlar	Kadın	Erkek	t	P
	X±SS	X±SS		
Kişilerarası İlişki	21,10±0,50	21,82±0,49	1,021	0,310
Beslenme	19,88±0,57	20,72±0,47	1,228	0,222
Sağlık Sorumluluğu	20,25±0,41	22,26±0,55	2,911	0,004*
Fiziksel Aktivite	15,96±0,38	17,18±0,41	2,187	0,031**
Stres Yönetimi	15,40±0,36	17,06±0,39	3,164	0,002*
Manevi Gelişim	19,88±0,44	20,38±0,45	0,802	0,424
SYBD	112,40±2,20	119,42±2,22	2,243	0,027**

* $p<0,01$

** $p<0,05$

Araştırmaya katılan Roman vatandaşların cinsiyetlerinin ölçeğin genel puanı ile fiziksel aktivite ($p<0,05$), sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ($p<0,01$) alt boyutları puan ortalamaları arasında fark olduğu, erkeklerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, sağlık sorumlulukları, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt grupları puan ortalamalarının kadınlara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 11).

Roman vatandaşların cinsiyetlerinin ölçeğin kişilerarası ilişki, beslenme, manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 11).

Tablo12. Eğitim durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları

Alt boyutlar	Okuma Yazma	Okuma Yazma	İlkokul	F	p
	Bilmiyor	Biliyor	Mezunu		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Kişilerarası İlişki	20,75±0,39	22,00±1,20	23,50±0,74	5,852	0,004*
Beslenme	19,76±0,41	20,75±0,98	21,68±0,95	2,414	0,095
Sağlık Sorumluluğu	20,72±0,41	21,50±1,50	22,91±0,76	3,337	0,040**
Fiziksel Aktivite	15,99±0,32	17,25±0,65	18,18±0,63	5,825	0,004*
Stres Yönetimi	15,76±0,31	17,25±0,82	17,36±0,64	3,654	0,030**
Manevi Gelişim	19,68±0,36	21,13±0,91	21,18±0,73	2,465	0,090
SYBD	112,66±1,77	119,88±4,77	124,82±3,64	5,670	0,005*

*p<0,01

**p<0,05

Araştırmaya katılan Roman vatandaşların eğitim durumları ile ölçeğin genel puan ile kişilerarası ilişki, fiziksel aktivite (p<0,01), sağlık sorumluluğu, stres yönetimi (p<0,05) alt grubu puan ortalamaları arasında fark olduğu bu farklılığın ise P=0,05 önem seviyesinde Tukey testine göre okuma yazma bilmeyen grup ve ilkokul mezunu olan grup ortalamasından kaynaklandığı ve ilkokul mezunu olanların diğer gruplara göre daha yüksek olduğu elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 12).

Yaşlı Roman vatandaşların eğitim durumlarının beslenme ve manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 12).

Tablo 13. Yaşlı Roman vatandaşların medeni durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları

Alt boyutlar	Evli	Bekar	t	p
	X±SS	X±SS		
Kişilerarası İlişki	22,08±0,42	20,06±0,54	2,746	0,007*
Beslenme	20,69±0,43	19,33±0,68	1,707	0,091
Sağlık Sorumluluğu	21,89±0,41	19,86±0,62	2,696	0,008*
Fiziksel Aktivite	17,17±0,33	15,23±0,44	3,304	0,001*
Stres Yönetimi	16,73±0,32	15,16±0,47	2,686	0,009*
Manevi Gelişim	20,48±0,37	19,33±0,54	1,707	0,091
SYBD	119,07±1,89	109,00±2,58	3,019	0,003*

*p<0,01

Yaşlı Roman vatandaşların medeni durumlarının ölçeğin genel puanı ile kişilerarası ilişki, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları puan ortalamaları arasında fark olduğu, evli olanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve kişilerarası ilişki, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt grupları puan ortalamaları bekarlara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,01) (Tablo 13).

Yaşlı Roman vatandaşların eğitim durumlarının beslenme ve manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 13).

Tablo 14. Sosyal güvence olma durumuna göre SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları

Alt boyutlar	Var	Yok	t	p
	X±SS	X±SS		
Kişilerarası İlişki	21,81±0,36	18,50±0,91	2,968	0,004*
Beslenme	20,63±0,39	17,20±0,80	2,905	0,005*
Sağlık Sorumluluğu	21,55±0,38	18,90±0,69	2,284	0,025**
Fiziksel Aktivite	16,83±0,29	14,40±0,79	2,664	0,009*
Stres Yönetimi	16,51±0,29	13,90±0,53	2,991	0,004*
Manevi Gelişim	20,24±0,34	19,20±0,77	1,001	0,319
SYBD	117,56±1,66	102,10±3,25	3,051	0,003*

*p<0,01

**p<0,05

Yaşlı Roman vatandaşların sosyal güvenceye sahip olma durumları ile ölçeğin genel puanı, kişilerarası ilişki, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi (p<0,01), sağlık sorumluluğu (p<0,05) alt boyutları puan ortalamaları arasında fark olduğu, sosyal güvencesi olanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve kişilerarası ilişki, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları puan ortalamalarının sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 14).

Yaşlı Roman vatandaşların sosyal güvenceye sahip olma durumları ile beslenme ve manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 14).

Tablo 15. Aile tipi durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları

Alt boyutlar	Çekirdek Aile	Geniş Aile	Parçalanmış Aile	F	p
	X±SS	X±SS	X±SS		
Kişilerarası İlişki	22,30±0,47	20,79±0,55	19,90±1,20	3,337	0,040***
Beslenme	21,10±0,50	19,87±0,62	17,70±0,72	4,231	0,017***
Sağlık Sorumluluğu	22,58±0,50	20,21±0,49	18,80±0,94	8,737	0,000*
Fiziksel Aktivite	17,24±0,42	16,13±0,43	15,00±0,60	3,611	0,031***
Stres Yönetimi	17,04±0,37	15,61±0,43	14,70±0,72	5,213	0,007**
Manevi Gelişim	20,42±0,47	19,95±0,45	19,40±1,00	0,554	0,577
SYBD	120,68±2,26	112,55±2,37	105,50±3,73	5,819	0,004**

*p<0,001

**p<0,01

***p<0,05

Yaşlı Roman vatandaşların aile tipi durumları ile sağlık sorumluluğu (p<0,001), kişilerarası ilişki, beslenme, fiziksel aktivite alt boyutları (p<0,05) arasında fark olduğu bu farklılığın Tukey testine göre çekirdek aile tipine sahip olanların puan ortalamaları ile parçalanmış aile tipine sahip olan grupların ortalamaları farkındandan meydana geldiği, çekirdek aile tipine sahip olanların diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 15).

Roman vatandaşların aile tipi durumları ile ölçeğin genel puanı ve stress yönetimi alt boyutu puan ortalaması (p<0,01) arasında fark olduğu çekirdek, geniş ve parçalanmış aile tipine sahip olanların birbirinden farklı olduğu ve çekirdek aile tipine sahip olanların diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 15).

Roman vatandaşların aile tipi durumları ile manevi gelişim boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 15).

Tablo 16. Gelir durumuna göre SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları

Alt boyutlar	Geliri Giderden	Geliri Giderine	t	P
	Az Olanlar	Eşit Olanlar		
	X±SS	X±SS		
Kişilerarası İlişki	20,43±0,52	22,25±0,45	-2,650	0,009**
Beslenme	18,81±0,51	23,38±0,47	-3,638	0,000*
Sağlık Sorumluluğu	20,43±0,56	21,91±0,45	-2,083	0,040***
Fiziksel Aktivite	15,50±0,43	17,39±0,35	-3,474	0,001**
Stres Yönetimi	15,50±0,41	16,80±0,35	-2,404	0,018***
Manevi Gelişim	19,31±0,42	20,75±0,44	-2,321	0,022***
SYBD	109,98±2,22	120,48±2,06	-3,429	0,001**

*p<0,001

**p<0,01

***p<0,05

Araştırmaya katılan Roman yaşlıların gelir durumları ile sağlık sorumluluğu, stress yönetimi, manevi gelişim (p<0,05), beslenme (p<0,001), kişilerarası ilişki, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları ve ölçeğin genel puanı (p<0,01) arasında fark olduğu; geliri gidere eşit olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 17. Kronik hastalık bulunma durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları

Alt boyutlar	Kronik Hastalığı		t	p
	Var	Yok		
	X±SS	X±SS		
Kişilerarası İlişki	21,45±0,39	21,56±0,77	-0,117	0,907
Beslenme	20,46±0,42	19,31±0,70	1,151	0,253
Sağlık Sorumluluğu	21,05±0,39	22,44±0,93	-1,441	0,153
Fiziksel Aktivite	16,44±0,30	17,31±0,78	-1,136	0,259
Stres Yönetimi	16,21±0,31	16,44±0,52	-0,308	0,759
Manevi Gelişim	19,91±0,34	21,255±0,76	-1,584	0,116
SYBD	115,52±1,80	118,31±3,39	-0,643	0,522

Yaşlı Romanların kronik hastalık bulunma durumunun kişilerarası ilişki, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları ve ölçeğin genel puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 18. Ailede kronik hastalık bulunma durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları

Alt boyutlar	Ailede Kronik Hastalık Var	Ailede Kronik Hastalığı Yok	t	P
	X±SS	X±SS		
Kişilerarası İlişki	21,74±0,45	21,11±0,54	0,890	0,376
Beslenme	20,85±0,52	19,53±0,49	1,788	0,077
Sağlık Sorumluluğu	20,74±0,38	21,95±0,64	-1,690	0,094
Fiziksel Aktivite	16,70±0,36	16,41±0,45	0,505	0,615
Stres Yönetimi	16,25±0,34	16,23±0,44	0,039	0,969
Manevi Gelişim	20,32±0,42	19,88±0,47	0,699	0,486
SYBD	116,63±1,99	115,14±2,62	0,463	0,644

Yaşlı Romanların kronik hastalık bulunma durumunun kişilerarası ilişki, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları ve ölçeğin genel puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo19. Sürekli ilaç kullanma durumuna göre SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları

Alt boyutlar	Sürekli İlaç Kullanma	Sürekli İlaç Kullanmama	T	P
	X±SS	X±SS		
Kişilerarası İlişki	21,43±0,42	21,63±0,53	-0,226	0,822
Beslenme	20,39±0,42	19,79±0,77	0,642	0,523
Sağlık Sorumluluğu	21,06±0,41	22,16±0,73	-1,211	0,229
Fiziksel Aktivite	16,41±0,31	17,32±0,71	-1,269	0,207
Stres Yönetimi	16,18±0,32	16,53±0,52	-0,500	0,618
Manevi Gelişim	19,99±0,36	20,74±0,66	-0,934	0,348
SYBD	115,46±1,87	118,16±2,80	-0,667	0,507

Yaşlı Romanların sürekli ilaç kullanma durumuyla kişilerarası ilişki, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları ve ölçeğin genel puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 20. Beden kitle indekslerine göre SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları

Alt boyutlar	Normal	Hafif Şişman	Şişman	F	P
	X±SS	X±SS	X±SS		
Kişilerarası İlişki	22,29±0,73	20,81±0,44	21,72±0,72	1,532	0,221
Beslenme	20,71±0,79	19,21±0,41	21,34±0,77	3,452	0,036*
Sağlık Sorumluluğu	21,71±0,85	20,48±0,46	22,00±0,64	1,951	0,148
Fiziksel Aktivite	17,00±0,66	16,12±0,41	16,88±0,47	1,004	0,370
Stres Yönetimi	16,75±0,65	15,83±0,42	16,41±0,41	0,949	0,391
Manevi Gelişim	20,54±0,73	19,52±0,47	20,63±0,49	1,427	0,245
SYBD	119,00±3,78	111,98±2,06	118,97±2,82	2,423	0,094

* $p<0,05$

Yaşlı Roman vatandaşların beden kitle indeksleri durumları ile beslenme alt boyutu arasında önemli bir fark olduğu ($p<0,05$) ve bu farklılığın $p=0,05$ önem seviyesinde Tukey testine göre hafif şişman grubu beslenme ortalaması ile şişman grubu ortalaması arasındaki farktan kaynaklandığı şişman olanların diğer gruplara göre beslenme alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur($p<0,05$) (Tablo 20).

Araştırmaya katılan yaşlı Roman vatandaşların beden kitle indeksleri durumları ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim boyutları ve ölçeğin genel puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 21. Kan basıncı değerleri durumuna göre SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları

Alt boyutlar	Normal	Normal Üstü	t	p
	Tansiyon	Tansiyon		
	X±SS	X±SS		
Kişilerarası İlişki	21,55±0,42	21,29±0,64	0,346	0,730
Beslenme	20,33±0,45	20,16±0,67	0,209	0,835
Sağlık Sorumluluğu	21,28±0,42	21,26±0,68	0,033	0,974
Fiziksel Aktivite	16,79±0,35	16,13±0,49	1,083	0,282
Stres Yönetimi	16,28±0,32	16,18±0,54	0,206	0,837
Manevi Gelişim	20,23±0,37	19,90±0,59	0,495	0,622
SYBD	116,48±1,91	114,90±2,96	0,456	0,649

Yaşlı Romanların kan basıncı değerleri ile kişilerarası ilişki, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları ve ölçeğin genel puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo21).

Tablo 22. Kan şekeri değerine göre SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları

Alt boyutlar	Normal Kan	Normal Üstü Kan	t	p
	Şekeri	Şekeri		
	X±SS	X±SS		
Kişilerarası İlişki	21,22±0,56	21,71±0,42	-0,697	0,488
Beslenme	20,45±0,57	20,10±0,48	0,467	0,642
Sağlık Sorumluluğu	20,96±0,56	21,59±0,44	-0,882	0,380
Fiziksel Aktivite	16,65±0,43	16,51±0,38	0,250	0,803
Stres Yönetimi	16,33±0,43	16,16±0,35	0,296	0,768
Manevi Gelişim	20,43±0,45	19,84±0,44	0,942	0,349
SYBD	116,04±2,52	115,92±1,99	0,038	0,970

Yaşlı Romanların kan şekeri değerleri ile kişilerarası ilişki, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları ve ölçeğin genel puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 23. Sigara kullanma durumuna göre SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları

Alt boyutlar	Sigara	Sigara	t	p
	Kullananlar	Kullanmayanlar		
	X±SS	X±SS		
Kişilerarası İlişki	21,35±0,58	21,53±0,44	-0,241	0,810
Beslenme	20,59±0,63	20,11±0,46	0,614	0,541
Sağlık Sorumluluğu	21,41±0,55	21,20±0,47	0,276	0,783
Fiziksel Aktivite	16,76±0,46	16,48±0,36	0,467	0,642
Stres Yönetimi	16,71±0,46	16,00±0,34	1,226	0,223
Manevi Gelişim	20,06±0,57	20,17±0,38	-0,171	0,865
SYBD	116,88±2,70	115,50±2,00	0,410	0,683

Yaşlı Romanların sigara kullanma durumları ile kişilerarası ilişki, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları ve ölçeğin genel puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 24. Alkol kullanma durumuna göre SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları

Alt boyutlar	Alkol	Alkol	t	P
	Kullananlar	Kullanmayanlar		
	X±SS	X±SS		
Kişilerarası İlişki	20,63±1,50	21,54±0,36	-0,716	0,476
Beslenme	19,63±1,21	20,33±0,39	-0,522	0,603
Sağlık Sorumluluğu	22,00±1,36	21,21±0,37	0,601	0,549
Fiziksel Aktivite	17,00±0,85	16,54±0,30	0,436	0,663
Stres Yönetimi	18,00±1,13	16,09±0,28	1,930	0,057
Manevi Gelişim	21,13±0,95	20,04±0,33	0,942	0,349
SYBD	118,88±6,29	115,77±1,66	0,445	0,657

Yaşlı Romanların alkol kullanma durumları ile kişilerarası ilişki, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutlarını ve ölçeğin genel puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 24).

Tablo 25. Altmış yaş ve üzeri Romanların koruyucu sağlık davranışları durumuna göre SYBDÖ ve alt boyutları puan ortalamaları

Değişkenler	Kişilerarası ilişkiler	Beslenme	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Stres Yönetimi	Manevi Gelişim	SYBD
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Kan Basıncı Takibi Yaptırma Durumu							
Düzenli yaptıran	22,93±0,83	21,64±0,67	22,86±0,65	17,07±0,54	17,14±0,64	21,79±0,77	123,43±2,83
Yaptırmayan	21,83±0,44	20,41±0,53	21,90±0,49	17,02±0,39	16,53±0,36	20,00±0,42	117,69±2,15
Düzensiz yaptıran	19,88±0,69	19,23±0,61	19,04±0,49	15,35±0,48	15,12±0,52	19,54±0,57	108,15±2,76
F-testi	4,570	2,119	8,630	3,587	3,503	2,590	5,548
P	0,013**	0,126	0,000*	0,031**	0,034**	0,080	0,005*
Kan Şekeri Takibi Yaptırma Durumu							
Düzenli yaptıran	21,52±0,58	19,90±0,55	21,10±0,59	16,10±0,51	15,84±0,50	19,90±0,53	114,35±2,70
Yaptırmayan	21,54±0,51	20,20±0,53	21,56±0,52	16,98±0,41	16,57±0,38	20,41±0,44	117,26±2,32
Düzensiz yaptıran	21,08±0,80	21,46±1,11	20,54±0,88	16,08±0,37	15,85±0,59	19,54±0,84	114,54±3,46
F-testi	0,094	0,848	0,483	1,217	0,878	0,528	0,389
P	0,910	0,432	0,618	0,301	0,419	0,592	0,679
Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumu							
Düzenli yaptıran	21,82±0,84	21,00±0,80	22,35±0,78	16,65±0,61	16,47±0,55	20,88±0,74	119,18±3,45
Yaptırmayan	21,31±0,52	20,09±0,58	21,24±0,62	16,69±0,44	16,20±0,42	19,82±0,49	115,36±2,53
Düzensiz yaptıran	21,50±0,59	20,17±0,60	20,81±0,46	16,42±0,48	16,19±0,47	20,17±0,49	115,25±2,54
F-testi	0,134	0,401	1,105	0,097	0,069	0,717	0,415
P	0,875	0,671	0,335	0,908	0,933	0,491	0,661

*p<0,001

**p<0,05

5.TARTIŞMA

Samsun ili Canik ilçesine bağlı Romanların yoğun olarak yaşadığı iki farklı mahallede altmış yaş ve üzeri Roman vatandaşların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular bu bölümde tartişılacaktır.

Çalışmaya katılan Romanların yaş ortalaması $66,7 \pm 5,3$ olup %83,7'sinin kronik bir hastalığı %56,1'nin ailesinde herhangi bir kronik hastalık olduğu ve %80,6'sı sürekli ilaç kullandığı belirlenmiştir. Birleşik Krallık da Romanlar üzerine yapılan çalışmada Romanların %42,0'sinin kronik hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir (Ruston ve Smith, 2013). Özdemir ve arkadaşlarının çalışmasına göre Sivas'ta yaşayan yaşlı nüfusun %78,8'inde bazı kronik hastalıklar tespit edilmiştir (Özdemir ve ark., 2005). Pappa ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düşük eğitim seviyesine sahip Romanlarda kronik hastalıkların görölme sıklığı yüksek bulunmuştur (Pappa ve ark., 2015). Bu araştırmada elde edilen bulgular araştırmalardaki prevelanslardan oldukça yüksektir. Bu düşündürücü bir sonuçtur. Bu sonucun çalışmanın yapıldığı bölgede yaşayan Roman yaşlıların ekonomik durumlarının eğitim düzeylerinin ve genel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Şişmanlıkla ilgili sorunlar bütün dünyada gittikçe artış göstermektedir. (Özdemir 2005). Çalışmaya dahil edilen Romanların %42,9'u hafif şişman, %32,6'sı şişmandır. Zeljko (2013) ve arkadaşlarının çalışmasında Romanların %25,2'sinin fazla kilolu %22,6'sı obez olduğu tespit edilmiştir. Kosa (2007) ve arkadaşlarının çalışmasında ise 45-64 yaş arası Roman vatandaşların %34'ünün hafif şişman, %21'inin obez olduğu saptanmıştır. Özdemir ve arkadaşlarının 2005 yılında Sivas il merkezinde yapmış oldukları çalışmalarında özellikle yaşlı popölasyonda kadınlarda obezite sık görölün bir sorun olarak saptanmıştır ve kadınların % 64,1'i hafif kilolu yada obez oldukları saptanmıştır. Bulgular literatürle uyumludur. Bu çalışmada hafif şişman ve şişman oranın yüksek çıkması obezitenin Türkiye'de yaşlı Romanlarda önemli bir sağlık sorunu olduğunun bir göstergesi olabilir. Ayrıca obezite kronik hastalıklara yatkınlığı arttıran bir neden olarak düşünülürse bu grupta kronik hastalıklar için önemli bir risk olabilir. Romanların %31,6'sının kan basıncı normal üstüdür. Özdemir ve arkadaşlarının çalışmasında 65-69 yaş grubunun %23,5'i hipertansif 70-74 yaş grubunun %24,9'u 75-79 yaş grubunun %26,3'ü 80 ve üzeri yaş grubunun %23,0'ü

hipertansif olarak tespit edilmiştir. Jarcuska ve arkadaşlarının çalışmasında Roman kadınların %39,5'i Roman erkeklerin ise %22'si hipertansiftir (Jarcuska ve ark., 2013). Zeljko (2013) ve arkadaşlarının çalışmasında Romanların %26,2'si hipertansiftir. Bu araştırmaya katılan Roman vatandaşların %50'sinin kan şekeri normal üstüdür. Çalışma bulguları literatürle uyumlu olup yaşlı popülasyonda beklenen oranlarda kan basıncı yüksekliği ile Romanlardaki oranın benzediği düşünülmektedir.

Çalışmaya dahil edilen Romanların %34,7'si sigara, %8,2'si alkol kullanmaktadır. Jarcuska ve arkadaşlarının çalışmasında Roman kadınların % 54,7'si erkeklerin %44,4'ü sigara içmektedir (Jarcuska ve ark., 2013). Özdemir ve arkadaşlarının Sivas ilinde yaptıkları çalışmaya katılan kişilerin %25,9'u sigara tüketmektedir (Özdemir ve ark., 2005). Bilir ve arkadaşlarının Van kent merkezinde yerleşik olan yaşlı nüfusta yaptıkları çalışmalarında araştırmaya dahil olan 31 (%25,0) kişinin halen sigara tüketmekte olduğunu tespit etmişlerdir (Bilir ve ark., 2006). Bu çalışmada sigara içme oranı diğer çalışmalara benzerdir.

Çalışmaya katılan Romanların %14,3'ü düzenli olarak tansiyon takibi, %31,6'sı düzenli olarak kan şekeri ölçümü, %17,3'ü ise düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırmaktadır. Yaşlı romanlarda kronik hastalık oranının yüksek olması ve kan basıncı değeri ile kan şekeri değerlerinin yüksek olanlarının oranı da göz önüne alınırsa koruyucu davranışlara yeterince önem verilmediğini ve bu grubun düzenli olarak yapılması gereken kontrolleri ihmal ettiklerini düşündürebilir.

Romanların tanımlayıcı özellikleri ile SYBDÖ arasındaki ilişkinin tartışılması

Hem ulusal hem de uluslar arası literatürde Romanların SYBD yönelik çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle bu bölümdeki tartışma yaşlı popülasyona yönelik yapılan SYBD yönelik çalışma sonuçlarına göre yapılacaktır. Sağlığı koruyucu davranışlar kişinin iyi ve sağlıklı olmasına katkıda bulunan davranışlardır. Yaşlı Romanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması $115,98 \pm 15,82$ olduğu saptanmıştır. Polat ve Kahraman'ın (2013) çalışmasında yaşlı bireylerin toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması ise $127,33 \pm 18,69$ olduğu belirlenmiştir. Bu durum yaşlı Roman vatandaşların sağlık ve sağlık düzeninin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlarının istenilen düzeyde olmadığına göstergesi olabilir. Bu çalışmada yaşlı Roman vatandaşların

sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt grupları puan ortalamaları incelendiğinde; kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve manevi gelişim alt gruplarından alınan puanların, ölçek puanına göre düşük olduğu saptanmıştır ve alt boyutlar içerisinde en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler alt boyutu almıştır. Polat ve Kahraman'ın (2013) çalışmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinde kendini gerçekleştirme alt grubu en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler alt grubu ise en düşük puanı almıştır. Kişilerarası ilişkinin sağlıklı olarak yürütülmesinde algılama, değer, kültür, duygular, ve sosyal konumun önemli etkisi vardır. Bu nedenle kişilerarası ilişkiler puanının diğer çalışmaya oranla yüksek çıkması Romanların kendi etnik gruplarından olan insanlarla bir arada yaşamasından Roman ve Türk kültüründeki yaşlıların yüksek statüsünden dolayı iletişimin daha iyi olabileceğinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Yaşlı Roman vatandaşların yaşlarıyla SYBD ölçeği ve alt boyutları arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada bulunan sonuç yaşlıların yaşla birlikte kronik hastalıklarının artabileceği, güçsüzlükle birlikte günlük yaşamlarını sürdürmede ve sağlığı geliştirebilecek davranışları yapmada yetersizlik yaşayabileceklerini düşündürülebilir.

Roman vatandaşların cinsiyetlerinin ölçeğin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi boyutlarını etkilediği ve Roman erkeklerin Roman kadınlardan daha yüksek puan aldığı ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Kadının toplum içinde bir birey olmanın yanı sıra; evde anne olmak, eş olmak, ev kadını olmak gibi oldukça zor yükümlülükler vardır. Bu durum Roman kadınların günlük yaşam süreçlerinde sorumluluklarının fazlalığı nedeniyle kendilerine zaman ayıramamaları dolayısıyla sağlığı geliştirici davranışlarını ihmal etmelerinden kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Roman vatandaşların eğitim durumunun ölçeğin kişilerarası ilişki, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği ve ilkökul mezunu olanların diğer gruplara göre daha yüksek puan aldığı ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Tambağ (2010)'ın çalışmasında, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki değişimin yaşlıların eğitim durumundan etkilenmediği saptanırken; Owens'ın (2006) çalışmasında, eğitim durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt

boyutunu oluşturan, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Polat ve Kahraman (2013) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelendiğinde ilkökul mezunu olanlarda kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve beslenme alt grubu puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim olumlu sağlık davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesinde ve bu yönde farkındalık oluşmasında oldukça önemli bir araçtır. Eğitimli bireylerin bilgiye ulaşma ve bilgiyi kullanma ihtimalleri diğer gruplara göre daha yüksektir. Dolayısıyla bu sonuç bu durumdan kaynaklanmış olabilir.

Yaşlı Roman vatandaşların medeni durumlarının ölçeğin genel puanı ile kişilerarası ilişki, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarını etkilediği, evli olan yaşlı Romanların puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşlılarda sosyal desteğin azalması, yalnızlık duygusuna yol açabilir. Yaşlı bireylerin etrafındaki eş, aile ve arkadaşlarından oluşan sosyal ağ, yaşının sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini giderir. Fiziksel ve psikolojik sağlığını pozitif olarak etkiler (Polat ve Kahraman, 2013). Araştırma sonucunda evli olan yaşlı Roman vatandaşların puanlarının yüksek çıkması destek sistemlerinin yeterli olduğunun göstergesi olabilir.

Sosyal güvenceye sahip Roman vatandaşların kişilerarası ilişki, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarından daha yüksek puan aldığı bulunmuştur. Polat ve Kahraman'ın çalışmasında sosyal güvence durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt grupları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Polat ve Kahraman, 2013). Bu durum sosyo-ekonomik durumu düşük olan Romanların herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmalarının hayatlarını, sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını olumlu olarak etkilediğinin göstergesi olabilir.

Roman vatandaşların aile tiplerinin ölçeğin kişilerarası ilişki, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimini etkilediği bulunmuştur. Aile ortamı ve bu ortam içindeki ilişkiler yaşamdan alınan hazzı doğrudan etkilemektedir. Aile içindeki durumundan hoşnut olan yaşlı bireyler, sorunlarını rahatça çözebilmektedir. Sorunlarını çözebilen ve stresle baş edebilen yaşlıların yaşamdan aldıkları zevk ve doyum artmaktadır (Tambağ, 2013). Araştırmanın yapıldığı kitlenin yaşı dikkate alındığında

geniş ailede yaşamanın yaşlı Roman vatandaşlara fazladan sorumluluk yükleyebileceği çekirdek ailede yaşayan bireylerin kendilerine daha fazla zaman ayırabilecekleri için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek olabileceği düşünülebilir.

Araştırmada geliri giderine eşit olan Roman bireylerin SYBDÖ toplam ve tüm alt boyutları puan ortalamalarının geliri giderinden az olanlardan önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Owens (2006) da yaşlı bireylerle yapılan çalışmada da ekonomik durum ile de sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Bu çalışmada elde edilen sonuç literatürle uyumludur.

Roman vatandaşların beden kitle indekslerinin beslenme alt boyutunu etkilediği şişman olanların diğer gruplara göre daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yaş ilerledikçe, enerji gereksinimi azalmaktadır. Birçok vitamin ve mineral gereksinimi ise aynı kalmaktadır. Bu nedenle özellikle yaşlılıkta yeterli ve dengeli beslenme büyük önem taşır. İnsanlar yaşamak için beslenmek zorundadırlar, ancak beslenme konusundaki sağlıksız alışkanlıklar ve davranışlar yaşla birlikte bazı sağlık sorunlarının da ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır. Çalışmanın yapıldığı bölgedeki Roman vatandaşların sahip olduğu düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi, kronik hastalık varlığının Roman vatandaşların obesite sıklığını arttırmış olabileceği düşünülebilir.

Roman vatandaşların kan basıncı takibi yaptırma durumlarının SYBDÖ'nin kişilerarası ve stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite alt boyutlarını etkilediği bulunmuştur. Koruyucu davranışlarını benimseme ve yaptırmanın hastalık yönetimini kolaylaştırabileceği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumlu yönde değişimine katkı sağlayabileceği söylenebilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Samsun ili Canik ilçesine bağlı Yavuz Selim ve 200 Evler Mahallesinde ikamet etmekte olan altmış yaş ve üzeri olan Roman vatandaşların kronik hastalık sıklığını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek amacıyla, Ocak-Mart 2015 tarihleri arasında araştırmayı kabul eden, iletişim kurulabilen altmış yaş ve üzeri 98 roman vatandaşa yapılan bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

Araştırmaya dahil edilen ve yaş ortalaması $66,7 \pm 5,3$ olan Roman vatandaşların %51'i erkek, %49'u kadındır ve Roman vatandaşların %83,7'si en az bir kronik hastalığa sahiptir. Romanların %32,6'sı şişman, 42,9'u hafif şişmandır. Romanların %17,3'ü ise düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırdıklarını ifade etmişlerdir.

Bu çalışmada yaşla, SYBD ölçeği toplamı ve tüm alt boyutları ile negatif yönlü ilişki tespit edilmiş olup, yaş arttıkça SYBD' nin daha düşük düzeyde benimsendiği saptanmıştır. Araştırmaya katılan yaşlı Roman vatandaşların cinsiyetlerinin ölçeğin fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları puan ortalamaları ve ölçek puanı arasında fark olduğu, erkeklerde ölçekten alınan puanların daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yaşlı Roman vatandaşların eğitim durumlarının, kişilerarası ilişki, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları puan ortalaması ve ölçek puanı arasında fark olduğu, okuma yazma bilmeyenlerin ilkökul mezunu olanlardan farklı olduğu ve ilkökul mezunu olanların diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yaşlı Roman vatandaşların medeni durumlarının ölçeğin kişilerarası ilişki, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları puan ortalamaları ve ölçek puanı arasında fark olduğu, evli olanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve kişilerarası ilişki, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi puanlarının bekarlara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yaşlı Romanların sosyal güvence durumlarının ölçeğin kişilerarası ilişki, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları puan ortalamaları arasında fark olduğu, sosyal güvencesi olanlarda puanların daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yaşlı Roman vatandaşların aile tiplerinin kişilerarası ilişki, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimini alt boyutları puan ortalamaları arasında fark olduğu,

çekirdek aile tipine sahip olanların diğer gruplara göre daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yaşlı Roman katılımcıların aylık gelir durumunun ölçeğin kişilerarası ilişki, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları puan ortalaması ve ölçek puanı arasında fark olduğu, geliri giderine eşit olanların daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan yaşlı Roman vatandaşların beden kitle indekslerinin beslenme alt boyutunu puan ortalaması arasında fark olduğu, şişman olanların diğer gruplara göre daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan yaşlı Roman vatandaşların kan basıncı takibi yaptırma durumlarının SYBDÖ'nin kişilerarası ilişki, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutlarını puan ortalamaları ve ölçek puanı arasında fark olduğu kan basıncı takibi yaptırmanın diğer gruplara göre daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şunlar önerilebilir:

- Yaşlı Roman vatandaşların kronik hastalık oranının yüksek olması nedeniyle halk sağlığı hemşirelerinin kronik hastalıklar ve bakıma yönelik eğitim programları geliştirmesi,
- Romanlara obesitenin önemli bir sağlık sorunu olduğu ve başka hastalıklara da neden olabileceği, obesitenin nasıl önlenebileceği konusunda eğitimler verilmesi, yaşlı Roman bireylerin belli aralıklarla obesite yönünden değerlendirilmesi,
- Roman vatandaşlara kronik hastalık yönetimi ve koruyucu sağlık hizmetleri hakkında bilgi verilmesi,
- Sağlığı geliştirici davranışlara ilişkin eğitim programlarının öncelikle Roman kadınları ele alacak şekilde planlanması,
- Sosyal güvencesi olmayan, geliri giderinden az olan, eğitim durumu düşük ve bekar olan yaşlı Romanların SYBD yönünden riskli grubu oluşturmaları nedeniyle; öncelikle bu gruplar başta olmak üzere Romanlara SYBD'ını geliştirici eğitim programlarının yapılması,
- Yaşlı sağlığını geliştirici çalışmalar yapan araştırmacıların çalışmalarında Roman vatandaşlara yönelik planlar yapması,
- Halk sağlığı hemşirelerinin kültüre uygun bakım çerçevesinde yaşlı Romanların SYBD inceleyen girişimsel araştırmalar yapması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Akbulut G. Erişkinlerde şişmanlığın diyet tedavisindeki güncel yaklaşımlar ve fiziksel aktivitenin önemi. Meslek içi sürekli eğitim dergisi. 2010;23(24):86-90.
- Akgün D. Isparta İl Merkezinde KOAH öntanı prevalansı ve ilişkili faktörler, Türk Toraks Dergisi. 2013;(14):43-47.
- Alwan A. Monitoring and urveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. 2010;376:1861-1868.
- Alimoğlu MK. Kronik obstruktif akciğer hastalığı. Sendrom. 2007;19(1):39-43.
- Amerikan Diyabet Birliği. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 2010;33(1):62-69.
- Amerikan Diyabet Birliği. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2011;34(1):11-61.
- Amerikan Diyabet Birliği. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2014;37:14-80.
- Anonim. 2016a. www.hyd.org.tr/staticfiles/.../biz_buradayiz_-_turkiye'de_romanlar-2.pdf, 2016.
- Anonim. 2016b. <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=118>, 2016.
- Anonim. 2012. <http://www.drendokrin.org/2012/10/diyabetes-mellitus-neden-onemlidir.html>, 2016.
- Arayıcı A. Avrupa'nın vatansızları Çingenerler.1.Baskı,İstanbul Kalkedon Yayıncılık. 2008;241.
- Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kısal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2008;12 (1):1-13.
- Başar I. Hipertansiyon, sigara alışkanlığı, obezite ve bozulmuş açlık şekerinin kalp-damar hastalığını çıkarmadaki etkileri. Kardiyoloji Gündemi Sempozyum Dizisi. 2008;64:15-24.
- Bektaş H, Keser İ, Akcan A. Astımlı hastaların yaşadığı güçlükler. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi. 2013;3:27.
- Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik Gelişim. 2012;25:1-3.
- Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları, Toplum Hekimliği Bülteni. 2006;25(3):1-6.

- Bilir N, Paksoy NS. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayını. 2006;1019-1044.
- Bozhöyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2012;6(1):13-19.
- Burçak Annagür B, Obezitede çeşitli risk faktörleri ve dürtüsellik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2010;2(4):572-582.
- Can S, Arslan E, Ersöz G. Güncel bakış açısı ile fiziksel aktivite. Ankara Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2014;12(1):1-10.
- Carrasco-Garrido P, Hernandez-Barrera V, Lopez de Andres A, Jimenez-Trujillo I, Jimenez-Garcia R. Health status of Roma woman in Spain. European Journal of Public Health. 2010;21(6):793-798.
- Çamur D, Acar-Vaizoğlu S. Sağlıklı Yaşlanma İçin Çevre. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Halk Sağlığı Uzmanlar Derneği. 1. Baskı, Palme Yayıncılık. 2012;31-36.
- Çelik K, Tar Y, Kaygusuz C, Samsun ili kent merkezinde yaşayan Romanlar. Samsun Sempozyumu. 2011.
- Çelik K, Tar Y, Roma (Gypsy) Citizens in Samsun: living with limited social rights. The Journal of International Social Research. 2015;8(36):621-635.
- Demirezen E, Coşansu G, Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 2005;14(8):174-178.
- Diabetes Prevention Program Research Group. The 10-year cost-effectiveness of lifestyle intervention or metformin for diabetes prevention: an intent-to-treat analysis of the DPP/DPPOS. Diabetes Care. 2012;35(4):723-730.
- Dinççağ N. Diabetes mellitus tanı ve tedavisinde güncel durum. İç Hastalıkları Dergisi. 2011; 18:181-223.
- Doğan A. Dünyada ve Türkiye’de kronik solunum hastalıklarının epidemiyolojisi. FTR Bilim Dergisi. 2010;13:10-16.
- Dünya Sağlık Örgütü. Asthma <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/>. 2010. (18.04.2016).
- Dünya Sağlık Örgütü. Asthma, Fact Sheet No: 307, World Health Organization, 2013.

- Dünya Sağlık Örgütü (2009) Cardiovascular Diseases. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>. (05.04.2014).
- Dünya Sağlık Örgütü 2005. Chronic Disease. http://www.who.int/topics/chronic_disease/en/. (07.09.2015).
- Dünya Sağlık Örgütü 2007. Definition of an older or elderly person. (18.04.2016) <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>.
- Dünya Sağlık Örgütü .Diabetes, 2009 . <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>. (05.04.2015).
- Dünya Sağlık Örgütü. Global status report on noncommunicable diseases 2010, Burden: Mortality, morbidity and risk factor. 2011. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ (13.06.2015).
- Dünya Sağlık Örgütü. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf/ (13.06.2015).
- Dünya Sağlık Örgütü. Noncommunicable diseases and their risk factors 2016. <http://www.who.int/ncds/prevention/en/>. (13.06.2015)
- Dünya Sağlık Örgütü. Obesity and overweight fact sheet, March 2013. Erişim adresi: <http://who.int/mediacentre/factsheet/fs311/en/> (13.06.2015).
- Dünya Sağlık Örgütü Preventing Chronic Diseases: a vital investment: DSÖ global report. Geneva. 2005.
- Dünya Sağlık Örgütü Respiratory diseases. 2009 . <http://www.who.int/respiratory/en/>. (05.04.2014).
- Dünya Sağlık Örgütü. What is prevention of noncommunicable diseases?. <http://www.who.int/ncds/prevention/en/>. (25.04.2016).
- Dünya Sağlık Örgütü World Health Day 2013: measure your blood pressure, reduce your risk. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130403/en/. (24.04.2016).
- Dünya Sağlık Örgütü. Obesity and overweight. 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. 21.03.2016.
- Hacıaloğlu N. Halk sağlığı hemşireliği. Erci B. Editör, Halk Sağlığı Hemşireliği. Ankara, Göktuğ Basın Yayın Dağıtım. 2009; 30-42.

- Hacıhasanoğlu Aşlar, R. Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Öz-bakım Yönetimi. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2015; 6(11):151-159.
- Esin N. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 1997.
- ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart. 2013.
- Erkoç Y, Yardım N. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları, Ankara, Anıl Matbaası. 2011.
- Erkol Z, Beyaztaş F, Kurt G. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. Adli Tıp Dergisi. 2010;24:2.
- Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Ankara. Klasmat Matbaacılık. 2008.
- Gecková A, Babinská I, Bobáková D, Veselská Z, Bosáková L, Kolarčík P, Jarčuška P, Pella D, Halánová M. Socioeconomic characteristics of the population living in Roma settlements and their association with health and health-related behaviour. Cent Eur J Public Health. 2014; 22:57–64.
- Geneva: 32. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health, 2010. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979eng.pdf> (13.08.2015).
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, updated 2010. http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLDReport_April112011.pdf (09.06.2015).
- Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedavide uyumu etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull. 2009;8(2):167-172.
- İnanır İ, Kayış A, Yılmaz K. Yaşlı hastaların yaşam aktivite performanslarında hemşirenin Rolü. Türk Geriatri Dergisi. 2012;95.
- Jarcuska P, Bobakova D, Uhrin J, Bobak L, Babinska I, Kolarcik P, Veselska Z, Geckova A. Are barriers in accessing health services in the Roma population associated with worse health status among Roma? Int J Public Health. 2013;58:427–434.
- Kara B, Yıldırım Y, Genç A, Ekizler S. Geriatrik ev ortamı ve yaşam memnuniyetinin değerlendirilmesi ve düşme korkusu ile ilişkisinin incelenmesi. Fizyoterapi Rehabilitasyon. 2009;20(3):190-200.

- Kaya A. Kişilerarası İlişkiler ve Etkili İletişim. 5.Baskı, Ankara, Tarcan Matbaacılık.2013. Kayar H, Utku S. Çağımızın hastalığı obezite ve tedavisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi. 2013;6(2):1-8.
- Kıyan E . KOAH ve son gelişmeler. 9. Ulusal İç Hastalıkları Kongre Kitabı. Antalya. 2007.
- KOAH nedenleri ve tedavisi. <http://www.medikalakademi.com.tr/koah-nedir-nedenleri-ve-tedavisi/> (21.03.2016).
- KOAH Toraks Derneği Tanı ve Tedavi Rehberi, 2010. [http:// www.toraks.org.tr](http://www.toraks.org.tr). (11.06.2015).
- Kocabaş A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. 2010;1(2):105-112.
- Koç İ, Eryurt MA, Adalı T, Seçkiner P. Türkiye'nin demografik dönüşümü: doğurganlık, aile planlaması, anne-çocuk sağlığı ve beş yaş altı ölümlerdeki değişimler, 1968-2008, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2010.
- Koç S, Huntürk M, Üstünel A.Yavuz Selim Ve 200 Evler mahallelerinde yaşayan Roman vatandaşlarımıza yönelik envanter çalışması. Samsun İl Özel İdaresi Araştırma Geliştirme Dairesi Başkanlığı Raporu,2011, Samsun.
- Kolarcik P,Geckova A,Orosova O,P. van Dijk J,Reijneveld S. To what extent does socioeconomic status explain differences in health between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia? ,Social Science &Medicine. 2009;68:1279–1284.
- Kosa Z, Zseles G,Laszlo K, Karolina K. A Comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary. American Journal of Public Health. 2007;853-858.
- Koşar C, Besen D. Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi. 2015;1:45-51.
- Kutlutürk F, Öztürk B, Yıldırım B, Özügürlü F, Çetin İ, Sazlıdere H, Tetikçok R, Akbaş A, Şahin İ. Obezite prevalansı ve metabolik risk faktorleri ile ilişkisi: Tokat ili prevalans çalışması. Türkiye Klinikleri J Med Sci . 2011;31(1):156-63.
- Lau S. What is new in the prevention of atopy and asthma? Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2013;13:181-6.
- Lubkin I.M, Larsen P.D. Chronic Illness: Impact and Interventions. (6th ed.), Jones & Bartlett Publishers, USA. 2005;680.

- Mollaoğlu M, Tuncay Özkan F. Bir çimento fabrikasında işçilerin KOAH risk faktörleri yönünden incelenmesi. Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2010; 36-40.
- Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Hekim İçin Tanı Ve Tedavi Rehberi. 5.Baskı, Ankara, Miki Matbaacılık. 2014.
- Obezite Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. 1. Basım, Ankara, Miki Matbaacılık. 2014.
- Ocakçı AF. Sağlığın korunma ve geliştirilmesinde hemşirelik hizmetlerinin rolü. (<http://server.karaemas.edu.tr/saglik/skg.htm>).2009.
- Owens L. The relationship of health locus of control, self-efficacy, health literacy, and health promoting behaviors in older adults. The Degree of Doctor of Philosophy, University of Memphis, United States. 2006.
- Önen S. Çingenelerin sosyal haklara erişimindeki zorluklar: roman ve dom toplulukları karşılaştırması. ODTÜ, Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu. 2011;465-481.
- Öven B,Akççek F.Yaşlıda hipertansiyon. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,İzmir. 2009.
- Özcan A. Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim. Sistem Ofset, Ankara. 2006.
- Özcan S, Bozhüyük A. Sağlığın geliştirilmesi ve aile hekimlerinin rolü. 2013;7: 46- 51.
- Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H, Aker A, Bakıcı Z. Sivas il merkezinde yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005;27(3):89-94.
- Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013;(1)1:57-68.
- Özkan A. Türkiye Çingeneleri. Kültür Bakanlığı Yayınları, Ankara. 2000.
- Pappa E, Chatzikonstantinidou S, Chalkiopoulos G, Papadopoulos A, Niakas D.Health-related quality of life of the Roma in Greece: the role of socio-economic characteristics and housing condition. Int. J. Environ. Res. Public Health .2015;12.
- Pekcan G. Türkiye’de Beslenme ve Sağlık Durumu. Hacettepe Beslenme ve Diyetetik Günleri II. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu, 19-20 Haziran 2009, Ankara.
- Polat Ü, Kahraman B. Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. Fırat Tıp Dergisi. 2013;18(4):213-218.
- Propp P, Becker A. Prevention of asthma: where are we in the 21st century? Expert Rev Clin Immunol. 2013;9:1267-78.

- Raherison C, Girodet PO. Epidemiology of COPD Review. Eur Respir Rev 2009;18:213-21.
- Ruston A, Smith D. Gypsies/Travellers And Health: Risk Categorisation Versus Being 'At Risk'.2013,<http://dx.doi.org/10.1080/13698575.2013.764974>,2015.
- Rice V.H. Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice. SAGE Inc. 2000;590.
- Soyuer A,Soyuer F. Yaşlılık ve fiziksel aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;15(3):219-224.
- Strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues implementation progress report. 2010.
- Şendur M,Güven G. Güncel kılavuzlar eşliğinde hipertansiyon tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi. 2011;42:53-64.
- Tambağ H.Yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam doyumu. Mustafa Kemal Üniversitesi. Tıp Dergisi. 2013;4(16):23-28.
- Tezcan S,Seçkiner P.Türkiye'de demografik değişim; yaşlılık perspektifi. Aslan D,Ertem M Editör, Yaşlı sağlığı: sorunlar ve çözümler, 1.Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık. 2012;1-9.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED): Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grupları 2009. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Klavuzu. 4. Baskı. İstanbul, 2009.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele El Kitabı. Ankara, Anıl Matbaa, 2013.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye diyabet programı 2015 2020,2014.
- T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara, Anıl Matbaa, 2013.
- T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020. Ankara, Anıl Reklam Matbaa, 2015.
- T.C. Sağlık Bakanlığı KOAH ile Yaşam. Ankara, Anıl Matbaa. 2011, 4.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı. Ankara, Anıl Matbaa, 2011.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım - KOAH) Önleme Ve Kontrol Programı (2009 - 2013) Eylem Planı, Ankara, 2009. Available from: The WHO cross-national study of health behavior in school-aged children from 35 countries: Findings from 2001-2002. J Sch Health 2004;74:204-206.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Ankara, Kuban Matbaacılık Yayıncılık, 2. Baskı. 2014.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye beslenme ve sağlık araştırması-2010, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Bölümü. 2014.
- Tuna M, Oğuz Z.N, Kolukırcık S. Menemen Çingenerinin Sosyo-Kültürel Özellikleri: Kasımpaşa Mahallesi Örneği, 'Uluslararası Çingene Sempozyumu'. Ulaşılabilir Yaşam Derneği. İstanbul. 2006.
- Türk Toraks Derneği Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı ve tedavi uzlaşısı raporu. Türk Toraks Dergisi. 2010;11:18.
- Türk Toraks Derneği. Dünya Astım Günü. Available from: www.toraks.org.tr/.../2442012102213-TTDDunya-Astim-Gunu-Basin-Bildirisi2012.doc. (21.04.2015).
- Türkiye Diyabet Vakfı, Diyabet tanı ve tedavi rehberi-2013, Ulusal Diyabet Kongresi Konsensus Grubu. 2013.
- Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği, Obezite, dislipidemi, hipertansiyon hekim için tanı ve tedavi rehberi. 2011.
- Türkiye İstatistik Kurumu, 2014. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Sonuçları (17.09.2015).
- Türkiye'ye Özgü Besin Ve Beslenme Rehberi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Ankara, Yenilenmiş 1. Baskı, Merdiven Reklam Tanıtım, Temmuz 2015.
- Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Ankara. http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf. 2010.
- United Nations/UN. 1980. Problem of Elderly and The Aged. A/35/130.
- Ünal M. Sağlıklı Yaşam: Sağlığın Geliştirilmesi. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 1. Baskı, 2013.
- Ünal H. Türkiye'de yaşayan kültürel farklılık: Çingener. Batman Üniversitesi Yaşam. Bilimleri Dergisi. 2012;1:615.

- Walker S.N Hill-Polrecky D. Psychometric Evaluation of The Health-Promoting Lifestyle Profile-II. Proceedings of the 1996 Scientific Session of the American Nurse Association's Council of Nurse Researchers. 1996 June 13-14. Washington (DC). 110.
- Yalçınkaya M, Özer F.G, Karamanoğlu A.Y. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(6):409-420.
- Yaman M. Obezitede diyet tedavisi. Archives of Clinical Toxicology. 2014;1:8-12.
- Yıldız F, Karakoç G, Hamutçu R, Yardım R, Ekinci B, Yorgancıoğlu A. Türkiye'de astım ve KOAH farkındalığının değerlendirilmesi. GARD Türkiye Projesi-Kronik Hava Yolları Hastalıkları Ulusal Kontrol Programı. 2013.
- Yılmaz T, Kaya A, Balcı, Yetkin İ, Çömlekçi A, Sargın M, Özer E, Karadeniz Ş. UDK Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. İstanbul, Armoni Nüans Baskı Sanatları. 2013.
- Yorgun H., Kabakçı G., Yaşlılarda hipertansiyon tanı ve tedavisi, Turkish Journal Of Geriatrics. 2010;(2):5-12.
- Yorulmaz H,Özdilli K, Küçükberber N. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2011;11:619-26.
- Zeljko H, Skaric-Juric T, Narancic N, Baresic A, Tomas Z, Petranovic M, Milicic J, Salihovic M, Janicijevic B. Age Trends In Prevalence Of Cardiovascular Risk Factors In Roma Minority Population Of Croatia. Economics And Human Biology. 2013;11:326-336.
- Zelko E, Švab I, Maksuti A, Klemenc-Ketiš Z. Attitudes Of The Prekmurje Roma Towards Health And Healthcare. Wiener Klinische Wochenschrift,The Central European Journal of Medicine. 2015.

EKLER

EK-1 : Anket Formu

1.Yaşınız

2.Cinsiyetiniz : 1. Erkek () 2. Kadın ()

3.Eğitim durumunuz :

1. Okur –yazar değil() 2. Okur-yazar () 3. ilkokul () 4. Ortaokul ()

5.Lise ()

4. Medeni Durumunuz : 1. Evli () 2. Bekar ()

5.Sosyal güvenceniz var mı ? : 1. Var() 2. Yok ()

6.Aile tipiniz:

1-Çekirdek Aile () 2-Geniş Aile() 3-Parçalanmış Aile ()

7.Gelir durumunuz: 1-Gelir giderden az () 2-Gelir gidere denk () 3-Gelir giderden fazla()

8. Boyunuz :

9. Kilonuz :

10.BKİ:

11.Kan Basıncı:

12. Kan Şekeri :

13.. Kronik bir hastalığınız var mı?

1. Kronik Hastalığı Var () 2.Kronik Hastalığı Yok ()

14. Varsa nedir?

15. Ailenizde kronik hastalığı olan biri var mı?:

1. Var() 2. Yok ()

16. Varsa nedir? Kimdir?:

EK-2: (Devamı)

17. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?:

1.Kullanıyor ()

2. Kullanmıyor()

	EVET	HAYIR	BAZEN
Sigara kullanıyor musunuz?			
Alkol kullanıyor musunuz?			
Kan basıncı takibi yapıyor musunuz?			
Kan şekeri takibi yapıyor musunuz?			
Hasta olmasanız bile düzenli sağlık kontrolü yaptır mısınız?			

Ek-2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiç bir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağlı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatluyu kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekme, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

Ek-2: (Devamı)

23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm								
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim								
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır								
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim								
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım								
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım								
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım								
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım								
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum								
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim								
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim								
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)								
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim								
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum								
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım								
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim								
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım								
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim								
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım								
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım								
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım								
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum								
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım								
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım								
47	Yorulmaktan kendimi korurum								
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım								
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim								
50	Kahvaltı yaparım								
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım								
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım								

Ek-3 : Etik Kurul Onay Formu



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/13/2

28.11.2014

Sayın : Doç.Dr.İlknur AYDIN AVCI

Etik Kurulu'na sunmuş olduğunuz 60 Yaş ve Üzeri Romanlarda Kronik Hastalık Görülme Sıklığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi başlıklı OMÜ KAEK 2014/880 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 27.11.2014 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra başlanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.A.Tevfik SÜNER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Mesiya AYDIN

Doğum Yeri : Canik/SAMSUN

Doğum Tarihi : 01.01.1991

Medeni Hali : Bekar

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl) : Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
2009-2013

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl : Ordu Akkuş Devlet Hastanesi 2014-2015
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2015-2016

E-posta : mesiya235@mynet.com

