T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

PRİMER VE SEKONDER KORUMADA YAŞLI BİREYLERİN FARKINDALIK SEVİYESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Nur Aylin ATLİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK

Mayıs- 2022

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

PRİMER VE SEKONDER KORUMADA YAŞLI BİREYLERİN FARKINDALIK SEVİYESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Nur Aylin ATLİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK

ONAY SAYFASI

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Tezin Adı: Primer ve Sekonder Korumada Yaşlı Bireylerin Farkındalık Seviyesi

Dr. Nur Aylin Atli

25.05.2022

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(imza)…….
Prof. Dr. Can DEMİREL
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının "Tıpta Uzmanlık" derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(imza) …….
Prof. Dr. Özlem USALAN
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza)……..
Prof. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Özlem USALAN
2. Prof. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK
3. Dr.Öğr.Üyesi Nimet YILMAZ
4. Doç. Dr. Zeynel Abidin SAYINER
5. Dr. Öğr. Üyesi Orhan ZENGİN

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgilerini, ilgisini bizlerden esirgemeyen, hekim duruşunu örnek aldığım değerli hocam İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı sayın Prof. Dr. Özlem USALAN'a, ayrıca deneyimlerinden ve bilgilerinden yararlandığım tüm İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görevli hocalarıma teşekkürü borç bilirim.

Gerek uzmanlık eğitimim, gerekse tez çalışmalarımın her aşamasında bana kıymetli zamanını ayıran, geniş bilgi birikimi, deneyimi, hoşgörüsü, sabrı ile desteğini benden esirgemeyen, tüm yoğunluğuna rağmen çalışmam sırasında mutlaka bana zaman ayıran, yol gösteren sayın hocam Prof. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK'e en içten saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Sıcak bir ortamı paylaştığım, birlikte çalıştığım uzman ve asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Tüm eğitim hayatımda; beni her zaman destekleyen, bugünlere gelmeme vesile olan, kıymetli aileme sonsuz teşekkür ederim.

Dr Nur Aylin ATLİ

İÇİNDEKİLER

II. İÇİNDEKİLER …….II

III. ÖZET…….III

IV. ABSTRACT……...IV

V. SİMGELER ve KISALTMALAR…….V

VI. TABLOLAR LİSTESİ……..VI

1. GİRİŞ ve AMAÇ……..1

2. GENEL BİLGİLER…….2

2.1. Tanım……2

2.2. Kapsamlı geriatrik değerlendirme……3

2.3. Koruyucu hekimlik……...5

2.3.1. Yaşlılıkta Koruyucu Hekimliğin Temel İlkeleri……..6

2.4. Primer koruma……...7

2.4.1. Yeterli ve dengeli beslenme……..7

2.4.2. Egzersiz…….8

2.4.3. Sigara…….9

2.4.4. Alkol……..10

2.4.5. Yeterli ve düzenli uyku…….11

2.4.6. Obezite……..12

2.4.7. Asetilsalisilik asit……..12

2.4.8. Aşı…….13

2.4.8.1. İnfluenza aşısı…….13

2.4.8.2. Pnömokok aşısı……...13

2.4.8.3. Tetanoz aşısı……...14

2.4.8.4. Herpes zoster……..14

2.4.8.5. Covid-19……15
2.5. Sekonder koruma……15
2.6. Kanser taraması……...16
2.6.1. Meme kanseri……...16
2.6.2. Kolorektal kanserler……16
2.6.3. Serviks kanseri……..17
2.6.4. Prostat kanseri……...17
2.6.5. Akciğer kanseri……..17
2.7. Kronik hastalık taraması……...17
2.7.1. Diabetes mellitus……18
2.7.2. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi……...18
2.7.3. Hipertansiyon……18
2.7.4. Hiperlipidemi……19
2.7.5. Osteoporoz……19
2.7.6. Abdominal aort anevrizması……..19
3. GEREÇ ve YÖNTEM……....21
3.1. Çalışma protokolü……...21
3.2. Çalışmaya dahil olma kriterleri……...21
3.3. Çalışmadan dışlanma kriterleri……21
3.4. Verilerin analizi……21
4. BULGULAR……..22
4.1. Dermografik değişkenlerin ve anket sorularının analizi……22
4.2. Anket sorularının karşılaştırılması……29
5. TARTIŞMA……...37
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER……...43
7. KAYNAKLAR……...45
8. EKLER……..53

ÖZET

PRİMER VE SEKONDER KORUMADA YAŞLI BİREYLERİN FARKINDALIK SEVİYESİ

Dr. Nur Aylin Atli

Uzmanlık Tezi

İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Zeynel Abidin Öztürk
2022, 53 sayfa

Giriş ve amaç: yaşlı bireylerin primer ve sekonder koruma konusunda farkındalık düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Elde edilecek sonuçlar primer ve sekonder koruma farkındalığını arttırmak amacı ile uygulanacak eğitimlere zemin oluşturacaktır.

Materyal-Metod: Araştırmaya Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma Hastanesi, Geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş üstü bireyler dahil edilmiştir. Kesitsel tipte yapılan çalışmada veri toplama aracı olarak yüz yüze yapılan anket formları uygulanmıştır. Sonuçlar SPSS-22 kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılan bireylerin %50.6'sı kadın, %49,3'ü erkek olmak üzere ortalama 71,28 ± 6,19 yaş grubundan oluşmaktadır. Kronik hastalığı olan katılımcıların daha fazla aşı yaptırma oranına sahip olduğu, fiziksel aktivite yapma oranının daha yüksek olduğu ve kronik hastalıklar açısından daha fazla tarama yaptırdığı saptanmıştır. Kadın bireylerin osteoporoz yaptırma oranının erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kullanılan ilaç sayısı arttıkça aşı yaptırma durumunun azaldığı, sigara içmeyen bireylerin aşı yaptırma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaş arttıkça kanser taraması yaptırma oranında artış izlenmiştir. Kadınların kanser taraması yaptırma durumu daha fazla saptanmıştır. Kronik hastalık taraması yaptırma durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir değişken bulunmamıştır.

Sonuç: Yaptığımız çalışmada yaşlı bireylerin primer ve sekonder korumada farkındalığının düşük ve bilgi eksikliğinin yüksek oranda olduğunu gözlemledik, yaşlı bireylere farkındalığa yönelik daha fazla bilgilendirme yapılmalıdır. Kapsamlı bakım ilkeleri ve bütüncül bir yaklaşım ile hekimlerinin bu konuda daha duyarlı olmaları gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: koruyucu bakım, aşı, kanser, kronik hastalık

ABSTRACT

THE LEVEL OF AWARENESS OF ELDERLY INDIVIDUALS IN PRIMARY AND SECONDARY PROTECTION

Nur Aylin ATLİ, M.D

Master Thesis, Internal Medicine

Thesis Supervisor: Prof. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK

2022, 53 pages

Introduction and purpose: It is aimed to determine the awareness level of elderly individuals about primary and secondary prevention. The results to be obtained will form the basis for the trainings to be implemented in order to increase the awareness of primary and secondary protection.

Material and method: Individuals over the age of 65 who applied to Gaziantep University Faculty of Medicine Şahinbey Research Hospital, Geriatrics outpatient clinic were included in the study. In the cross-sectional study, face-to-face questionnaires were used as a data collection tool. Results were analyzed using SPSS-22.

Findings: Results: 50.6% of the participants were female, 49.3% were male, and the average age group was 71.28 ± 6.19 years. It was determined that participants with chronic diseases had a higher rate of vaccination, a higher rate of physical activity, and more screening for chronic diseases. It has been found that the rate of osteoporosis in women is higher than that of men. It was determined that as the number of drugs used increased, the vaccination status decreased, and the vaccination rate of non-smokers was higher. An increase in the rate of cancer screening was observed with increasing age. It was determined that women were more likely to have cancer screening. There was no statistically significant variable in the case of chronic disease screening.

Conclusion: In our study, we observed that the primary and secondary protection awareness of the elderly individuals is low and the lack of information is high. More information should be given to the elderly regarding awareness. Physicians who manage the clinical process with comprehensive care principles and a holistic approach should be more sensitive in this regard.

Keywords: preventive maintenance, vaccine, cancer, chronic disease

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAA : Abdominal Aort Anevrizması

ASA : Asetilsalisilik asit

BT : Bilgisayarlı Tomografi

COX-1 : Siklooksijenaz1

DEXA : Dual Enerji X-Ray Absorpsiyometri

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GGK : Gaytada Gizli Kan

HDL : Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein

KB : Kan Basıncı

KGD : Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme

KOAH : Kronik Obstüktif Akciğer Hastalığı

KVH : Kardiyovasküler hastalık

LDL : Düşük Yoğunluklu Protein

MI : Miyokard Enfarktüsü

NIAAA : Ulusal Alkol Suistimali ve Alkolizm Enstitüsü

PG : Plazma Glukozu

PPI : Proton Pompa İnhibitörü

PSA : Prostat Spesifik Antijen

SVO : Serebrovasküler Hastalık

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

USPSTF : United States Preventive Services Task Force

ÜSYE : Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

VKİ : Vücut Kitle İndeksi

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.2.1. Kapsamlı geriatrik değerlendirmenin bileşenleri……3

Tablo 2.2.2. Yaşlı bireyler için yıllık muayene parametreleri ve sıklıkları……....4

Tablo 2.2.3. Yaşlı bireylerde laboratuvar tetkikleri / risk değerlendirmesi……5

Tablo 4.1.1. Katılan bireylerin demografik özellikleri……..22

Tablo 4.1.2. Araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalık durumu…….23

Tablo 4.1.3. Bireylerin kanser öyküsü, sigara-alkol tüketimi, asetilsalisilik asit kullanımı, egzersiz yapma durumu……...24

Tablo 4.1.4. Katılımcıların beslenme düzeni……..25

Tablo 4.1.5. Bireylerin rutin aşı yaptırma analizi……...26

Tablo 4.1.6. Kanser taraması……...27

Tablo 4.1.7. Kanser taraması yaptırmama nedeni……...……28

Tablo 4.1.8. Kronik hastalık taraması…….29

Tablo 4.2.1. "Kronik hastalığınız var mı?" sorusunun diğer değişkenlere göre değişimi….30

Tablo 4.2.2. Kanser öyküsü olan bireyler ile diğer değişkenlerin ilişkisi……..30

Tablo 4.2.3. Egzersiz yapan bireyler ile diğer değişkenlerin ilişkisi…….31

Tablo 4.2.4. Kanser taraması hakkında bilgi sahibi olan bireyler ile diğer değişkenlerin ilişkisi……..31

Tablo 4.2.5. Osteoporoz taraması yaptıran bireylerde cinsiyet analizi…….32

Tablo 4.2.6. Cinsiyet ayrımına göre diğer değişkenlerin analizi……...32

Tablo 4.2.7. Cinsiyet ayrımına göre kronik hastalık taraması yaptırma analizi……33

Tablo 4.2.8. Yaş grubuna göre diğer değişkenlerin analizi……...34

Tablo 4.2.9. Aşı yaptırma durumu için lojistik regresyon analizi……35

Tablo 4.2.10. Kanser taraması üzerinde etkili olabilecek değişkenlerin analizi……..35

Tablo 4.2.11. Kronik hastalık tarama üzerinde etkili olabilecek değişkenlerin analizi…..36

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık, bireylerin bilişsel ve fiziksel fonksiyonlarında gerileme, sosyal yaşantının azalması ile pek çok problemin ortaya çıkabildiği bir dönemdir [1]. Literatürdeki çalışmalarda, diyabetes mellitus, beyin performansında azalma, kronik kalp hastalığı, görme bozuklukları, kanser türleri, iskelet sistemi değişiklikleri ve denge bozukluğu gibi fiziksel ve zihinsel değişikliklerin yaygınlığı, yaşlılıkla doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir [2]. Türkiye İstatistik Kurumu'nun Türkiye'deki 2020 yılı nüfus verilerine göre 65 yaş üstü nüfus sayısı 7 milyon 953 bin 555'dir; yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %9.5'dir. 2023 yılında yaşlıların toplam nüfusun %10.2'sini oluşturacağı tahmin edilmektedir [3].

Ölüm istatistiklerine göre, 2019 yılında ölen yaşlıların %41,5'i kardiyovasküler hastalıklar, %15,3'ü kanser ve solunum sistemi hastalıkları nedeni ile kaybedilmiştir [4]. Dünya genelinde de kanser hastalığının yükü her geçen gün artış göstermektedir. Kanser konusunda en önemli kontrol stratejisinin korunma ve erken teşhis olduğu bilinen bir gerçektir. Bu nedenle, kanserojen maddelerin tespiti ve gerekli önlemlerin zamanında alınması oldukça önemlidir. Yaş arttıkça kronik hastalık oranı artmaktadır. Yaşlıların %80'nin en az 1 ek hastalığı, %50'sinin en az 2 ek hastalığı vardır [5]. Hastalıkların önlenmesiyle, sağlığın geliştirilmesi genç erişkinlerde olduğu gibi yaşlılık döneminde de önemli bir sağlık hizmetidir.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin primer ve sekonder koruma konusunda farkındalık düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmada elde edilecek sonuçlar primer ve sekonder koruma farkındalığını arttırmak amacı ile uygulanacak eğitimlere zemin oluşturacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım

Yaşlanma, çevresel ve yapısal özelliklerden etkilenerek işlevlerde azalmayla kendini gösteren, canlılardaki tüm yapılarda karmaşık bir süreç olarak tanımlanır [6]. Yaşlanmayı farklı yönleriyle değerlendirerek tek bir tanımlama ile ifade etmek yanlıştır. Örneğin, biyolojik yaşlanma, puberte döneminden başlayan ve erişkin yaşam boyunca devam eden bir süreçtir. Sosyal açıdan yaşlı olarak kabul edilme ise, farklı kuşaklar veya kültürler arasında değişiklik gösterebilir. Gerçek anlamında yaşlanma çevresel ve genetik etmenlerin birleşiminin bir sonucu olarak düşünülmekte ve biyolojik yaşlanma olarak kabul edilmektedir. Kronolojik yaşlanma ise, doğumdan itibaren geçirilen yılların toplamıdır. Psikolojik, sosyal, patolojik yaşlanma tanımları da vardır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 65 yaş ve üzeri grup olarak tanımlanan geriatrik nüfus tüm dünyada artış göstermektedir. Yaşlılar nüfusun önemli bir grubunu oluşturmakta ve yaşlıların nüfus içindeki oranı zamanla artmaktadır. Türkiye'de de yaşlı popülasyonda artış olması beklenmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2013 yılında %7,7 iken, 2017 yılında %8,5, 2020 yılında %9,5' e yükselmiştir ve nüfus projeksiyonlarına göre bu oranın 2030 yılında %12,9; 2040 yılında ise %16,3 seviyelerine yükseleceği öngörülmektedir [7].

Sağlıklı yaşam ilkeleri; fiziksel egzersiz yapmak, sağlıklı beslenmek ve sigara içmemek şeklinde formüle edilmektedir. Sağlıklı yaşam tarzının oluşturulması, denge ve hareket bozukluklarının önlenmesi, sık görülen hastalıkların erken saptanıp tedavi ile önlenmesi ve çoklu ilaç tedavilerinden mümkün olduğunca uzak durulması gibi birçok yöntem ile hastalıklar kontrol altına alınıp yaşlıların yaşam kaliteleri artırılabilir.

Yaşlanma ile nörolojik hastalıklar, diyabetes mellitus, kronik kalp hastalığı, görme bozuklukları, kanser, osteoporoz, denge bozukluğu, düşme gibi fiziksel ve zihinsel değişikliklerin yaygınlığı artmaktadır [1].

Türkiye genelinde yapılan çok merkezli çalışmalarda, yaşlı bireylerde kronik hastalıkların görülme sıklığı sırasıyla; hipertansiyon %30,7, osteoartrit %13,7, kronik kalp yetersizliği

%13,7, diyabetes mellitus %10,2, koroner arter hastalığı %9,8 ve osteoporoz %8,2 olduğu saptanmıştır. Mortalitenin en önemli sebeplerinden biri olan kanser insidansı ülkemizde birçok merkezde araştırılmıştır. Bu araştırma sonuçlarına göre sırasıyla en sık akciğer kanseri %32, meme kanseri %14, beyin tümörü %10 ve gastrointestinal sistem kanseri %9 olarak saptanmıştır [8].

Yaşlı nüfusun artması kronik hastalıkların ve komplikasyonlarının artmasına neden olmaktadır. Erken tespit, doğru tedavi ve düzenli takiple hastalıkların ortaya çıkması önlenebilir, geciktirilebilir ya da kontrol altına alınabilir. Bu nedenle yaşlı nüfus öncelikle kapsamlı olarak değerlendirilmeli ve yaşlı bireyleri hastalıklardan korumaya yönelik uygulamalar planlanmalıdır.

2.2. Kapsamlı geriatrik değerlendirme

Kapsamlı geriatrik değerlendirme (KGD), yaşlanmayla birlikte genel sağlığı en üst düzeye çıkarmak için etkili bir plan oluşturmak amacıyla, kırılgan yaşlı bireyin psikososyal, tıbbi ve işlevsel durumunu tanımlayan çok yönlü bir tanı ve tedavi süreci olarak tanımlanır.

Çok yönlü geriatrik değerlendirmenin amacı yaşlı bireylerin fonksiyonel bağımsızlığının korunması, yaşam kalitesinin arttırılması, tüm sorunlarının tek merkezde çözülmesi, gerektiğinde sosyal ve çevresel destek için danışmanlık verilmesi, koruyucu hekimlik uygulamaları ile bireyin bağışıklığının sağlanması ve çeşitli hastalıkların erken tanısının konması, tüm yaşlı bireylerde geriatrik semptomların sorgulanması, tanınması ve erken dönemde tespit edilen hastalıkların tedavisinin başlanmasından oluşmaktadır [9, 10].

Tablo 2.2.1. Kapsamlı geriatrik değerlendirmenin bileşenleri [11] :

Sağlık durumunun değerlendirmesi
Fonksiyonel değerlendirme
Beslenme durumunun değerlendirmesi
Kognitif değerlendirme
Duygudurum değerlendirmesi
Kontinansın değerlendirilmesi
Sosyoekonomik değerlendirme
Akılcı ilaç kullanımı ve polifarmasi açısından değerlendirme
Geriatrik sendromların değerlendirmesi
Koruyucu hekimlik uygulamaları

Yapılan bir metaanaliz çalışmasında KGD'nin fonksiyonel kapasiteyi ve sağ kalımı olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir [12].

Geriatrik semptomlar kapsamlı geriatrik değerlendirme kapsamında özellikle sorgulanmadığında gözden kaçabilmekte ve erken tespit edilmez ise bireyler hastalığın ileri evresinde veya komplikasyonlarla gelebilmektedir. Bu nedenlerden dolayı yaşlı bireylere totaliter bir bakış açısıyla bakılmalı ve her yaşlı bireye çok yönlü kapsamlı geriatrik değerlendirme uygulanmalıdır.

Tablo 2.2.2. Yaşlı bireyler için yıllık muayene parametreleri ve sıklıkları [13]:

Fizik Muayene	1.İzlem	2. İzlem	3. İzlem	4. İzlem
	İlk İzlem/ Yılın İlk izlemi/ Hastanın ilk değerlendirilmesi	İlk izlemden 3 ay sonra	İkinci izlemden 3 ay sonra	Üçüncü izlemden 3 ay sonra
Kan Basıncı Ölçümü	√	√	√	√
Boy Ölçümü	√		√	
Kilo Ölçümü	√		√	
Bel Çevresi	√		√	
Mental durum değerlendirmesi*	√		√	
Duygu durum değerlendirmesi*	√		√	
Görme değerlendirmesi	√		√	
İşitme değerlendirmesi*	√		√	
Ağız ve diş sağlığı değerlendirmesi*	√		√	
Beslenme değerlendirmesi*	√		√	
Polifarmasi değerlendirmesi*	√	√	√	√
Bası yarası/ağrı değerlendirmesi*	√		√	
İhmal/ istismar değerlendirmesi*	√		√	

*Hastanın durumuna ve yeni başlayan şikayetlerine göre değerlendirmeler 3 ayda bir veya 6 ayda bir yapılabilir.

Tablo 2.2.3. Yaşlı bireylerde laboratuvar tetkikleri / risk değerlendirmesi parametreleri ve sıklıkları [13]:

Tetkikler	1.Yıl İzlemi	2. Yıl İzlemi	3. Yıl İzlemi	4. Yıl İzlemi
	İlk İzlem / Yılın İlk izlemi/Hastanın ilk değerlendirilmesi	İlk izlemden 12 ay sonra	İkinci izlemden 12 ay sonra	Üçüncü izlemden 12 ay sonra
Kemik densitometrisi	√	√	√	√
Lipid profili*	√			
Açlık glukozu*	√			
Vitamin D**	√	√	√	√
Vitamin B12**	√	√	√	√
Folik asit**	√	√	√	√
Kreatinin**	√			√
Kreatinin klirensi***	√			√
Hemogram**	√			√
Kalsiyum, Sodyum ve Potasyum**	√			√
EKG**	√			√

*İlk değerlendirmede istenir, daha sonra hastanın risk durumuna göre istemlerin zamanı belirlenir. ** İlk değerlendirmede, önerilen tekrar değerlendirme zamanında ve hastanın klinik durumuna göre eksikliği düşünüldüğünde istenir. *** İlk değerlendirmede, önerilen tekrar değerlendirme zamanında ve özellikle renal yan etkisi olan bir ilaç başlanması planlandığında istenir.

2.3. Koruyucu Hekimlik

Genç erişkinlerde olduğu gibi yaşlı bireylerde de hastalıkların önlenmesiyle, sağlığın geliştirilmesi önemli bir tıbbi hizmettir. Thomas Adams “Korunmak, tedavi etmekten her zaman daha iyidir, zira kişileri hasta olma eziyeti ve külfetinden uzak tutar.” [14].

Koruyucu hekimlik, her yaş grubunda olduğu gibi, yaşlı popülasyonda da büyük önem arz etmektedir. Koruyucu hekimliğin amacı; hastalıkların ortaya çıkmasına engel olmak, tanıyı erken dönemde koymak, hastalığın ilerlemesini ve komplikasyon geliştirme riskini azaltmaktır. Yaşlı bireylerde yaşlılık dönemi sağlık harcamalarını kontrol etmek, hastalıkları önlemek, yaşam kalitesini artırmak için koruyucu sağlık hizmetlerine ihtiyaç vardır. Bu amaçla bazı tarama testleri uygulanır. Yaşlılık döneminde tarama testleri planlanırken, kişinin yaşam beklentisi, fonksiyonel kapasitesi, genel durumu, eşlik eden ek hastalıkların olup olmadığı, taranma yapılması planlanan hastalığın toplumdaki sıklığı, erken tanısının ve tedavisinin olup olmadığı, ülkenin ekonomik durumu ve sağlık sistemi gibi faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır.

Tüm yaşlı bireyler için sağlığın geliştirilmesinden bahsedilebilir. Korunmanın etkinliği, yaşlının kognitif durumu, fiziksel sağlığı ve fonksiyonel kapasitesine bağlı olarak değişir. Sağlıklı, kronik hastalığı olan veya kırılgan yaşlı bireyde seçilecek koruyucu girişimler farklılık gösterir. Sağlıklı yaşlı bireyde, kronik hastalık olmayan ya da çok az olan kişilerde fonksiyonel kapasite durumu iyidir. Bu grupta tarama testleri; primer ve sekonder korumayı, kırılganlığın önlenmesine yönelik girişimleri içermelidir. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde ise tarama testleri, sağlıklı yaşlılarda önerilenlerin yanında, mevcut hastalıkların takibi ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesine yönelik girişimleri kapsamaktadır [5].

2.3.1. Yaşlılıkta Koruyucu Hekimliğin Temel İlkeleri

Yalnızlıktan korunma, kazalardan korunma, fiziksel egzersiz, yeterli ve dengeli beslenme, ayak bakımı, sigaranın bırakılması, aşılama programları, kanser taramaları, görme ve işitmenin korunmasının sağlanması, nöropsikiyatrik işlevlerin ve aneminin araştırılması gerekmektedir. Yaşlı bireylere yönelik taramaların kapsamında; osteoporoz açısından radyolojik değerlendirme, kemik yoğunluk ölçümleri, hemogram, biyokimya ve idrar tetkikleri, cilt kanseri danışmanlığı, işitme kaybına yönelik taramalar, hipertansiyon kontrolü, pap smear, glokom ve vizüel keskinlik testleri, prostat ve meme kanserine yönelik taramalar, kolon kanserine yönelik incelemeler yer almalıdır [15].

Koruyucu önlemler primer, sekonder ve tersiyer olarak sınıflandırılmaktadır:

A. Primer koruma: Bireyi daha güçlü kılma ve risk faktörlerini azaltmak amaçlanmıştır.

B. Sekonder koruma: Erken tespitle hastalıkların saptanması amaçlanmıştır.

C. Tersiyer koruma: Kronik hastalıkların yönetimidir. Hastalıkların tedavisi yapılır ve oluşabilecek komplikasyonlar önlenmeye çalışılır.

2.4. Primer koruma

Primer koruma, çevresel karsinojenlerin uzaklaştırılması ile gercekleştirilir. Primer korumanın amacı, hastalık riskini azaltmak ve hastalık gelişmesini önlemektir. Primer koruma yöntemleri, yaşam biçimi değişiklikleri ve risk azaltacak uygulamaları (örn; aşı yaptırma) içerir. Primer koruma yöntemleri, hastalığın altta yatan sebepleri ve bilinen risk faktörlerini ortadan kaldırmayı amaçladığı için sebepleri bilinen kanserler ve önlenebilir hastalıklar için en uygundur. Tüm kanser insidansını azaltmada, karsinojenlere maruziyeti azaltma, diyet değişiklikleri, obeziteyi azaltma, enfeksiyonun önlenmesi, fiziksel aktiviteyi artırma gibi bilinen birçok yöntem vardır.

2.4.1. Yeterli ve Dengeli Beslenme

Diyette tahıl, sebze, meyve ve lifi arttırma, yağ miktarını azaltma sağlığın iyileşmesine ve bireyin yaşam süresinin uzamasına katkıda bulunabilir. Özellikle Akdeniz diyeti olarak tarif edilen, taze meyve ve sebze, balık, zeytinyağı ve fındığın sık tüketildiği beslenme şekli önerilmektedir. 70'li yaşlardan sonra kalori ve proteinden fakir beslenme olumsuz sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu yaş grubunda gereksiz diyet kısıtlamalarından uzak durulmalıdır. Yaşlı bireylerin yılda bir malnütrisyon açısından değerlendirilmesi gerekir.

Yaşlı bireylerde dengeli beslenmenin sağlanması, gereksinim duyulan besin ögelerinin tüketilmesi, kronik hastalıkların (diyabetes mellitus , kalp-damar hastalıkları, bazı kanser türleri vb.) oluşumunun önlenmesi, sağlığın iyileştirilmesi ve korunması açısından önem taşımaktadır. Yaşlanma ile oluşan iştahsızlık, tat ve koku almada azalma, diş hastalıkları, gastrointestinal sistemin yavaşlaması ve emilimin azalması gibi faktörler beslenmeyi olumsuz etkileyebilmektedir.

Yeterince güneş ışığından faydalanması gereken geriatrik bireylerin osteoporozu önlemek için günlük 1200 mg kalsiyum takviyesi ve 800 ıu D vitamini alması tavsiye edilmektedir [16]. Yaşlı bireylerde süt ve süt ürünleri, et ve et ürünleri, yumurta tüketimi günlük alınması önerilen miktarlardan azdır. Birçok mineral ve vitaminin yanı sıra özellikle vitamin B12 ,

vitamin B6, E vitamini, kalsiyum, çinko ve magnezyum alımlarının günlük önerilen ortalama tüketim miktarının yetersiz olduğu saptanmıştır [17, 18].

Yaşlı bireylerin günlük kalori ihtiyaçları 30 kcal/gündür. Bu değer yaklaşık olarak erkeklerde ise 2300 kcal/gün, kadınlarda yaklaşık 1900 kcal/gün olarak kabul edilmektedir [19]. Yaşlı bireylerde sağlıklı beslenme önerileri: Sağlıklı beslenmenin sağlanması, enerji ve besin ögelerinin önerilen düzeyde tüketilmesine ve yetersiz beslenmeye bağlı oluşabilecek sağlık sorunlarının oluşumunun önlenmesine katkıda bulunur. Bu öneriler [18]:

1. Besin çeşitliliği sağlanmalıdır (Yaşlı hastalarda günlük enerjinin %12-15'i kadar protein, %50-60'ının karbonhidratlardan, %30'unun yağlardan sağlanması önerilir [19].)
2. Günde en az üç öğün beslenilmelidir.
3. İdeal vücut ağırlığı ve kas gücü korunmalıdır.
4. Tuz ve sodyum tüketimi azaltılmalıdır.
5. Besinler doğru hazırlanmalı, pişirilmeli ve saklanmalıdır.
6. Sebze ve meyveler bol ve çeşitli tüketilmelidir.
7. Doymuş yağ tüketimi azaltılmalıdır.
8. Ekmek ve diğer tahıllar yeterli miktarda tüketilmelidir.
9. Su ve diğer sıvılar yeterli miktarda tüketilmelidir (2 Litre (8-10 bardak))
10. Posa tüketimi artırılmalıdır.
11. Kalsiyum içeriği yüksek besinler tüketilmelidir.
12. Şeker tüketimi azaltılmalıdır.
13. Alkol içilmemeli ve sigara kullanılmamalıdır.

2.4.2. Egzersiz:

Her yaş grubunda olduğu gibi yaşlı bireylerde de kas gücünün korunması ve kronik hastalıkların önlenmesi için fiziksel aktivitenin önemi büyüktür. Yaşlı bireyler için kuvvet ve dayanıklılık aktiviteleri önerilen egzersizlerdir. Dayanıklılık egzersizleri (düz zeminde hızlı yürüme, yüzme, bahçe etkinlikleri, vb.) yaşlılık döneminde kardiyovasküler hastalıklar açısından önem taşırken kuvvet egzersizleri (kol kaldırma egzersizleri, sandalyeden kalkma egzersizleri, vb.) ise kas ve kemik sağlığını geliştirmek için önerilir. Ana başlıklar olarak kardiyovasküler, nörofizyolojik, kas iskelet sistemi sağlığı üzerine etkileri yanında metabolizma ve vücut kompozisyonu üzerine de kanıtlanmış birçok faydası bulunmaktadır.

Bireyde fizyolojik sistem kapasitesini arttırma, bozulma eğilimi gösteren fonksiyonlarda düzelme, bilişsel, kognitif ve duygusal aktivitelerin tümünde iyilik sağlar. Bunun yanında özellikle kas iskelet sisteminde, kas kütlesinde ve kuvvetinde artma, dengeyi düzelterek düşmede azalma, eklem hareket açıklığında düzelme, propriyosepsiyonda artma gibi faydalar sağlar [20].

Yaşlı yetişkinler arasında, fiziksel aktivite daha yüksek sağlıklı yaşlanma olasılığı ve azalan ölüm oranı ile ilişkilidir. Güçlü kanıtlar, fiziksel egzersizin hastane yatışını gerektiren ciddi düşmeler dahil olmak üzere düşmeye bağlı yaralanma riskini %32 ile %40 oranında azalttığını göstermiştir [20].

Yürüyüş yapmak fiziksel aktivitenin en kolay uygulanabilir yoludur. Kronik hastalığı olmayan bir yetişkin için haftada 3-4 kez, 30-40 dakika süreli yürüyüş yapılması yeterli egzersiz sayılır. Bu egzersizin günlük yürüyüşe göre biraz daha hızlı tempoda olması gerekmektedir. Kronik hastalığı olanlar için kişiye uygun egzersiz programı yapılmalıdır.

Yaşlı bireylerde aerobik egzersiz serebrovasküler düzenlemeyi geliştirir [21]. Birçok hayvan çalışmasında, beyin nörotrofik faktörlerinin egzersizle uyarılması doğrulanmıştır. Hızla büyüyen bir literatür, egzersizin, özellikle de aerobik egzersizin demans riskini ve bilişsel bozulmayı azaltabileceğini bildirmektedir. Fiziksel aktivite, beyin nöroprotektif etkisinin yanı sıra, demans ve serebrovasküler olay riskini de azaltabilir [22].

Düzenli fiziksel aktivite yapmak için hiçbir zaman geç değildir. Sedanter kalan bireyler ile karşılaştırıldığında, 80 yaşına kadar sedanter olan ancak 80'li yaşlarında bile egzersize başlayan kişilerde mortalite oranı daha düşüktür [23].

2.4.3. Sigara

Sigara tüketiminin pek çok hastalığın etyolojisinde rol oynadığı ve mortalite oranını attırdığı bilinmektedir. Pek çok çalışma ile genotoksik ve sitotoksik etkisi oraya konmuştur. Yapılan bir çalışmada sigara içenlerde, sigara içmeyenlere göre mitotik indeks oranı artışı, lenfosit sayısındaki artıştan daha yüksek olduğu bulunmuş olup, bu durumda sigara içenlerde lenfositlerin ömrünün daha kısa olduğu düşünülmüştür [24].

Ölüm için önde gelen 10 risk faktöründen biri sigaradır ve DSÖ' nün tahminlerine göre, dünyadaki kadın ölümlerinin % 6'sından ve erkek ölümlerinin % 12'sinden sorumludur [25].

Bireylerin sigara kullanma veya sigaraya maruz kalma oranı ile doğru orantılı olarak kardiyovasküler ve akciğer hastalık riski artmıştır. Genç yaş grubunda sigara içenler arasında ölümün en sık nedenini kardiyovasküler hastalıklar oluştururken, 60 yaş üzerindeki bireylerde sigaraya bağlı ölümlerin en büyük nedenini akciğer kanseri oluşturur [26]. Sigara küresel çapta kansere bağlı ölümlerin yaklaşık %20'sinden sorumludur ve 16 kanser türüne sebep olduğu bilinmektedir. Sigara içmeyen kişiler ile kıyaslandığında sigara içen bireylerde akciğer kanseri görülme riski 15-30 kat daha fazladır [27].

Büyük bir yaşlı kohortunun incelendiği altmış beş yaş üstü sigara içen ve hiç içmemiş olan hastaları içeren bir çalışmada sigara içen grupta, içmeyen gruba göre tüm nedenlere bağlı ölümlerde yaklaşık iki kat artış gözlenmiştir [28]. Sigaranın, tüm dünyadaki kardiyovasküler nedenlere bağlı ölümlerin %10'undan fazlasından sorumlu olduğu tahmin edilmektedir [29].

Yaşlı bireylerde tütün ürünü kullanım oranları genç bireylere göre daha düşüktür [30]. Amerika'da 45 yaş ve üstü kişilerin %41 (18 milyon)'inin ve 65 yaş üstündekilerin %9.3 (4.5 milyon)' ünün sigara tükettiği bilinmektedir [31]. Ülkemiz ile ilgili veriler bulunmamakta ancak bu oranın Türkiye için daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir [32].

Yüksek kaliteli kanıtlar, sigarayı bırakmanın kronik obstrüktif akciğer hastalığı, çeşitli kanserler ve koroner kalp hastalığı riskini önemli ölçüde azalttığını göstermektedir [33]. Sigarayı bırakan yaşlı bireylerin değerlendirildiği bir çalışmada; sigarayı bıraktıktan sonraki beş yıl içinde, tüm nedenlere bağlı ölümlerin göreceli riskinin, halen sigara içen bireylere göre daha düşük oranda olduğu tespit edilmiştir [34]. Bir meta-analiz, 80 yaş ve üzeri bireyler de dahil olmak üzere, sigarayı bırakmanın ölümle ilgili faydalarının her yaşta kanıtlanabilir olduğunu bulmuştur [35]. Geriatrik bireyler yaştan bağımsız olarak sigara açısından sorgulanmalı ve kullanıyorsa bırakmaya teşvik edilmelidir.

2.4.4. Alkol

Alkol kullanımı, önemli sosyal sorunlara ve sağlık sorunlarına sebep olması nedeniyle takip edilmesi gereken bir risk faktörüdür. Aşırı alkol tüketiminin; karaciğer, beyin ve kalp kası hasarına, depresyon, pankreatit, gastrointestinal sistem kanserleri ve hipertansiyona neden olduğu bilinmektedir. Alkol kullanımının bilişsel ve işlevsel fonksiyonları olumsuz yönde etkileyebileceği ve artmış düşme riskli ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [36]. Alkol miktarı tüketimi arttıkça kanser riski artar. 2016 yılında dünya çapında, alkole bağlı

kanserlerin ağırlıklı olarak erkekler arasında 400.000 ölümden sorumlu olduğu düşünülmektedir [37].

Bugüne kadar yapılan Türkiye'deki çalışmalar ve eldeki veriler, alkol tüketiminin diğer ülkelerden daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu durumun dini ve kültürel etkilere bağlı olmasının yanı sıra, istatistiksel veri eksikliği nedeniyle eksik bildirimlerden de kaynaklanabileceği tahmin edilmektedir [38, 39].

Dünya Sağlık Örgütü dünyada 6,37 milyon kişide alkol kullanım bozukluğu olduğunu ve 2 milyar kişinin alkol kullandığını bildirmektedir [38]. Buna karşın, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yapılan bir çalışmada, toplumun %13'ünün alkol kullandığı, %87'sinin alkol tüketmediği belirtilmiştir. Yine aynı çalışmaya göre, kadınların %4'ü alkol kullanırken, erkeklerin %23'ü alkol kullanmaktadır. Ülke genelinde geriatrik popülasyondaki kadınların %99'unun alkol kullanmadığı, erkek bireylerin ise 65–74 yaş grubunun %86'sının, 75 yaş üzerindeki bireylerin %95'ninin alkol kullanmadığı saptanmıştır [38].

Ulusal Alkol Suistimali ve Alkolizm Enstitüsü (NIAAA), fazla miktarda alkol tüketen hastalara yardımcı olmak için yöntemler geliştirmiştir [40]. Klinisyen tavsiyeleri, alkol kullanımını azaltmada danışmanlık programları kadar etkili olabilir.

2.4.5. Yeterli ve Düzenli Uyku

Yaşla birlikte uyku yapısında değişiklik olur; gece erken saatte uyunur, derin uyku süresi azalır, uyanma sıklıkları artar, sabah uyanma saatleri daha erkendir.

Yaşlı bireylerin %15-45'inde uykuya dalma güçlüğü, %20-65'inde uyku bölünmeleri, %10'unda dinlenmemiş olarak uyanma, %15-54'ünde sabah erken uyanma bildirilmiştir [41, 42]. Yaşlı kadınlarda postmenopozal dönemde hormon düzeylerindeki değişikliklerle ilişkili olarak, insomnia erkeklere göre daha sık görülmektedir [43]. 55 yaş üstü erişkinleri içeren bir çalışmada bireylerin %67'sinin haftanın en az birkaç günü uyku problemi yaşadıkları saptanmıştır [44]. Tedavisiz insomnia sosyal, kognitif fonksiyon bozukluğuna neden olur ve majör depresyon riskini arttırır [43].

Uyku bozukluklarında alınması gerekli önlemler [45, 46]: Uyku saatine ve hijyenine dikkat edilmesi, diurnal ritmin düzene girmesi için güneşli saatlerde yürüyüş yapılması, eşlik

eden ek hastalıkların, kronik ağrıların, depresyonun, noktürilerin tedavi edilmesi, yatmaya yakın sıvı alımının ve gıda tüketiminin kısıtlanmasıdır.

2.4.6. Obezite

Obezite ve yaşlı nüfusun artması nedeniyle dünya genelinde obez yaşlı bireylerin yüzdesi artış göstermektedir. Yaşlı bireylerde obezite oranı kadınlarda erkeklerden daha yüksektir. 2014 yılında obez olan yaşlı kadınların oranı %32,8 iken yaşlı erkeklerin oranı %17,7'dir [47].

Fazla kilo ve obezite; özefagus, kolorektal, meme, endometriyal ve renal kanser gibi birçok malignite türüyle bağlantılıdır. Obezitenin, yılda 110.000 meme kanseri vakası dahil olmak üzere 2012'deki kanserlerin %3.4'ünden sorumlu olduğu saptanmıstır [37].

Yaşam beklentisinin artmasıyla obeziteye bağlı metabolik sendrom, diyabet, artrit, kardiyovasküler hastalıklar, üriner inkontinans, depresyon gibi hastalıklara yatkınlıkta artış göstermektedir. Bir diğer önemli nokta ise, yaşla birlikte yaşam tarzlarındaki değişiklikleri ve immobilitenin artışı sonucu olarak vücutta aşırı yağ dokusu birikimine yol açan kronik pozitif enerji dengesi oluşmakta ve hastalıklara yatkınlık artmaktadır. Dolayısıyla hem yaşlanma hem de obezite ciddi sağlık problemlerine neden olarak ve morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır [48].

2.4.7. Asetilsalisilik Asit

Aspirin (ASA; asetilsalisilik asit) hem kanser hem de kardiyovasküler hastalık riskini azaltabilir. Aspirinin, trombositlerdeki COX-1 (siklooksijenaz1)'i geri dönüşümsüz olarak asetillemesi ile (75-100mg/gün dozunda) kardiyovasküler faydaları oluşmaktadır. Aspirinin net faydası, artan kardiyovasküler hastalık (KVH) riski ile belirginleşmektedir. Örneğin, 5 yıllık KVH riski %1 olan her 1000 hastada aspirin kullanımı 1-4 kalp krizini engellerken, riski %5 olan grupta 6-20 miyokard enfarktüsünü (MI) engellenmektedir. Aspirin, kadınları ilk olarak iskemik inmeden, erkekleri ise MI'dan korumaktadır [49]. Yaşlılarda düşük doz aspirin tedavisi ile gastrointestinal sistem kanamaları olabileceği bildirilmiştir, bu nedenle ASA kullanan yaşlı bireylere PPI (proton pompa inhibitörü) tedavisi eklenmelidir. Yapılan dengeleme analizine göre kanama riski ile MI ve stroke riski gözden geçirilmeli ve karar

verme aşamasında, kar–zarar oranına göre ASA kullanımı kişilerin durumuna göre bireysel planlanmalıdır [50, 51].

2.4.8. Aşı

Bağışıklama, temel sağlık hizmetlerinin önemli bileşenlerinden birisi olup yaş gruplarına göre bu hizmetin kapsamı değişmektedir. Amaç bağışıklık düzeyini istenilen seviyeye getirmektir. İnfluenza, pnömokok, tetenoz ve herpes zoster aşıları yaşlı bireylerin sağlığının korunmasında kullanılmakta ve uygulanması önerilmektedir [52].

2.4.8.1.İnfluenza Aşısı

İnfluenza, yaşlı bireylerde gençlere göre daha şiddetli komplikasyonlara neden olabilir [53]:

- Pnömoni,
- Miyokardit,
- Kronik bronşit, kronik obstüktif akciğer hastalığı (KOAH) diğer solunum yolu hastalıklarının kötüleşmesi.

Yaşlı bireylerde influenza'dan ölüm riski yaklaşık ~10 kat daha fazladır [54]. İnfluenza aşılaması ile KOAH ve pnömoniden ölümlerin azalmasına ilave olarak SVO (Serebrovasküler hastalık), kanser, DM, böbrek yetmezliğinden ölümlerde de azalma olduğu gösterilmiştir [55].

DSÖ' nün 2003 yılında yapılan Genel Kurulu'nda 2006 yılına kadar taraf ülkelerin %50' sinde ve 2010 yılına kadar da %100'ünde yaşlı bireylerin influenza aşışı olabilmesi ile ilgili karar alınmıştır. 65 yaş üstü bireylere ve kronik hastalığı olan herhangi bir yaştaki bireye yılda bir kez ekim-ocak ayları arasında influenza aşısı yaptırması önerilir. Ülkemizde de mevsimsel grip aşısı altmış beş yaş ve üzeri grup için sağlık kurumlarında ücretsiz olarak yapılmaktadır.

2.4.8.2. Pnömokok Aşısı

İnvaziv streptokokus pnömoni hastane ve toplum kaynaklı pnömonilerin çoğunluğundan sorumludur, hastaneye yatışları ve ölüm oranlarını da arttırmaktadır [52]. Konjuge pnömokok aşısı (PCV13) ve polisakkarit pnömokok aşısı (PPSV23) olmak üzere pnömokok aşısının iki

tipi vardır. Daha önce aşılanmamış yaşlı bireylerde mümkünse önce konjuge aşı ile başlanması ve bir yıl sonra polisakkarid aşının yapılması önerilmektedir. Önce polisakkarid aşı yapılan bireylere bu aşıdan bir yıl sonra konjuge aşı yapılmalıdır. Altmış beş yaşından sonra tek doz polisakkarid aşı ve tek doz konjuge aşı uygulanması yeterlidir, rapel doza gerek yoktur [56]. Pnömokok aşısının etkinliği %60-64 olup yaklaşık olarak 9-10 yıl koruyuculuğu sürmektedir [57].

2014'te pnömokok aşılama programı başladıktan sonra Japonya'da yapılan retrospektif bir çalışmada, yaşlı hastalarda pnömokok aşısı olanların hastanede daha kısa süre yattıkları ve daha az sağlık harcamasına neden oldukları gösterilmiştir [58].

2.4.8.3. Tetanoz Aşısı

Clostridium tetani bakterisi tarafından üretilen toksinlerin neden olduğu tetanoz enfeksiyonu DSÖ'nün 2002 yılında açıkladığı rapora göre dünya genelinde her yıl 213.000 ölüme neden olmaktadır. Tetanoz vakalarının çoğu, immun sistem zayıflığı olan veya aşılanmamış yaşlı bireylerdir. 10 yılda bir, her yetişkin bireye tetanoz/ difteri aşısı tekrarlanmalıdır. Daha önce primer aşılama hiç yapılmamışsa seri 3 doz aşı uygulanmalıdır [59].

2.4.8.4. Herpes Zoster

Yaşlı bireylerde, immün sisteminin zayıflamasıyla varicella zoster virüsü herpes zoster (zona zoster) enfeksiyonuna yol açar. Hastalık dermatom boyunca ağrılı lokalize veziküler lezyon şeklinde kendini gösterir. Lezyonlar belirmeden bir hafta önce tutulan bölgede yanma, batma şeklinde ağrıyla başlar. 65 yaş üzeri bireylerde tek doz zoster aşısı subkutan uygulama ile önerilmektedir. Aşı öncesi bireyin daha önce zoster enfeksiyonunu geçirip geçirmediği dikkate alınmamaktadır. Zona sonrası postherpetik nevralji riskini %67, zona riskini %51 azaltır. İmmün yetmezliği olan bireylerde kullanılmamalıdır [60].

2.4.8.5. Covid-19

Tüm dünyayı etkisi altına alan yeni koronavirüs hastalığına (SARS-CoV-2) bağlı pandeminin etkilerini en aza indirebilmek için bütün dünya yoğun bir çaba göstermektedir. Covid-19 enfeksiyonuna yakalanan hastaların ölüm oranı genç bireylerde %1, 60 yaş üzerinde %4, 70 yaş üzerinde %9, 80 yaş üzerinde %18'dir [61]. Covid-19'a karşı maske-mesafe-hijyen korunma önlemleri alınmalı ve onay alan aşılar toplumda yaygın olarak uygulanmalı ve toplumsal bağışıklık sağlanmalıdır [61].

2.5. Sekonder koruma

Sekonder koruma, hastalıkları erken teşhis ederek morbidite ve mortaliteyi azaltmayı hedefler. Kanser taraması, işitme veya görme bozukluğu, kemik mineral dansitesi, kan basıncı, lipid parametrelerinin ölçümü ve abdominal ultrasonagrafi yapmak ikincil koruma örnekleridir.

Hipertansiyon, obezite, dislipidemi, DM, abdominal aort anevrizması gibi kardiyovasküler risk faktörlerinin taranmasının yanında; tiroid fonksiyon bozuklukları, meme kanseri, prostat kanseri, serviks kanseri, kolorektal kanser, osteoporoz, depresyon, kognitif fonksiyon bozukluğu, görme ve işitme fonksiyonlarının değerlendirilmesine yönelik taramalar da yapılmalıdır [14].

Yaşlı bireylerde kanser taraması yapılırken; bireyin yaşam beklentisi, taramanın riskleri, hastanın komorbiditeleri dikkate alınmalıdır [62]. Araştırmalar, meme ve kolorektal kanser taramaları için en az 10 yıllık bir yaşam beklentisinin gerekli olduğunu göstermektedir; bu nedenle yaşam beklentisi 10 yıldan az olanlarda bu kanserlerin taranması önerilmez. Daha önce hiç prostat kanseri taraması yapılmamış 69 yaşından büyük bireylerde ise tarama yapılması önerilmemektedir. Serviks kanseri açısından ise 65 yaş üstü bireyin yeterli negatif tarama sonuçları öyküsü varsa tarama durdurulabilir [63].

2.6. Kanser Taraması

Dünya genelinde kanser, 2018'de yaklaşık 9,6 milyon ölüm veya altı ölümden biri ile önde gelen ölüm nedenlerinden ikincisidir. Meme, kolorektal, akciğer, serviks ve tiroid kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türleri iken, akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri erkeklerde en sık görülen kanserlerdir [64].

Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalar, ileri evre kanser tanısı konmuş kişilerin tedavisine göre, erken teşhis edilen kanser hastalarının tedavisinin 2 ile 4 kat daha ucuz olduğunu göstermiştir [65].

2.6.1. Meme Kanseri

Kadınlarda en sık görülen malignite olan meme kanseri mortalitesini azaltan tek tarama yöntemi mamografidir. Yaşam süresi beklentisi 10 yıldan fazla olan yaşlı bireylerde mamografi ile tarama yapılması önerilmektedir [52].

US Preventive Services Task Force (USPSTF) 50-74 yaş aralığındaki kadınlara 2 yılda bir mamografi yapılmasını önerirken, 75 yaş üstünde taramanın kar-zarar oranı hakkında yeterli veri olmaması nedeni ile öneride bulunamamaktadır [66].

Ülkemizde ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapılması önerilmektedir. Klinik meme muayenesi kırk yaşından itibaren yılda bir yapılmalıdır. Klinik meme muayenesinde herhangi bir bulgu saptandığında mamografi önerilir. Tarama amaçlı mamografi kırk-altmış dokuz yaş arası tüm kadınlara, her iki yılda bir, her iki meme için yapılmalıdır [60].

2.6.2. Kolorektal Kanserler

Amerikan kanser derneğine göre kolorektal kanser taraması 50 yaş üstü bireylerde;

1) Yılda bir gaitada gizli kan testi (GGK) veya fekal immunokimyasal yapılması,

2) 5 yılda bir sigmoidoskopi yapılması,

3) 10 yılda bir kolonoskopi yapılması önerilmektedir [67].

USPSTF kolorektal kanser taramasını 50-75 yaş aralığında önermektedir, ancak taramayı gerektirecek endikasyon (prekanseröz lezyon, uzun yaşam beklentisi gibi) olması durumunda 76-85 yaş aralığında da tarama yapılması önerilmektedir [68].

Sağlıklı ve uzun yaşam süresi beklentisi (en az 10 yıl) olan bireylerde yaşa bakılmaksızın tarama yapılması önerilmektedir [52].

2.6.3. Serviks Kanseri

Serviks kanseri taramasında servikal sitoloji inceleme yöntemi olan pap smear testi kullanılmaktadır. Düzenli jinekolojik muayene ve pap smear taramasının serviks kanseri riskini %80'in üzerinde azaltmaktadır. Ulusal kanser kontrol programına göre 30-65 yaş aralığındaki tüm kadınlarda, 5 yılda bir pap smear ile tarama yapılmalıdır. Yapılan son iki pap smear testi negatif olan altmış beş yaşındaki kadınlarda tarama sonlandırılmalıdır [60].

2.6.4. Prostat Kanseri

Ortalama riske sahip 50 yaş ve üzeri erkeklerde, beklenen sağ kalım süresi 10 yıldan fazla ise, prostat spesifik antijen (PSA) ve rektal muayene ile prostat kanseri taramasının, hasta bilgilendirilerek ve hastanın taramayı kabul etmesi halinde, ilk ölçülen PSA< 2.5 ng/ml ise 2 yılda bir, PSA> 2,5 ng/ml ise senede bir PSA ile tarama yapılması önerilebilir [69]. Ancak prostat kanseri taraması tartışmalı bir konudur. Erken evre kanserleri tespit etmek için PSA testi kullanılabilir ancak bu tarama programının faydalı olup olmayacağı henüz net değildir [59].

2.6.5. Akciğer Kanseri

Balgam sitolojisi ve akciğer grafisi ile tarama yapılması uygun değildir [52]. 55-74 yaş aralığındaki 30 paket/yıl sigara içme öyküsü olan ya da aktif sigara içen ya da 15 yıl içinde sigarayı bırakan bireylere, kar-zarar durumu konuşularak, yılda bir bilgisayarlı tomografi (BT) ile tarama yapılabilir [69].

2.7. Kronik Hastalık Taraması

Yaş arttıkça kronik hastalık oranı artar. Yaşlı bireylerin %50'sinin en az 2 ek hastalığı , %80'nin ise en az 1 ek hastalığı vardır [5].

2.7.1. Diabetes Mellitus

Tarama açlık serum glukoz ölçümüyle veya HbA1C ölçümüyle yapılabilir. Yaşla birlikte taramanın faydası azalmaktadır. 75-80 yaşlarından itibaren yaşam beklentisi, risk faktörleri ve gereksiz tedavi ihtimali göz önüne alınıp tarama kararı ona göre verilmelidir [70]. USPSTF, aşırı kilolu veya obez olan 40 ile 70 yaş arası yetişkinlerde kardiyovasküler risk değerlendirmesinin bir parçası olarak kan şekeri taraması yapılmasını önerir [71].

2.7.2. Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi

40 yaş ve üzerindeki kişiler, kardiyovasküler risk değerlendirmesi kılavuzuna uygun şekilde iki yılda bir taranmalıdır. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılan kişiler, hastalık risk durumu değişene kadar düşük riskli (%1'den az) olanlar için iki yılda bir, orta riskli (%5-4) olanlar için altı ayda bir, yüksek (%5-9) ve çok yüksek (%10 ve üzeri) riskli olanlar için ise en az üç ayda bir, kişiye özel izlem sıklığı belirlenerek izlenir [13].

2.7.3. Hipertansiyon:

Hipertansiyon prevalansı %23,7'dir. Kadınlarda %26,1, erkeklerde ise prevalans %21.1'dir. Yaşla birlikte hem kadınlarda hem de erkeklerde hipertansiyon prevalansı artmaktadır. Geriatrik popülasyonda hipertansiyon prevalansı yüzde 68'dir (kadınlarda % 76, erkeklerde % 59) [17].

2021 USPSTF kılavuzuna göre, hipertansiyon riski altında olanlar ve 40 yaş üstü yetişkinler için her yıl hipertansiyon taraması yapılmalıdır. Kardiyovasküler hastalık risk faktörleri olmayan ve kan basıncı normal olan (KB< 130/80 mmHg) , 18 ile 39 yaş arasındaki yetişkinler ise her 3-5 yılda bir hipertansiyon acısından taranmalıdır.

Hipertansiyon Değerlendirme Kılavuzuna göre 18 yaş ve üzerindeki bireylerde kan basıncı ölçümüne yılda bir kez bakılarak hipertansiyon taraması yapılmalıdır [13].

2.7.4. Hiperlipidemi

Yüksek LDL (düşük yoğunluklu lipoprotein) kolesterol, düşük HDL (yüksek yoğunluklu lipoprotein) kolesterol seviyesi özellikle koroner kalp hastalığı açısından önemli bir risk faktörüdür.

Dünya Sağlık Örgütü koroner arter hastalığı nedeniyle yılda 4 milyondan fazla ölüm gerçekleştiğini bildirmekte ve bu ölümlerin yarısından fazlasının nedeninin dislipidemi olduğu düşünülmektedir [72]. Ülkemizde dislipidemi prevalansı 65-74 yaş arası kadınlarda %52,5, erkeklerde %33,4; 75 yaş ve üzeri kadınlarda %46,1, erkeklerde %28,8 olarak saptanmıştır [73].

Tarama biyokimya tetkiki ile yapılmaktadır; total kolesterol, trigliserid, LDL ve HDL düzeyi değerlendirilir [74]. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 65 yaş ve üstü bireylerde lipid profil taramasının yılda bir kez yapılmasını önermektedir.

2.7.5. Osteoporoz

Kemik mineral yoğunluğu ölçümünde Dual Enerji X-Ray Absorpsiyometri (DEXA) tetkiki kullanılmaktadır [75].

Osteoporoz açısından ülkemizde 65 yaş ve üstü tüm bireylerin yılda bir kez biyokimya testleri (kalsiyum, tam kan sayımı, kreatinin, alkalen fosfataz, tiroid stimülan hormon, 25-hidroksivitamin D ölçümleri ve vertebral kırığı olanlarda protein elektroforezi) yaptırması, 65 yaş ve üstü kadınlar ile 70 yaş ve üstü erkeklerin ise en az bir kez DEXA ölçümü yaptırması önerilmektedir [76].

USPSTF, 65 yaş ve üzerindeki kadınlara kemik dansitometrisi ile rutin olarak osteoporoz taraması önermektedir. USPSTF ayrıca osteoporotik kırık riski yüksek olan kadınlar için rutin taramanın 60 yaşında başlamasını önermektedir [77].

2.7.6. Abdominal Aort Anevrizması

55 yaş üstü bireylerde, abdominal aort anevrizması (AAA) ölümlerin %1,5'inin nedenidir. Anevrizmaya bağlı ölümleri azaltmak için, anevrizma rüptüre olmadan erken tanı konmalı ve uygun zamanda gerekli girişimler yapılmalıdır [78].

Tek seferlik yapılan abdominal ultrasonografi, AAA'sını saptamak için yeterlidir [78]. AAA taramasının, erkeklerde anevrizmaya bağlı ölümleri azalttığı gösterilmiştir [79]. Hastalığın prevalansı kadınlarda daha düşük olması nedeni ile taramanın kadınlarda etkili olduğu gösterilememiştir [80]. Sağlık Bakanlığı sigara öyküsü olan 65-75 yaş arası erkeklerde, en azından bir kere abdominal ultrasonografi ile tarama yapılmasını önermektedir [81, 82].

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Çalışma Protokolü

Çalışma 65 yaş ve üstü bireylerin primer ve sekonder koruma konusundaki bilgi, tutum ve davranış durumunu incelemek amacıyla yapılmış kesitsel tipte analitik bir araştırmadır. Araştırmaya 1 aralık 2021-1 şubat 2022 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma Hastanesi'ne başvuran 65 yaş üstü bireyler dahil edilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak yüz yüze yapılan anket formları uygulanmıştır. Anket formlarında bireylerin demografik bilgilerini, primer ve sekonder koruma hakkındaki bilgi ve tutumlarını ölçmeyi hedefleyen 24 adet soru bulunmaktadır. Çalışmamız Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 19/12/2021 tarihli 2021/385 nolu kararına göre çalışılmaya uygun görülmüştür. Sonuçlar arasındaki ilişki korelasyon ve regresyon analizleri ile SPSS-22 kullanılarak analiz edilmiştir.

3.2. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

65 yaş ve üstü erkek ve kadın bireyler.

3.3. Çalışmadan Dışlanma Kriteri

65 yaş altı bireyler, 65 yaş ve üstü demans ve deliryum tanılı hastalar.

3.4. Verilerin Analizi

Gaziantep Üniversitesi hastanesine başvuran geriatri hastaların %77,3'ünde kanser tarama testleri hakkında farkındalığının olması beklentisinin %5 kesinlik ve %95 güven ile tahmin etmek için gerekli minimum hasta sayısı 229 olarak belirlenmiştir (N=1500). Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro Wilk testi ile test edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, normal dağılan sayısal değişkenler için ortalama standart sapma ve normal dağılmayan sayısal değişkenler için medyan (%25-%75) değerleri ile verilmiştir. Çalışma için gerekli olan tüm analizler SPSS-22 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Ayrıca kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar Ki-kare analizi ile test edilmiştir. Tüm istatistiksel karşılaştırma testlerinde, p değerinin 0.05'ten küçük olması durumunda gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Değişkenlerin ve Anket Sorularının Analizi

Araştırmaya Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma Hastanesi Geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri toplam 403 birey katılmıştır. Katılan bireylerin dermografik özellikleri tablo 4.1.1. de belirtilmiştir.

Tablo 4.1.1. Katılan bireylerin demografik özellikleri

Değişkenler	**N**	**%**
Yaş (ortalama)	71,28 ± 6,19	
Cinsiyet		
Kadın	204	50.6
Erkek	199	49,3
Medeni durum		
Bekar	9	2,2
Evli	322	79,9
Vefat/ayrılmış	72	17,8
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	152	37,7
İlk/orta okul	201	49,8
Lise	32	7,9
Üniversite	18	4,4
Sosyal güvence		
Var	386	95,7
Yok	17	4,2
Vücut kitle indeksi	28,29 ± 5,38	
İlaç sayısı (ortalama)	3,6 ± 2,83	

Katılımcılar kronik hastalıklar açısından sorgulandığında en fazla kronik hastalık hipertansiyon, sonraki hastalıkların diyabetes mellitus ve koroner arter hastalığı olduğu izlenmiştir (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.2. Araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalık durumu

	N	%
Kronik hastalık		
Diyabetes mellitus	172	42,6
Hipertansiyon	237	58,8
Koroner arter hastalığı	141	34,9
Hiperlipidemi	74	18,3
Osteoporoz	41	10,1
Astım	22	5,4
KOAH*	7	1,7
Romatolojik hastalık	9	2,2
Malignite	29	7,1
Serebrovasküler hastalık	4	0,9
Kronik böbrek hastalığı	33	8,1
Kronik karaciğer hastalığı	1	0,2
Kalp yetmezliği	4	0,9
Renal transplantasyon	5	1,2
Diğer hastalıklar	87	21,5

*KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı,

Bireylerin %36,4'ünün çevresinde kanser öyküsü mevcut olup, en sık meme ve akciğer kanseri öyküsü bulunmaktadır. Bireylerin sadece %40,7'si fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir. Sigara-alkol tüketimi, asetilsalisilik asit kullanımı, kanser öyküsü, egzersiz yapma öyküsü tabloda belirtilmiştir (Tablo 4.1.3)

Tablo 4.1.3. Bireylerin kanser öyküsü, sigara-alkol tüketimi, asetilsalisilik asit kullanımı, egzersiz yapma durumu

	N	%
Kanser öyküsü		
Yok	256	63,6
Eş	27	6,7
Birinci derece akraba	91	22,6
İkinci derece akraba	22	5,4
Uzak akraba- tanıdık	6	1,4
Varsa hangi kanser		
Meme kanseri	22	15,7
Serviks kanser	3	2,0
Kolorektal kanser	8	5,4
Prostat kanseri	10	6,8
Akciğer kanseri	18	12,3
Beyin tümörü	5	3,4
Diğer kanser türleri	80	54,7
Sigara		
Evet	56	13,9
Hayır	347	86,1
Alkol		
Evet	8	1,9
Hayır	395	98,0
Asetilsalisilik asit		
Evet	200	49,6
Hayır	203	50,3
Egzersiz		
Hayır	239	59,3
Haftada birden az	67	16,6
Haftada 1-3	32	7,9
Haftada üçten fazla	65	16,1

Bireylerin %62,2'sinin günlük 1,5-2 litre su tükettiği, %45,6'sının tuz tüketimine dikkat ettiği gözlemlenmiştir (Tablo 4.1.4).

Tablo 4.1.4. Katılımcıların beslenme düzeni

	N	%
Beslenme		
Süt ürünleri (400 cc/ 120 gr)		
Evet	318	78,9
Hayır	85	21,0
Et ürünleri (80-120 gr)		
Evet	317	78,6
Hayır	86	21,3
Hazır gıda		
Evet	89	22,0
Hayır	314	77,9
Sebze ve meyve (500 gr)		
Evet	366	90,8
Hayır	37	9,1
1.5-2 litre su		
Evet	251	62,2
Hayır	152	37,7
Gazlı ve şekerli içecek		
Evet	71	17,6
Hayır	332	82,3
Az tuzlu/ tuzsuz yemek		
Evet	184	45,6
Hayır	219	54,3
Ek gıda		
Evet	63	15,6
Hayır	340	84,3

Yaşlı bireylerin sağlığının korunmasında önemli bir yeri olan, uygulanması gereken aşılar konusunda katılımcılarımızın aşı yaptırma oranı %34,2 olarak izlenmiştir (Tablo 4.1.5).

Tablo 4.1.5. Bireylerin rutin aşı yaptırma analizi

	N	%
Aşı		
İnfluenza		
Evet	111	27,5
Hayır	292	72,4
Pnömokok		
Evet	46	11,4
Hayır	355	88,5
Herpes zoster		
Evet	8	1,9
Hayır	395	98,0
Tetenoz		
Evet	24	5,9
Hayır	379	94,0
Covid 19- Biontech		
Evet	273	67,7
Hayır	130	32,2
Covid 19- Sinovac		
Evet	292	72,4
Hayır	111	27,5

Çalışmamıza katılan kişilere kanser taraması konusunda bilgi sahibi olup olmadığı sorulduğunda %46,9'unun bilgi sahibi olduğu, ancak katılımcıların %41,6'sının tarama yaptırdığı öğrenilmiştir. Bilgi edinme yönteminde aile hekimlerinin katkısı büyüktür. En yüksek oran ile yaptırılan taramanın mamografi olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.6).

Tablo 4.1.6. Kanser taraması

Kanser taraması	**N**	**%**
Kanser taraması konusunda bilginiz var mı?		
Hayır	214	53,1
Aile hekimi	87	21,5
Diğer doktorlar	63	15,6
Hemşire/ sağlık çalışanı	10	2,4
Görsel basın	12	2,9
Diğer	17	4,2
Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?		
Evet	168	41,6
Hayır	235	58,3
Hangi kanser taramalarını yaptırdınız?		
Mamografi		
Evet	84	20,9
Hayır	318	79,1
Pap smear		
Evet	50	12,4
Hayır	353	87,5
PSA*		
Evet	43	10,6
Hayır	360	89,3
Kolonoskopi		
Evet	50	12,4
Hayır	353	87,5
Gaytada gizli kan		
Evet	33	8,2
Hayır	368	91,7
Toraks tomografisi		
Evet	37	9,1
Hayır	366	90,8
Diğer kanser taramaları		
Evet	23	5,7
Hayır	380	94,2

*PSA: Prostat spesifik antijen

Kanser taraması yaptırmayan bireylere yaptırmama nedeni sorulmuş olup en sık nedenin bilgi eksikliğinin olması nedeni ile tarama yaptırmamış olduğu ve daha önce kanser taraması yaptırmayan grubun %24,3'ünün tarama yaptırmak istediği öğrenilmiştir (Tablo 4.1.7).

Tablo 4.1.7. Kanser taraması yaptırmama nedeni

	N	**%**
Kanser taraması yaptırmama nedeni?		
Kötü haberden korkma	15	6,2
Sağlık çalışanından utanma	5	2,0
Zaman bulamama	19	7,8
Bilgi eksikliği	109	45,2
Sağlıklı olduğunu düşünme	67	27,8
Taramanın faydasız olduğunu düşünme	7	2,9
Başka bir neden	19	7,8
Tarama yaptırmak istiyor musunuz?		
Evet	59	24,3
Hayır	183	75,6

Katılımcılara daha önce kronik hastalıklar açısından tarama yaptırıp yaptırmadığı sorulmuş olup en düşük oran ile aort anevrizması açısından tarama yaptırıldığı öğrenilmiştir (Tablo 4.1.8).

Tablo 4.1.8. Kronik hastalık taraması

Kronik hastalık	N	%
Daha önce kronik hastalık taraması yaptırdınız mı?		
Diyabetes mellitus		
Evet	295	73,2
Hayır	108	26,8
Hipertansiyon		
Evet	300	74,4
Hayır	103	25,5
Hiperlipidemi		
Evet	248	61,5
Hayır	155	38,4
Osteoporoz		
Evet	137	34
Hayır	266	66
Aort anevrizması		
Evet	64	15,8
Hayır	339	84,1

4.2. Anket Sorularının Karşılaştırılması

Kronik hastalık öyküsü olan ve olmayan bireyler ile diğer değişkenler karşılaştırılmıştır. Kronik hastalığın olması durumu ile aşı yaptırma, egzersiz yapma, kronik hastalık taraması yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre kronik hastalığı olanlar daha çok aşı olurken kronik hastalığı olmayanların çoğunun aşı yaptırmadığı ($p=0,045$), kronik hastalığı olan katılımcıların fiziksel aktivite yapma oranının daha yüksek olduğu ($p=0,023$) ve kronik hastalıklar açısından daha fazla tarama yaptırdığı ($p=0,008$) izlenmiştir (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1. "Kronik hastalığınız var mı?" sorusunun diğer değişkenlere göre değişimi

Değişkenler	Kronik hastalık var		Kronik hastalık yok		P
	N	%	N	%	
Kanser öyküsü					0,388
Var	134	36	12	30	
Yok	229	63	28	70	
Kanser tarama testleri hakkında bilgi					0,055
Var	176	48	13	32	
Yok	187	51	27	67	
Rutin aşı					0,045*
Evet	130	35	8	20	
Hayır	233	64	32	80	
Egzersiz					0,023*
Evet	141	38	23	57	
Hayır	222	61	17	42	
Kronik hastalık taraması					0,008*
Evet	299	82	26	65	
Hayır	64	17	14	35	

*P<0.05

Çevresinde kanser öyküsü olan ve olamayan bireyler ile aşı yaptırma, kronik hastalık taraması yaptırma, kanser taraması bilgi düzeyi durumu karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.2. Kanser öyküsü olan bireyler ile diğer değişkenlerin ilişkisi

Değişkenler	Kanser öyküsü var		Kanser öyküsü yok		P
	N	%	N	%	
Kanser tarama testleri hakkında bilgi					0,251
Var	74	50	115	44	
Yok	72	49	142	55	
Rutin aşı					0,513
Evet	47	32	91	35	
Hayır	99	67	166	64	
Kronik hastalık taraması					0,648
Evet	116	79	209	81	
Hayır	30	20	48	18	

Egzersiz yapan veya yapmayan katılımcılar ile diğer değişkenler karşılaştırıldığında anlamlı farklılık izlenmemiştir (tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.3. Egzersiz yapan bireyler ile diğer değişkenlerin ilişkisi

Değişkenler	Egzersiz yapan bireyler	Yapmayan bireyler	P
Kanser tarama testleri hakkında bilgi	**N %**	**N %**	0,369
Var	105 43	84 51	
Yok	134 56	80 48	
Rutin aşı			
Evet	79 33	59 35	0,544
Hayır	160 66	105 64	
Kronik hastalık taraması			
Evet	198 82	127 77	0,177
Hayır	41 17	37 22	

Kanser taraması konusunda bilgi sahibi olma durumu ile diğer parametreler arasında anlamlı bir ilişki izlenmemiştir (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.4. Kanser taraması hakkında bilgi sahibi olan bireyler ile diğer değişkenlerin ilişkisi

Değişkenler	Kanser taraması hakkında bilgim var	Kanser taraması hakkında bilgim yok	P
Kanser öyküsü	**N %**	**N %**	0,251
Var	74 39	72 33	
Yok	115 60	142 66	
Rutin aşı			
Evet	65 34	73 34	0,953
Hayır	124 65	141 65	
Kronik hastalık taraması			
Evet	158 83	167 78	0,159
Hayır	31 16	47 21	

Osteoporoz taraması yaptırma oranı cinsiyetlere göre analiz edilmiş olup, kadın bireylerin osteoporoz yaptırma oranının erkek bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.5).

Tablo 4.2.5. Osteoporoz taraması yaptıran bireylerde cinsiyet analizi

	Kadın	**Erkek**	**P**
Osteoporoz taraması yaptırdınız mı ?	**N (%)**	**N (%)**	
Evet	104 (50.9)	33 (16,5)	**0.001***
Hayır	100 (49,0)	166 (83,4)	

*P<0.05

Katılımcılar cinsiyet ayrımına göre analiz edilmiş olup kadın bireylerin daha düşük oranda sigara kullandığı, daha fazla kronik hastalık taraması yaptırdığı saptanmıştır. Egzersiz yapma oranında erkek bireylerde kadınlara göre anlamlı farklılık izlenmiştir (Tablo 4.2.6, tablo 4.2.7).

Tablo 4.2.6. Cinsiyet ayrımına göre diğer değişkenlerin analizi

Değişkenler	**Kadın**	**Erkek**	**P**
Yaş grubu	N %	N %	
Genç yaşlı	141 69	149 74	0,369
Orta yaşlı	53 25	44 22	
İleri yaşlı	10 4	6 3	
Sigara			
Evet	13 6	43 21	0,001*
Hayır	191 93	156 78	
Egzersiz			
Evet	63 30	101 50	0,001*
Hayır	141 69	98 49	
Rutin aşı			
Evet	67 32	71 35	0,549
Hayır	137 67	128 64	
Covid-19 aşı			
Evet	185 90	189 94	0,096
Hayır	19 9	10 5	
Kanser öyküsü			
Var	82 40	64 32	0,093
Yok	122 59	135 84	

*P<0.05

Tablo 4.2.7. Cinsiyet ayrımına göre kronik hastalık taraması yaptırma analizi

Değişkenler	Kadın	Erkek	P
Kronik hastalık taraması Evet Hayır	**N %** 173 84 31 15	**N %** 152 76 47 23	0,032*
DM taraması Evet Hayır	153 75 51 25	142 71 57 28	0,409
HT taraması Evet Hayır	160 78 44 21	140 70 59 29	0,063
Hiperlipidemi taraması Evet Hayır	132 64 72 35	116 58 83 41	0,186
Osteoporoz taraması Evet Hayır	104 50 100 49	33 16 166 83	0,001*

*P<0.05

Bireyler genç yaşlı (65-74 yaş), orta yaşlı (75-84 yaş), ileri yaşlı (85 yaş ve üstü) olarak sınıflandılmış olup diğer değişkenler ile analiz edilmiştir, egzersiz, coivd-19 aşısı, kanser taraması konusunda bilgi sahibi olma durumunda anlamlı farklılık saptanmıştır. Egzersiz yapma oranı, covid-19 aşısı yaptırma oranı ve kanser taraması konusunda bilgi sahibi olma durumu genç yaşlı bireylerde daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.2.8.).

Tablo 4.2.8. Yaş grubuna göre diğer değişkenlerin analizi

	Yaş grubu			
Değişkenler	**Genç yaşlı**	**Orta yaşlı**	**İleri yaşlı**	**P**
Sigara	**N %**	**N %**	**N %**	
Evet	46 15	9 9	1 6	0,178
Hayır	244 84	88 90	15 93	
Egzersiz				
Evet	131 45	30 30	3 18	0,009*
Hayır	159 54	67 69	13 81	
Rutin aşı				
Evet	92 31	40 41	6 37	0,223
Hayır	198 68	57 58	10 62	
Covid-19 aşı				
Evet	277 95	82 84	15 93	0,001*
Hayır	13 4	15 15	1 6	
Kanser öyküsü				
Var	110 37	31 31	5 31	0,522
Yok	180 62	66 68	11 68	
Kanser taraması bilgi				
Var	148 51	37 38	4 25	0,018*
Yok	142 48	60 61	12 75	
Kanser taraması				
Yaptırdım	131 45	33 34	13 81	0,060
Yaptırmadım	159 54	64 65	3 18	
Kronik hastalık taraması	228 78	84 86	13 81	
Evet	62 21	13 13	3 18	0,227
Hayır				

*P<0.05

Aşı yaptırma, kanser taraması yaptırma ve kronik hastalık taraması yaptırma durumları üzerinde etkili olabilecek değişkenlerin analizinde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. İlaç sayısı ve sigara kullanımı aşı yaptırma durumunda etkili olan değişkenler olarak belirlenmiştir (p<0,05). İlaç sayısı bir birim arttıkça aşı yaptırma durumu 0,83 kat azalmaktadır. Sigara içmek aşı durumunu sigara içmemeye göre 2,12 kat artırmaktadır (Tablo 4.2.9).

Tablo 4.2.9. Aşı yaptırma durumu için lojistik regresyon analizi

	B	S.E.	P	Exp(B)	%95 C.I.For EXP(B)	
Değişkenler					Lower	Upper
Yaş	-,018	,018	,311	,982	,948	1.017
BMI*	,031	,022	,163	1,031	,988	1,077
Kr* hastalık sayısı	,063	,120	,599	1,065	,842	1,348
İlaç sayısı	-,186	,054	**,001***	,830	,747	,924
Cinsiyet (Erkek)	-,256	,232	,270	0,774	,491	1,220
Sigara (İçiyor)	,756	,366	**,039***	2,129	,1,039	4,364
Alkol (Kullanıyor)	,339	,868	,696	1,404	,256	7,697

BMI: Body mass index, Kr: Kronik. *P<0.05

Yaş ve cinsiyet kanser taraması yaptırma durumunda etkili olan değişkenler olarak belirlenmiştir (p<0,05). Yaş bir birim arttıkça kanser taraması yaptırma oranı 1,039 kat artmaktadır. Kadınların kanser taraması yaptırma durumu erkeklere göre 2,05 kat daha fazladır (Tablo 4.2.10).

Tablo 4.2.10. Kanser taraması üzerinde etkili olabilecek değişkenlerin analizi

	B	S.E.	P	Exp(B)	%95 C.I.For EXP(B)	
Değişkenler					Lower	Upper
Yaş (Yıl)	,039	,018	**,031***	1,039	1,004	1,076
BMI (kg/m^2)	,008	,021	,688	1,008	,968	1,050
Kr hastalık sayısı	-,077	,114	,503	,926	,740	1,159
İlaç sayısı	-,002	,052	,967	,998	,902	1,104
Cinsiyet (Erkek)	,719	,223	**,001***	2,052	1,325	3,178
Sigara (İçiyor)	,313	,329	,341	1,367	,718	2,604
Alkol (kullanıyor)	-1,274	,761	,094	,280	,063	1,242

*P<0.05

Kronik hastalık taraması yaptırma durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir değişken bulunamamıştır (Tablo 4.2.11)

Tablo 4.2.11. Kronik hastalık tarama üzerinde etkili olabilecek değişkenlerin analizi

	B	S.E.	P	Exp(B)	%95 C.I.For EXP(B)	
Değişkenler					Lower	Upper
Yaş (Yıl)	-,032	,023	,157	,968	,926	1,013
BMI (kg/m^2)	-,026	,027	,333	,974	,924	1,027
Kr hastalık sayısı	,004	,148	,980	1,004	,751	1,341
İlaç sayısı	-,097	,072	,176	,907	,788	1,044
Cinsiyet (Erkek)	,387	,277	,162	1,473	,856	2,533
Sigara (İçiyor)	,274	,355	,440	1,315	,656	2,635
Alkol (Kullanıyor)	-,872	1,096	,426	,418	,049	3,579

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda yaşlı bireylerin primer ve sekonder korumada farkındalık durumunu belirlemek amaçlanmıştır. Araştırmamızda kronik hastalığı olan bireyler aşı ve egzersiz konusunda daha fazla farkındalığa sahip iken kanser taraması konusunda anlamlı değişiklik saptanmamıştır. İlaç sayısı arttıkça aşı yaptırma oranı azalmaktadır. Sigara içmeyen bireylerin aşılanma düzeyi daha yüksek oranda izlenmiştir. Kadın bireylerin osteoporoz taraması yaptırma oranının erkek bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yaş arttıkça kanser taraması yaptırma oranı artmaktadır, kadınlar erkeklere göre daha fazla kanser taraması yaptırmaktadır. Yaşlı bireylerde primer ve sekonder koruma farkındalığı konusu ile ilgili veriler kısıtlıdır, bu durumun araştırılması alınabilecek önlemler açısından önemlidir.

2000 yılında kanser nedenli mortalite oranları, primer koruma ile yaklaşık %13 ve sekonder koruma ile %6 oranında azaltılmıştır [83]. Amerikalı erkeklerde birincil önleme ile akciğer kanseri ve kardiyovasküler hastalık nedenli ölüm oranının azaltıldığı saptanmıştır. Erkeklerde akciğer kanseri mortalitesi Amerika Birleşik Devletleri'nde otuz yılda üçte bir oranında azalmıştır [84]. Bunun nedeni sadece tıbbi bakımın daha iyi şartlarda sağlanması değil, aynı zamanda sigarayı bırakma, antihipertansif ve statin ilaçlarının kullanımı gibi primer koruma ile sağlanmıştır. Kanser ve kronik hastalıklarda primer ve sekonder koruma önlemleri, insidans oranlarının azaltılmasında, erken tanı konulmasında, morbidite ve mortalitenin azaltılmasında çok önemli bir etkiye sahiptir.

Her yıl ülkemizde sigara tüketimi ile bağlantılı hastalıklardan ölen insanların sayısı yaklaşık olarak 110.000'dir ve bu rakamın 2030 yılı itibariyle 240.000'e yaklaşması tahmin edilmektedir [85]. Yaş ortalaması 33 olan 304 kişinin katıldığı bir çalışmada katılımcıların %37,2'sinin sigara içtiği gözlemlenmiştir [86]. 174 yaşlı bireyin katıldığı İzmir'de yapılan bir çalışmada katılımcıların %18,5'inin sigara içtiği, %20,7'sinin alkol kullandığı gözlemlenmiştir [87]. Bizim çalışmamızda ise bu oranlar sırası ile %13,9 ve %1,9 olarak bulunmuştur. TEKHARF çalışmasında yaşlı bireylerde sigara içme oranları erişkin bireylere göre daha düşük izlenmiştir [88]. Literatüre baktığımızda ileri yaşta sigara ve alkol tüketimi genç yaşlara göre daha az olduğu gözlenmektedir, bizim çalışmamız da bu durumu doğrular niteliktedir.

On bin yaşlı yetişkin üzerinde yapılan bir analizde, egzersiz yapmayan bireylerin sakatlık nedeni ile ölme ihtimali egzersiz yapan bireylere göre 2 kat daha yüksek saptanmıştır [89].

268 yaşlı bireyin katıldığı bir başka çalışmada katılımcıların %17,2'sinin egzersiz yaptığı izlenmiştir [90], bizim çalışmamızda ise bu oran daha yüksektir (%40,7). Ancak katılımcılarımızın çoğunluğu hiç fiziksel aktivite yapmamaktadır, egzersiz konusunda daha fazla bilgilendirmeye ihtiyaç vardır.

Rutin aşılara baktığımızda en fazla yaptırılan aşının influenza aşısı olduğu, herpes zoster aşısının yaptırılma oranının ise çok düşük seviyelerde olduğunu gözlemledik. Varan ve arkadaşlarının yapmış olduğu 65 yaş ve üstü 210 hastanın katıldığı bir çalışmada influenza aşısı yaptırma oranı %40, pnömokok aşısı yaptırma oranı %9, tetanoz aşısı yaptırma oranı %4, zona aşısı yaptırma oranı %1 olarak bulunmuştur [91]. Kendi çalışmamızda ise katılımcılarımızın %27,5'i influenza, %11,4'ü pnömokok, %1,9'u herpeszoster, %5,9'u tetenoz aşısı yaptırdığını saptadık. Portekiz'de yapılan 65 yaş ve üzeri 602 hastanın katıldığı bir çalışmada covid 19 aşısı yaptıranların oranı %60'dır [91]. Bizim çalışmamızda ise biontech aşısı yaptırma oranı %67,7, sinovac aşısı yaptıranların ise %72,4 saptanmıştır.

Yaşlı bireylerde aşı etkinliği erişkin bireylere oranla daha düşüktür [92]. İnfluenzaya bağlı morbidite ve mortalite oranları yaşlı bireylerde daha yüksek iken, aşı etkinliği çok daha düşük oranda olduğu saptanmıştır [92]. Hastalık yükünün yaşlılarda daha fazla olduğu herpes zoster enfeksiyonunda da, artan yaşla birlikte daha düşük aşı etkinliği izlenmektedir; 50-59 yaşlarındakilerde %69.8 iken 70 yaş ve üzerindekilerde %37.6'ya ve 80 yaş ve üzerindekilerde %18.3'e düşmektedir [93]. Kaçınılmaz olarak, yaşlı bireylerde daha düşük aşı etkinliği olması aşılamayı sağlık hizmeti sağlayıcıları için daha az ilgi çekici bir müdahale haline getirebilir. Bu durum aşılamadaki yetersizliğin, bilgi eksikliğinin nedenlerinden biri olabileceğini düşündürmektedir. Bunun yanı sıra yalnız yaşamanın, yaşlı bireylerde influenza aşısının daha az uygulanmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu da sorunun sosyal bir boyutu olduğuna işaret eder [94].

60 yaş ve üzeri 400 bireyin katıldığı rutin aşılar ile ilgili bir çalışmada bilgilendirme öncesi toplam aşılanan 10 (%2,5) kişi iken, bilgilendirme sonrasında bu oranın 43 (%10,8) kişiye çıktığı izlenmiştir. Sonuç; bireylerin yaşlı bağışıklaması hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıklarını göstermektedir [95]. Özellikle kapsamlı bakım ilkeleri ve bütüncül yaklaşım ile klinik süreci yöneten hekimlerinin bu konuda daha duyarlı olmaları aşılanma oranlarının yükselmesine katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda ilaç sayısı ve sigara kullanımı, aşı yaptırma konusunda etkili birer değişken olarak belirlenmiştir ($p<0,05$). İlaç sayısı bir birim arttıkça aşı yaptırma durumu 0,83 kat azalmaktadır. İlaç sayısı fazla olan bireylerin aşı yaptırma konusunda daha isteksiz oldukları düşünülmüştür. Sigara içmemek; aşı durumunu sigara içmeye göre 2,12 kat artırmaktadır. Sarıgül'ün yaptığı çalışmada erişkin bireylerde sigarayı bırakanlarda aşı olma oranı daha yüksekken (%67,9), hiç sigara kullanmayanların aşı olma oranları daha düşük (%40,9) saptanmıştır [96]. Bal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sigara kullanımı ile yaşlı bireylerin aşı yaptırma durumu arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir [97]. Sigara içmeyen yaşlı bireylerin aşılanma oranının daha fazla olması; bireylerde olumlu sağlık davranışı oluşturmanın sağlığı korumaya yönelik diğer davranışları da etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda osteoporoz taraması yaptırma oranının kadın bireylerde daha yüksek olduğu saptanmıştır. 40-66 yaş grubunda yapılan 236 bireyin katıldığı bir çalışmada osteoporoz farkındalığının kadın bireylerde daha yüksek seviyelerde olduğu gözlemlenmiştir [98]. Bu durum kadın bireylerin kendilerini risk altında görme durumu ile açıklanabilir. Osteoporoz hastalığının kadınlarda görüldüğü düşünüldüğü için erkeklerde tanı ve tedavi gecikmektedir. 50 yaş ve üzerindeki her beş erkekten biri yaşam boyu en az bir kez osteoporoza bağlı kırık ile karşılaşır. Osteoporoza bağlı kırıkların morbidite ve mortalitesi erkeklerde daha yüksektir [99]. Bu nedenle erkeklerde morbidite ve mortalitenin bu önemli nedeni hakkında bireylerin farkındalığını arttırmak gerekmektedir.

Varan ve arkadaşlarının yaptığı yaşlı hastaları içeren bir çalışmada kanser taraması konusunda hastaların %67'si bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Nereden bilgi edindiği sorgulandığında; hastaların %24'ünün doktorundan, %31'inin televizyon veya radyo üzerinden, %20'sinin ise komşu veya yakını vasıtası ile bilgi edinmiş olduğu ve bireylerin %33'ünün kanser taraması yaptırdığı bulunmuştur [91]. Bizim çalışmamızda ise bireylerin daha düşük oranda (%46,9) kanser taraması konusunda bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Bilgi sahibi olan bireylerin %21,5'inin aile hekiminden, %15,6'sının diğer branş doktorlarından, %2,4'ünün hemşire/sağlık çalışanından, %2,9'unun görsel basından öğrendiği, %4,2'sinin farklı yöntemlerle öğrendiğini ve katılımcıların %41,6'sının kanser taraması yaptırdığı öğrenilmiştir. Literatüre baktığımızda yetişkin bireylere yönelik yapılan çalışmalarda kanser taraması konusunda bilgi edinme yolu olarak görsel basın büyük önem arz ederken bizim

çalışmamızda görsel basın ile bilgi edinme oranı oldukça düşük bulunmuştur. Bunun nedeninin geriatrik bireylerin genç bireylere kıyasla görsel basından daha uzak bir yaşam tarzını tercih etmesi durumu olduğu düşünülebilir.

20-70 yaş aralığında, yaş ortalaması 43 olan 246 bireyin katıldığı bir çalışmada bireylerin %37'sinin kanser taraması yaptırdığı, mamografi yaptıranların oranı %43,9, pap smear testi yaptıranların oranı %37,4, kolonoskopi yaptıranların oranı %7,2 olarak bulunmuştur [100]. Bizim çalışmamızda bireylerin %41,6'sının kanser taraması yaptırdığı, mamografi yaptıranların oranı %20,9, pap smear yaptıranların %12,4, kolonoskopi yaptıranların %12,4 oranında olduğu tespit edilmiştir. Yetişkin bireyler ile geriatrik bireyleri karşılaştırdığımızda kanser taraması yaptırma oranında belirgin fark olmadığı, mamografi ve pap smear oranının geriatrik popülasyonda daha düşük, kolonoskopi yaptırma oranının ise daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ürdün'de 753 yaşlı bireyin katıldığı, kanser farkındalığına yönelik yapılan bir çalışmaya göre bireylerin kanser taraması yaptırmamasının en sık nedeni kişinin sağlıklı olduğunu düşünmesi saptanmıştır [101]. Kuzey Amerika ve Avrupa'da anket kullanılarak yapılan 42 çalışma incelenmiş, meme ve kolorektal kanser taramasının önündeki ana engeller, yaşlı yetişkinlerin kanser taramasının faydasına inanmaması, hastaların utanması, testten korkması ve tarama testleri için sağlık sigortasının olmaması olduğu görülmüştür [102]. Bizim çalışmamızda ise en sık nedenlerin bireylerin kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olmaması (%45,2) ve sağlıklı olduklarını düşünmeleri olarak görülmüş (%27,8), diğer nedenlerin ise çok daha düşük oranda olduğu izlenmiştir. Tarama yaptırmayan bireylere 'Tarama yaptırmak istiyor musunuz?' diye sorulduğunda bireylerin %75,6'sı hayır yanıtını vermiştir. Tarama yaptırılmamasının en büyük nedenlerinin bilgi eksikliği ve sağlıklı olma düşüncesinden durumundan kaynaklanması, kanser taraması konusunda bireylerin bilgi düzeyinin sağlanmasına yönelik toplum temelli çalışmaların arttırılmasının gerekliliğini göstermektedir.

Trabzon'da yetişkin bireyler için yapılan bir çalışmada ailesinde kanser öyküsü olan kişilerin kanser tarama testleri hakkında daha çok bilgiye sahip olduklarını ve bu testleri daha sık yaptırdıkları saptanmıştır [103]. Literatüre baktığımızda kanser öyküsü olan bireylerin kanser taramasını daha yüksek oranda yaptırdıkları görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise çevresinde kanser öyküsü olan bireylerin kanser tarama testleri hakkında bilgi düzeyi durumu,

aşı yaptırma durumu, kronik hastalık taraması yaptırma durumu değerlendirildiğinde anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Çevresinde kanser öyküsü olan bireylerin kanser taraması farkındalığının daha fazla olmasını beklerdik. Bunun nedeni katılımcılarımızın eğitim seviyelerinin düşük olmasından ve ileri yaşta olmalarından kaynaklanabilir.

Varan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Kanser taraması hakkında bilgi sahibi olma konusunda, kadın ve erkek cinsiyet arasında anlamlı fark yokken, kanser taraması yaptırma oranları, kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. (%82'ye karşın %42, p:0,003) [91]. Çalışmamızda kanser taraması konusunda bilgi sahibi olma durumu ile diğer parametreler arasında anlamlı bir ilişki izlenmemiştir ancak kanser taraması yaptırma durumunda yaş ve cinsiyet etkili olan değişkenler olarak belirlenmiştir ($p<0,05$). Yaş arttıkça kanser tarama yaptırma durumu 1,039 kat artmaktadır. Kadınların kanser tarama yaptırma durumu erkeklere göre 2,05 kat daha fazladır. Görüldüğü gibi kadınlar erkeklere oranla daha fazla kanser taraması yaptırmaktadır. Çalışmalar, kadınların kanser riski ve duydukları kaygının, erkeklere oranla daha yüksek olduğunu göstermiştir [104]. DSÖ 2020 istatistikleri, dünyada her 5 kişiden 1'nin hayatı boyunca kansere yakalandığını, her 8 erkekten 1'inin ve her 11 kadından 1'nin kanser nedeniyle öldüğünü göstermektedir. Erkeklerde kanser insidansı ve mortalitesi kadınlara göre daha yüksektir, bu durumun nedeni birincil önleme stratejilerini daha az kullanmalarından kaynaklanabilir. Yapılan bir çalışmada erkeklerin kadınlara oranla kanser semptomlarını sağlık merkezine bildirmeyi geciktirme olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır [105]. Bu durum bize erkeklerin kanser taraması farkındalığının daha düşük seviyelerde olduğunu düşündürmektedir. Bu sonuçlar eşliğinde erkekleri kanser taraması uygulamasına teşvik etmek için kadınlara kıyasla daha özel bir çabanın sağlanması gerektiğini düşünebiliriz.

Kronik hastalık öyküsü olan ve olmayan bireyler ile diğer değişkenler karşılaştırılmıştır. Kronik hastalığı olan katılımcılar ile kanser öyküsü olan bireyler ve kanser taraması konusunda bilgi sahibi olan bireyler arasında anlamlı ilişki izlenmemiştir. Yaş ortalaması 79 olan 2225 kişinin katıldığı bir çalışmada ise kronik hastalığı olan bireylerin kanser taraması yaptırma oranı daha yüksek bulunmuştur [106]. Komorbidite varlığının sağlık merkezi başvuru sıklığını arttırmasını göz önünde bulundurursak bireylerin kanser taraması konusunda farkındalığının daha yüksek olması ihtimali nedeni ile bizim çalışmamızda kronik hastalık öyküsü olan bireylerin kanser taraması yaptırma oranının daha yüksek olması beklenebilirdi

ancak anlamlı farklılık saptanmadı. Bunun nedeni bilgi eksikliğinin yanında katılımcılarımızın kronik hastalık yükü ve zaman bulamama nedeni ile tarama yaptırmak istememesi olabilir.

Ying ve arkadaşlarının yaptığı 175.085 yaşlı bireyin katıldığı bir çalışmada, 10 yıllık takip sürecinde AAA taramasının mortaliteyi önemli ölçüde azalttığı gözlemlenmiştir [79]. Bizim çalışmamızda bireylerin %15'i AAA açısından tarama yaptırmıştır. Ancak bu oran bile tesadüfen tarama yaptıran bireyler ile oluşmuştur, AAA tarama konusunda hastaları bilgilendirmek gerekmektedir. Literatüre baktığımızda yaşlı erkeklerde AAA tarama programlarının daha geniş uygulanması, AAA ile ilişkili mortalitenin önemli ölçüde azaldığı, maliyet etkinliğinde azalma gösterdiği bulunmuştur.

Çalışmamızda bireylerin kronik hastalığının olması durumu ile aşı yaptırma, egzersiz yapma, kronik hastalık taraması yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre kronik hastalığı olanların daha çok aşı yaptırdığı, fiziksel aktivite yapma oranının daha yüksek olduğu ve kronik hastalıklar açısından daha fazla tarama yaptırdığı izlenmiştir. Çin'de 803 geriatrik hastanın katıldığı bir anket çalışmasında ailesinde kronik hastalık öyküsü olan yaşlı bireylerin, hiç olmayanlara göre daha fazla bilgiye sahip olduğu gösterilmiştir [107]. 303 yaşlı bireyin katıldığı bir çalışmada kronik hastalığı olanlarda aşılanma oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir [108]. Sarıgül'ün yaptığı tez çalışmasında erişkin aşısı yaptırma oranı kronik hastalığı olanlarda (%33,8) olmayanlardan (%19,1) anlamlı yüksek çıkmıştır [96]. Bal ve ark.'nın çalışmasında ise kronik hastalık varlığı aşı yapma oranlarını etkilemediği gözlenmiştir [97]. Yıldız'ın çalışmasında 65 yaş üstünde aşılama oranlarının araştırılmış, kronik hastalık varlığı ile aşı yaptırma davranışı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır [109]. Bu konuda yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar analiz edilmiş olsada bizim çalışmamıza göre kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin primer koruma konusunda farkındalığının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ

Yaptığımız çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin daha çok aşı yaptırdığı, fiziksel aktivite yapma oranının daha yüksek olduğu ve kronik hastalıklar açısından daha fazla tarama yaptırdığı izlenmiştir. Kronik hastalığı olan bireyler aşı ve egzersiz konusunda daha fazla farkındalığa sahip iken kanser taraması konusunda anlamlı farklılığı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Kadın bireylerin osteoporoz taraması yaptırma oranının erkek bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür, erkeklerde osteoporoz farkındalığını arttırmak gerekmektedir. Katılımcılarımızın çoğunluğu hiç fiziksel aktivite yapmamaktadır, egzersiz konusunda daha fazla bilgilendirmeye ihtiyaç vardır. Rutin aşı yaptırma oranının çok düşük seviyelerde olduğu, en fazla yaptırılan aşının ise influenza aşısı olduğu gözlemlenmiştir. İlaç sayısı arttıkça aşı yaptırma oranı azalmaktadır. Sigara içmeyen bireylerin aşılanma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaş arttıkça kanser taraması yaptırma oranı artmaktadır, kadınlar erkeklere oranla daha fazla kanser taraması yaptırmaktadır. Tarama yaptırılmamasının en büyük nedenlerinin bilgi eksikliği ve sağlıklı olma düşüncesidir. Çevresinde kanser öyküsü olan bireylerin kanser tarama testleri hakkında bilgi düzeyi durumu, aşı yaptırma durumu, kronik hastalık taraması yaptırma durumu değerlendirildiğinde anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Kronik hastalıklar açısından tarama durumunu sorguladığımızda AAA taraması yaptırma oranının çok düşük seviyelerde olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcılar cinsiyet ayrımına göre analiz edilmiş olup kadın bireylerin daha düşük oranda sigara kullandığı, daha fazla kronik hastalık taraması yaptırdığı saptanmıştır. Egzersiz yapma oranında erkek bireylerde kadınlara göre anlamlı farklılık izlenmiştir. Bireyler genç yaşlı (65-74 yaş), orta yaşlı (75-84 yaş), ileri yaşlı (85 yaş ve üstü) olarak sınıflandırılmış olup diğer değişkenler ile analiz edilmiştir; egzersiz yapma oranı, covid-19 aşısı yaptırma oranı ve kanser taraması konusunda bilgi sahibi olma durumu genç yaşlı bireylerde daha yüksek oranda saptanmıştır.

Yaşlı bireylerin birçoğunda var olan veya ileri dönemlerde ortaya çıkabilecek hastalıkların farkına varılamamaktadır. Hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan semptomlar yaşlanma sürecinin doğal bir sonucu olduğu düşünülerek göz ardı edilmektedir. Bu nedenle tanılar gecikmekte ve yaşlı bireyler ek sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Hastalıklardan korumayı sağlamak için yaşlı sağlığını olumsuz etkileyen bu hastalıkların erken tanısına yönelik tarama çalışmaları yapılmalıdır. Herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvuran yaşlılar periyodik muayenelerden geçirilmelidir. Yaşlılara ve yaşlı yakınlarına yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan ve sıklığı artan sağlık sorunları ile bunlara

yönelik çözümler, alınması gereken önlemler ve erken tanının önemi anlatılmalıdır. Kapsamlı bakım ilkeleri ve bütüncül bir yaklaşım ile klinik süreci yöneten hekimlerinin bu konuda daha duyarlı olmaları yaşlılıkta yaşam kalitesinin artırılmasını, sağlıklı yaşlanmayı sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. KAYABEK, İ. and S.K. SİVRİKAYA, *TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞLI BAKIMI VE KARŞILAŞILAN SORUNLAR.* 2021.

2. Bagheri-Nesami, M., et al., *Association between self-care behaviors and self-esteem of rural elderlies; necessity of health promotion.* Materia Socio-Medica, 2016. 28: p. 41.

3. ALEXANDROVA, E., et al., *Health Sciences Research in the Globalizing World.* Turkey: ST Kliment Ohridski University Press Sofia, 2018.

4. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227#. *İstatistiklerle Yaşlılar, 2020*. 2021; Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227#.

5. Control, C.f.D. and Prevention, *The Merck Company Foundation. The State of Aging and Health in America 2007. The Merck Company Foundation, Whitehouse Station, NJ 2007*. 2008.

6. Bulut, Ü. and N. Özçakar, *Nasıl yaşlanıyoruz.* The Journal of Turkish Family Physician, 1999. 3: p. 1-5.

7. Yaşlılar, İ., *Türkiye İstatistik Kurumu. Resmi İstatistik Portalı*. 2019.

8. Çakmur, H., et al., *Ca Tanısı Almış Geriatrik Olguların Demografik İncelemesi.* Turkish Journal Of Geriatrics, 2000. 3: p. 11-14.

9. Overcash, J.A., et al., *The abbreviated comprehensive geriatric assessment (aCGA) for use in the older cancer patient as a prescreen: scoring and interpretation.* Critical reviews in oncology/hematology, 2006. 59: p. 205-210.

10. Hanson, G.J. *Current Geriatric Diagnosis and Treatment*. in *Mayo Clinic Proceedings*. 2004. Elsevier.

11. EŞME, M. and B. YAVUZ, *Kapsamlı geriatrik değerlendirmenin bileşenleri, amacı ve faydaları.* 2018.

12. Stuck, A.E., et al., *Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials.* The Lancet, 1993. 342: p. 1032-1036.

13. *AİLE HEKİMLİĞİ TARAMA VE TAKİP KATSAYISINA İLİŞKİN YÖNERGE*.hsgm. 30/06/2021.

14. Öztürk, A., et al., *Yaşlılık döneminde koruyucu sağlık bakımı.* Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 2016. 10.

15. KUTSAL, P.D.Y.G. *YAŞLANAN DÜNYAYA HAZIRLIK*. 2011; Available from: https://www.geriatri.org.tr/SempozyumKitap2011/3.pdf.

16. D, I.o.M.C.t.R.D.R.I.f.V., *Dietary reference intakes for calcium and vitamin D*. 2011, National Academies Press (US) Washington (DC).

17. IRMAK, U.D.H., et al., *TÜRKİYE BESLENME VE SAĞLIK ARAŞTIRMASI*, in *3*, U.D.H. IRMAK, et al., Editors. 2019, 3: 3. p. 500.

18. 2015, T., *TÜRKİYE BESLENME REHBERİ.* 2015.

19. Gül, Ş.K. and M. Akmansu, *Yaşlı Hastalarda Nütrisyon Desteği Nasıl Olmalı?* Turkish Journal of Oncology, 2021. 35.

20. Dipietro, L., et al., *Physical activity, injurious falls, and physical function in aging: an umbrella review.* Medicine and science in sports and exercise, 2019. 51. p. 1303.

21. Gutiérrez-Ortiz, C., et al., *Miller Fisher syndrome and polyneuritis cranialis in COVID-19.* Neurology, 2020. 95: p. e601-e605.

22. Ahlskog, J.E., et al. *Physical exercise as a preventive or disease-modifying treatment of dementia and brain aging*. in *Mayo Clinic Proceedings*. 2011. Elsevier.

23. Stessman, J., et al., *Physical activity, function, and longevity among the very old.* Archives of internal medicine, 2009. 169: p. 1476-1483.

24. AKBAŞ, E., et al., *Sigara kullanımının lenfosit yaşam süresi ve genotoksik etkilerinin incelenmesi.* Geriatri, 2001. 4: p. 15-18.

25. Organization, W.H., *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. 2009: World Health Organization.

26. Burns, D.M., *Cigarette smoking among the elderly: disease consequences and the benefits of cessation.* American Journal of Health Promotion, 2000. 14: p. 357-361.

27. Eriksen, M.P., J. Mackay, and H. Ross, *The tobacco atlas*. Vol. 72. 2012: Citeseer.

28. LaCroix, A.Z., et al., *Smoking and mortality among older men and women in three communities.* New England Journal of Medicine, 1991. 324: p. 1619-1625.

29. Ezzati, M., et al., *Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality.* Circulation, 2005. 112: p. 489-497.

30. Doolan, D.M. and E.S. Froelicher, *Efficacy of smoking cessation intervention among special populations: review of the literature from 2000 to 2005.* Nursing research, 2006. 55: p. S29-S37.

31. Malarcher, A., S. Torne, and K. Jackson, *Surveillance for selected tobacco use behaviors—United States, 1900-2005*. MMWR.

32. Şahin, U. and G. Güven, *Yaşlılarda sigara kullanımı ve bıraktırmaya yönelik çabalar: Uğraşmaya değer mi.* Akad Geriatri, 2011. 3: p. 1-12.

33. General, U.S.P.H.S.O.o.t.S., C.f.C.D. Prevention, and H.P.O.o. Smoking, *The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General*. 1990: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers ….

34. Russell, M., et al., *Effect of general practitioners' advice against smoking.* Br med J, 1979. 2: p. 231-235.

35. Gellert, C., B. Schöttker, and H. Brenner, *Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis.* Archives of internal medicine, 2012. 172: p. 837-844.

36. Gnanadesigan, N. and C.H. Fung, *Quality indicators for screening and prevention in vulnerable elders.* Journal of the American Geriatrics Society, 2007. 55: p. S417-S423.

37. WHO , k.ö. *KANSER ÖNLEME*. 2022; Available from: https://www.who.int/activities/preventing-cancer.

38. Sabuncuoğlu, S. and H. Özgüneş, *Yaşlılıkta Alkol Kullanımına Bağlı İlaç Etkileşmeleri.* Hacettepe University Journal of the Faculty of Pharmacy: p. 116-130.

39. Fink, A., et al., *An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol.* Journal of the American Geriatrics Society, 2005. 53: p. 1937-1943.

40. Abuse, N.I.o.A. and Alcoholism, *Helping Patients Who Drink Too Much, A Clinician's Guide*. 2007.

41. Fok, M., et al., *Incidence and persistence of sleep complaints in a community older population.* International journal of geriatric psychiatry, 2010. 25: p. 37-45.

42. Blay, S.L., S.B. Andreoli, and F.L. Gastal, *Prevalence of self-reported sleep disturbance among older adults and the association of disturbed sleep with service demand and medical conditions.* International psychogeriatrics, 2008. 20: p. 582-595.

43. Özol, D. and S. Özvurmaz, *Yaşlı Hastalarda Uyku ve Uyku Bozuklukları.* https://www. solunum. org. tr/tusaddata/book/677/17102018114822-031. pdf. Bölüm, 2018. 31: p. 345-354.

44. Jaussent, I., et al., *Hypnotics and mortality in an elderly general population: a 12-year prospective study.* BMC medicine, 2013. 11: p. 1-11.

45. Floyd, J.A., *Sleep promotion in adults.* 1999.

46. AKDEMİR, N., *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. 2021: Akademisyen Kitabevi.

47. Tabloları, H., *Türkiye İstatistik Kurumu http://www. tuik. gov. tr.* UstMenu. do, 2013.

48. Valli, A., A.L. Harris, and B.M. Kessler, *Hypoxia metabolism in ageing.* Aging (Albany NY), 2015. 7: p. 465.

49. Moore, A. and A.G.S.C.P. Committee, *Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults.* New York: American Geriatrics Society, 2003.

50. Ridker, P.M., et al., *A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women.* New England Journal of Medicine, 2005. 352: p. 1293-1304.

51. Shrank, W.H., W.J.M. Polinski, and J. Avorn, *Quality indicators for medication use in vulnerable elders.* 2007.

52. NAHARCI, M.İ., *Geriatrik Yaş Grubunda Koruyucu Hekimlik UygulamalarI.* 2018.

53. WHO, I., *Fact sheet No. 211, March 2014*.

54. Fiore, A.E., et al., *Prevention and control of influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010.* 2010.

55. Wang, C.-S., et al., *Impact of influenza vaccination on major cause-specific mortality.* Vaccine, 2007. 25: p. 1196-1203.

56. Rehberi, E.B., *EKMUD*. 2016, Mayıs.

57. TOPAKTAŞ, S., *BAŞ DÖNMESİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM.* Güncel Pratik Tıp, 2013: p. 124.

58. Naito, T., et al., *Pneumococcal vaccination reduces in-hospital mortality, length of stay and medical expenditure in hospitalized elderly patients.* Journal of Infection and Chemotherapy, 2020. 26: p. 715-721.

59. Halter, J., et al., *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. 2009: McGraw-Hill Prof Med/Tech.

60. ATLI, T., et al., *YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ.* YAŞLI SAĞLIĞI MODÜLLERİ: p. 195.

61. Şengelen, Ö.G.D.M., *Yaşlılık döneminde bağışıklama çalışmaları ve COVID-19.* İLERİ YAŞ GRUBUNA: p. 32.

62. Snyder, A.H., A. Magnuson, and A.M. Westcott, *Cancer screening in older adults.* Medical Clinics, 2016. 100: p. 1101-1110.

63. Salzman, B., K. Beldowski, and A. de La Paz, *Cancer screening in older patients.* American family physician, 2016. 93: p. 659-667.

64. who, c. *cancer*. 2022; Available from: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1.

65. who, e.k.t., *erken kanser teşhisi.* 2022.

66. Force*, U.P.S.T., *Screening for breast cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement.* Annals of internal medicine, 2009. 151: p. 716-726.

67. Smith, R.A., et al., *American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer.* CA: a cancer journal for clinicians, 2002. 52: p. 8-22.

68. Bibbins-Domingo, K., et al., *Screening for colorectal cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement.* Jama, 2016. 315: p. 2564-2575.

69. Smith, R.A., et al., *Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening.* CA: a cancer journal for clinicians, 2019. 69: p. 184-210.

70. Palmer, R., et al., *Current geriatric diagnosis and treatment*. 2004: McGraw Hill Professional.

71. Siu, A.L. and U.P.S.T. Force*, *Screening for abnormal blood glucose and type 2 diabetes mellitus: US Preventive Services Task Force recommendation statement.* Annals of internal medicine, 2015. 163: p. 861-868.

72. Expert Panel on Detection, E., *Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III).* Jama, 2001. 285: p. 2486-2497.

73. Ünal, B., et al., *Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması.* Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2013. 5.

74. Altunok, H., et al., *Yaşlılık döneminde önerilen tarama testleri.* TAF Preventive Medicine Bulletin, 2016. 15.

75. Bartl, R. and B. Frisch, *Osteoporosis: diagnosis, prevention, therapy*. 2009: Springer Science & Business Media.

76. ÖZKAN, S., *Aile hekimliği Uygulamasında Önerilen periyodik sağlık Muayeneleri ve tarama Testleri.* 2015.

77. Nelson, H., et al., *US Preventive Services Task Force Screening for breast cancer: an update for the US Preventive Services Task Force.* Ann Intern Med, 2009. 151: p. 727-737.

78. Altuğ, K., *Kalp Damar ve Solunum Sistemi Tarama Önerileri.* Klinik Tıp Aile Hekimliği. 9: p. 15-21.

79. Scott, R. and M.A.S.S. Group, *The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial.* The Lancet, 2002. 360: p. 1531-1539.

80. Scott, R., et al., *Influence of screening on the incidence of ruptured abdominal aortic aneurysm: 5-year results of a randomized controlled study.* Journal of British Surgery, 1995. 82: p. 1066-1070.

81. Afetler, G.Ç. and Z. Çobanoğlu, *Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Birinci Baskı. 7 Mühendislik Etiği-Kimyasal Hiroşima'nın 21.* Yılı, Talınlı İ., İTÜ Kimya Mühendisliği, 2005.

82. LeFevre, M.L. and U.P.S.T. Force*, *Screening for abdominal aortic aneurysm: US Preventive Services Task Force recommendation statement.* Annals of internal medicine, 2014. 161: p. 281-290.

83. Adami, H.-O., et al., *Primary and secondary prevention in the reduction of cancer morbidity and mortality.* European journal of cancer, 2001. 37: p. 118-127.

84. Siegel Rebecca, L. and D. Miller Kimberly, *Jemal Ahmedin. Cancer statistics, 2019.* CA: a cancer journal for clinicians, 2019. 69: p. 7-34.

85. Mucan, B. and C. Moodie, *Young adult smokers' perceptions of plain packs, numbered packs and pack inserts in Turkey: a focus group study.* Tobacco control, 2018. 27: p. 631-636.

86. DURMUŞ, B., Ö.İ. GÜNERİ, and A. İNCEKIRIK, *Bireylerin Sigara Alışkanlıklarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Negatif Binom Regresyon Analizi.* Yönetim ve Ekonomi Dergisi. 28: p. 717-730.

87. Taşkın, C., Ş. Dağhan, and A. Kalkım, *Yaşlı bireylerin kolorektal kanserin riskleri ve erken tanısına yönelik bilgi düzeylerinin ve bu kanserle ilişkili risklerinin incelenmesi.* Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014. 5: p. 88-93.

88. Onat, A., et al., *Sigara içiminde koroner ölüm riski boyutu ve Türk erkeklerinde basiret, kadınlarında olumsuz gidiş: TEKHARF Çalışması kohortunun 5 yıl izlenmesi.* Türk Kardiyol Dern Arş, 1996. 24: p. 243-50.

89. Leveille, S.G., et al., *Aging successfully until death in old age: opportunities for increasing active life expectancy.* American Journal of Epidemiology, 1999. 149: p. 654-664.

90. ASLAN, G. and A.B. BAKAN, *65-74 YAŞ ARALIĞINDAKİ BİREYLERDE FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNİN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ.* Sağlık Bilimleri Dergisi. 31: p. 66-70.

91. VARAN, H.D., et al., *Geriatri Polikliniğine Başvuran Yaşlı Hastalarda Erişkin Aşılama ve Kanser Taraması Farkındalığı.* Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 52: p. 251-256.

92. Black, S., E. De Gregorio, and R. Rappuoli, *Developing vaccines for an aging population.* Science translational medicine, 2015. 7: p. 281ps8-281ps8.

93. Schmader, K.E., et al., *Efficacy, safety, and tolerability of herpes zoster vaccine in persons aged 50–59 years.* Clinical infectious diseases, 2012. 54: p. 922-928.

94. Jain, A., et al., *Lower vaccine uptake amongst older individuals living alone: A systematic review and meta-analysis of social determinants of vaccine uptake.* Vaccine, 2017. 35: p. 2315-2328.

95. Korkmaz, S.B., *Yaşlılarda aşılanma durumu ve bilgilendirmenin etkisi.* 2016.

96. Sarigül, B., *Aile hekimliğine başvuran bireylerin aşı hakkındaki davranış, bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi.* 2019.

97. Bal, H., *Mersin ilindeki bir aile sağlığı merkezine kayıtlı altmış beş yaş ve üstü bireylerin erişkin aşılama durumları ve etkileyen faktörler*. 2016, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

98. Göksugüzel, G., *Kemik mineral yoğunluğu istenen bireylerin osteoporoz sağlık inancı, bilgi düzeyi ve risk faktörlerinin belirlenmesi*. 2011, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

99. Yavuz, D.G., *ERKEK OSTEOPOROZU*.

100. Karabulut Özer, M., *Yetişkin bireylerin kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları.* 2019.

101. Ahmad, M.M. and E. Al-Gamal, *Predictors of cancer awareness among older adult individuals in Jordan.* Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2015. 15: p. 10927-10932.

102. Vedel, I., et al., *Barriers and facilitators to breast and colorectal cancer screening of older adults in primary care: a systematic review.* Journal of Geriatric Oncology, 2011. 2: p. 85-98.

103. Bayçelebi, G., *Trabzon bölgesinde risk gruplarının kanser erken tanısına yönelik tarama testlerini yaptırma oranları.* 2011.

104. Sach, T.H. and D.K. Whynes, *Men and women: beliefs about cancer and about screening.* BMC public health, 2009. 9: p. 1-10.

105. Evans, R.E., et al., *Gender differences in early detection of cancer.* Journal of Men's Health and Gender, 2005. 2: p. 209-217.

106. Heflin, M.T., et al., *The effect of comorbid illness on receipt of cancer screening by older people*. Journal of the American Geriatrics Society, 2002. 50: p. 1651-1658.

107. Song, Y., et al., *Chronic diseases knowledge and related factors among the elderly in Jinan, China*. PLoS One, 2013. 8: p. e68599.

108. Mutlu, H.H., F.O. Coşkun, and M. SARGIN, *Aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş ve üstü kişilerde aşılanma sıklığı ve farkındalığı.* Ankara Medical Journal, 2018. 18: p. 1-13.

109. Yildiz, O., *Yaşlılarda bağışıklanma durumu, hekimlerin yaşlı bağışıklaması konusundaki tutumları ve yaşlı bağışıklanmasını iyileştirebilecek önlemler.* 2015.

8. EKLER

Ek:1- 65 yaş ve üstü bireylerin primer ve sekonder koruma farkındalığının değerlendirilmesi anket formu

1. Yaş: ……..

2. Cinsiyet: Kadın ( ) Erkek ( )

3. Medeni durum: Evli ( ) Bekar ( ) Eşi vefat etmiş/ayrılmış ( )

4. Öğrenim durumu: Okuryazarlık yok ( ) İlkokul ( ) Lise ( ) Üniversite/yükseklisans ( )

5. Çoğunlukla ikamet ettiğiniz bölge? Kentsel bölge ( ) Kırsal bölge ( )

6. Sosyal güvenceniz var mı? Var ( ) Yok ( )

7. Boy……. Kilo…….. BMI

8. Kronik bir hastalığınız var mı? Hayır ( ) Evet ( )

( ) Var ise yazınız :
( ) Diyabet
( ) Yüksek tansiyon
( ) Kalp hastalığı
( ) Yüksek kolesterol
( ) Osteoporoz
( ) Diğer: …… Ne kadar süredir var……

9. Sürekli kullandığız bir ilaç var mı? Evet ( ) Hayır ( ) Evet ise ne ilacı olduğunu yazınız…….Ne kadar süredir kullanıyorsunuz…….

10. Ailede / Çevrenizde kanser öyküsü var mı? Evet ( ) Hayır ( )

11.Varsa hangi akrabanız / yakınınız: … … … … … (Yazınız)

( ) Eş

( ) 1. Derece akraba: Anne, baba, kardeş, çocuk

( ) 2. Derece akraba: Anne ve babanın kardeşleri (hala, teyze, amca, dayı), yeğen, dede ve babaanne

( ) Uzak akraba / tanıdık

Varsa hangi kanser: ……(Yazınız)

( ) Meme kanseri

( ) Rahim ağzı kanseri

( ) Kolorektal (Barsak) kanseri

( ) Prostat kanseri ( ) Diğer…

12. Sigara içiyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )

13. Alkol tüketiyor musunuz? Evet ( ) Hayır( )

14. Aspirin kullanıyor musunuz? Evet ( ) Hayır( )

15. Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

Haftada 1 den az yapıyorum.	
Haftada 1-3 gün yapıyorum.	
Haftada 3 den fazla yapıyorum.	

16. Yeterli ve sağlıklı besleniyor musunuz?

	Evet	Hayır
Süt ve süt ürünleri tüketiyorum.		
Et ve et ürünleri tüketiyorum.		
Hazır gıda tüketiyorum.		
Günde 2-3 porsiyon sebze ve meyve tüketiyorum.		
Günlük 1,5-2 litre su içiyorum.		
Gazlı ve şekerli içeçek tüketiyorum.		
Az tuzlu/ tuzsuz yemek tercih ediyorum.		
Ek gıda alıyorum (Vitamin/ Bitkisel ürün).		

17. Aşı yaptırdınız mı?

	Evet	Hayır	Evetise ne zaman
Mevsimsel grip aşısı			
Pnömokok aşısı			
Zona aşısı (Herpeszoster)			
Tetanoz aşısı			
Covid 19 aşısı Biontech			
Covid 19 aşısı Sinovac			

18. Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı? Evet var ( ) Kısmen var ( ) Hayır yok ( )

19. Bilginiz var ise kanser tarama testlerini nereden öğrendiniz ?

( ) Aile hekimimden
( ) Diğer branş hekiminden
( ) Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarından
( ) Görsel basın (Televizyon , internet)
( ) Diğer…….(Varsa yazınız)

20. Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı? Hiç yaptırmadım ( ) En az bir kez tarama yaptırdım ( )

21. Hangi kanser taramalarını yaptırdınız? (Daha önce tarama yaptıranlar İçin)

( ) Mamografi
( ) Papsmear/hpvdna
( ) Psa
( ) Kolonoskopi
( ) Gaitada gizli kan
( ) Akciğer tomografisi
( ) Diğer…….(Varsa yazınız)

22. Daha önce kanser taraması yaptırmayanlar için tarama yaptırmama sebebiniz nedir?

( ) Kötü haberden korkma
( ) Sağlık çalışanından / tetkik yaptırmaktan utanma
( ) Zaman bulamama
( ) Kanser taramaları hakkında bilgim olmadığı için
( ) Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için
( ) Kanser taramasının faydasının olmayacağını düşündüğüm için
( )Diğer …….(Varsa yazınız)

23. Kanser taraması yaptırmadıysanız yaptırmayı istiyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )

24. Daha önce kronik hastalık taraması yaptırdınız mı? Hayır( ) Evet ise:

	Evet	Hayır
Diyabet		
Hipertansiyon		
Hiperlipidemi		
Osteoporoz		
Aort anevrizması		