

# Huzurevindeki Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Bireye Özgü Etkenler ile İlişkisi

Alev KILIÇOĞLU \*, Çınar YENİLMEZ \*\*

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesine etki eden bireysel etkenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma için Eskişehir Maide Bolel Huzurevi'nde kalan 61 yaşlıyla görüşüldü. Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test (E-SMMT)'den 24 puanın altında alanlar dışlandı ve 39 yaşlı çalışmaya alındı. Çalışmaya katılan yaşlılara sosyodemografik veri anketi, Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği (YDÖ), yaşam kalitesini değerlendirmek üzere Kısa Form-36 (SF-36) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) uygulandı ve diğer değişkenlerin SF-36 alt ölçek puanlarıyla ilişkileri değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen yaşlıların 7'si kadın, 32'si erkekti ve yaş ortalamaları 72.69'du. İncelenen değişkenlerden yaş, eğitim durumu, herhangi bir özrü'nün olup olmaması, günlük işlerde zorlanma, sağlığıyla ilgili endişe, herhangi bir hobisinin olması, kitap okuma, sosyal etkinliklere katılma, egzersiz yapma, depresyon, yeti yitimi ve algılanan sosyal destek SF-36 alt ölçekleriyle anlamlı olarak ilişkili bulundu.

**Sonuç:** Huzurevlerinde sosyal etkinliklerin artırılması, yaşlıların kendilerine hobi olarak edinebilecekleri faaliyetlerin çeşitlendirilmesi ve egzersiz programlarının olması buradaki yaşam kalitesine olumlu katkı sağlayacaktır. Huzurevlerinde depresyonun taranması ve uygun tedavinin yapılması bile tek başına bu grupta yaşam kalitesini arttırmaya yardımcı olabilir. Bununla birlikte yeti yitimine neden olan etkenlerin belirlenerek ortadan kaldırılacak veya hafifletilebilecek etkenlere müdahale edilmesi de bu açıdan yararlı olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Yaşam kalitesi, huzurevi, yaşlı, SF-36

Düşünen Adam; 2005, 18(4):187-195

## ABSTRACT

### The Evaluation of Quality of Life and Related Individual Factors in Nursing Home Residents

**Objective:** In this study we aimed to evaluate quality of life and individual factors influencing quality of life in nursing home residents.

**Method:** We assessed 61 elderly residents of Eskişehir Maide Bolel Nursing Home. The residents who got less than 24 points in Standardized Mini Mental Test For The Uneducated were excluded and 39 of the residents were included in the study. A questionnaire on demographic data which was formed by the authors, Geriatric Depression Scale, Short Form-36 (SF-36) Multidimensional Scale of Perceived Social Support and Brief Disability Questionnaire were administered. We evaluated the relationship between the variables and SF-36 subscale scores.

**Results:** 7 of the elderly included in the study were female and 32 were male. The mean age was 72.69. Significant relationship between SF-36 subscales and age, level of education, having a disability, reading, joining social activities, exercise, having a hobby, the presence of depression, disability scores and perceived social support was found.

**Conclusion:** Increasing social facilities, presenting various kinds of hobbies that the elderly can accept and having exercise programs in nursing homes will help to increase quality of life in these places. Screening depression and giving appropriate treatments by itself will also increase quality of life in these elderly. Revealing the factors causing disability and making interventions in order to relieve these factors will also help.

**Key words:** Quality of life, nursing home, elderly, SF-36

## GİRİŞ

Yapılan nüfus sayımları ve bu konudaki araştırmalar dünyadaki yaşlı nüfusun giderek arttığını göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 1970 ile 2025 arasındaki yaşlı nüfus artış oranının % 223 olacağı tahmin edilmektedir (1). Ülkemizde ise, 1990-2003 yılları arasında 65 yaş ve üstü nüfus oranı % 4.3'den % 8'e çıkmıştır. Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün 7 Şubat 2003 tarihli verilerine göre, 70 milyon 5 bin nüfusu olan Türkiye'de 5 milyon 666 bin yaşlı nüfus bulunmaktadır (2). Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte bu yaş grubundaki özel sorunlarda artış olmaktadır. Özellikle bedensel ve ruhsal hastalıklar, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesinin yükseltilmesini amaçlayan "aktif yaşlanma" kavramını geliştirmiştir (1). Dünya Sağlık Örgütü "aktif yaşlanma"yı insanların yaşlanırken yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla sağlık, katılım ve güvenlik ihtiyaçlarının optimum düzeye çıkarılması olarak tanımlamaktadır. Buradaki aktif terimi yaşlının sadece fiziksel olarak aktif olmasını veya işgücü sağlamasını değil sosyal, ekonomik, kültürel ve dini etkinliklere de aktif katılımını içermektedir. Tüm bunlar yaşlılık döneminin daha kaliteli geçirilmesini sağlamaya yönelik adımlardır ve huzurevleri de yaşlıların giderek daha çok kullanmaya başladıkları kurumlar olarak bu adımlardan bağımsız olarak düşünülemez.

Ülkemizde huzurevleri genel olarak "düşülen" yerler olarak değerlendirilmektedir. Bunun nedenleri hem huzurevlerinin uygun koşulları sağlamakta zorlanması, hem de belki de daha çok, bizim kültürümüzde aileye verilen değerdir. Yaşlı kişiler huzurevlerinde kalmalarını aileden uzaklaştırılma ve istenmeme olarak algılamaktadırlar. Ancak, nüfusumuzun yaşlanmasıyla

la ve endüstrileşmeyle birlikte huzurevlerinin gelecekte çok daha fazla önem kazanacağı açıktır. Bu açıdan bakıldığında buralarda kalan yaşlıların yaşam kalitesinin yeterli düzeye çıkarılması için girişimlerde bulunulması yaşlıların en azından bu kurumlarla ilgili sıkıntılarını azaltacak ve huzurevlerinin artan yaşlı nüfus için daha iyi bir alternatif olmasını sağlayacaktır.

Huzurevlerinde kalan yaşlıların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde onların kendi evinde kalmalara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (3). Yaşlılıkta yaşam kalitesini araştıran çalışmaların çoğunda bağımsız yaşamayı engelleyen fiziksel hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü bulunmuştur (4,5). Bununla birlikte yeti yitimine yol açan ve özellikle 60'lı yaşlarda sıklığında artış görülen depresyon da yaşam kalitesini düşüren önemli bir etken olarak saptanmıştır (4). Çalışmalar fiziksel aktivitede bulunanlar ve boş zamanlarını değerlendiren yaşlıların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu da göstermiştir (6,7). Huzurevlerinde kalan yaşlıların yaşam kalitesini etkileyebilecek tüm bu değişkenlerin incelenmesi bu alandaki müdahaleler için veri sağlayacaktır.

Biz bu çalışmada Eskişehir Maide Bolel Huzurevi'nde kalan yaşlıların yaşam kalitelerini ve bireysel olarak yaşam kalitelerine etki eden faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız için Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'ndan resmi izin alındı. Çalışma sırasında huzurevinde 87 yaşlı kalmaktaydı. Ancak, yaşlıların bir kısmının izinli olması bir kısmının da çalışmaya katılmak istememesi nedeniyle 61 yaşlıyla görüşüldü. Görüşmeler araştırmacılar ve çalışma öncesinde anket ve ölçekler konusunda eğitim verilen stajyer doktorlar

tarafından yapıldı. Yaşlılara eğitimsizler için standardize mini mental test (E-SMMT) (8,9) uygulandı. Uygulanacak ölçeklerin bilişsel kaybı olanlarda geçerlik güvenirlik çalışması olmadığından dolayı E-SMMT'den 24 puan ve altında alanlar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya alınan yaşlılara araştırmacının hazırladığı sosyodemografik veri anketi, Yaşlılar için Depresyon Ölçeği (YDÖ) (10,11), yaşam kalitesini değerlendirmek üzere Kısa Form-36 (SF-36) (12,13) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (14,15) uygulandı.

Sosyodemografik veri anketinde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kendi gelirinin olup olmaması, özür durumu, günlük işlerde zorlanıp zorlanmadığı, sağlığıyla ilgili endişesinin olup olmadığı, bir hobisinin olup olmadığı, tiyatro ve sinemaya gitme, kitap okuma, sosyal etkinliklere katılıp katılmadığı ve egzersiz yapıp yapmadığı ile ilgili sorular soruldu. Yaşlılar için depresyon ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışmasında kesme noktası 14 olarak önerilmiş olduğundan dolayı çalışmamızda da 14 olarak alındı.

### İstatistiksel değerlendirme

Veriler SPSS paket programıyla değerlendirildi. Değerlendirmede sürekli değişkenlerin ilişkisi Pearson korelasyon ile değerlendirildi. Grupların karşılaştırılmasında ikili gruplarda t-test, çoklu gruplarda ANOVA analizi kullanıldı. Grup istatistiklerinde vaka sayısının az olduğu durumlarda non-parametrik testlerden Kruskal-wallis ve Mann Whitney-U testleri kullanıldı.

### BULGULAR

Çalışma için huzurevinden 61 yaşlı ile görüşüldü. Bu kişilere öncelikle E-SMMT uygulandı. 24 puanın altında alan yaşlılar uygulanacak öl-

Tablo 1. SF-36 alt ölçek puanları.

SF-36	Ort.±SD
Fiziksel rol	52.2±27.0
Rol kısıtlılığı (Fiziksel)	66.6±46.0
Sosyal fonksiyon	73.9±23.5
Ağrı	67.5±24.5
Ruh sağlığı	63.9±18.9
Rol kısıtlılığı (Emosyonel)	74.4±39.3
Canlılık	56.5±21.6
Sağlığın genel algılanışı	60.5±21.1

çeklerin bilişsel kaybı olanlarda geçerlik güvenirliği olmadığından dolayı çalışmadan dışlandı. Huzurevinde kalan ve E-SMMT'den 24 puan altında alan yaşlıların oranı % 36 (N=22)'ydi. Çalışmaya E-SMMT'den 24 puan ve üstü alan 39 kişi alındı. Çalışmaya alınanların yaş ortalaması 72.69 (sd±7.05)'du ve % 17.9 (N=7)'u kadın, % 82.1 (N=32)'i erkekti. Yaşlıların yaşam kaliteleri SF-36 ile değerlendirildi (Tablo 1).

Daha sonra da farklı değişkenlerin SF-36 alt ölçekleriyle ilişkileri incelendi (Tablo 2, Tablo 3).

Yaşla SF-36 ölçeğinin alt ölçekleri arasındaki ilişki Pearson korelasyon ile değerlendirildi. Sadece fiziksel fonksiyonlar alt ölçeğiyle yaş arasında anlamlı bir ilişki saptandı ( $r=-0.39$ ,  $p=0.014$ ). Değerlendirilen yaşlıların % 59'unun eşi ölmüş, % 20.5'i ise, eşinden ayrılmış ve % 10.3'ü evliydi. Medeni durumun SF-36 alt ölçekleriyle ilişkisini değerlendirmek için Kruskal-Wallis testi uygulandı, ancak alt ölçeklerin hiçbirinde anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Eğitim durumu ilkökul ve altı ile ortaokul ve üstü olarak gruplandı. Bu şekilde değerlendirildiğinde sadece ağrı ( $t=-2.25$ ,  $p=0.030$ ) ve sosyal fonksiyon ( $t=-2.13$ ,  $p=0.039$ ) alt ölçeklerinde daha fazla eğitimi olanların anlamlı olarak yüksek puanları olduğu saptandı. Herhangi bir özrü'nün olması sadece ağrı alt ölçeği açısından anlamlıydı ( $t=2.92$ ,  $p=0.006$ ). Günlük işlerde zorlandığını bildiren yaşlılarda fiziksel fonksiyon

Tablo 2. Soyodemografik değişkenlere göre SF-36 alt ölçek puanları.

SF-36	Fizfonk <sup>1</sup> Ort.±SD	Fizrolfonk <sup>1</sup> Ort.±SD	Ağrı Ort.±SD	Sağgalg <sup>1</sup> Ort.±SD
<b>Cins</b>				
Kadın (n=7)	52.14±26.74	71.42±48.79	69.28±30.23	59.57±11.95
Erkek (n=32)	52.18±27.53	65.62±46.11	67.06±23.66	60.75±22.78
<b>Eğitim</b>				
≤İlkokul (n=31)	49.67±26.67	61.29±47.36	63.19±24.73*	57.70±21.50
≥Ortaokul (n=8)	61.87±28.02	87.50±35.35	84.00±15.82*	71.50±16.32
<b>Kengeliir<sup>2</sup></b>				
Yok (n=5)	56.00±17.10	50.00±50.00	64.20±16.17	50.20±20.29
Var (n=34)	51.61±28.35	69.11±45.66	67.94±25.67	62.05±21.10
<b>Özür</b>				
Yok (n=26)	56.53±24.07	73.07±45.23	74.88±20.06**	63.03±20.71
Var (n=13)	43.46±31.38	53.84±46.59	52.61±26.61**	55.53±21.88
<b>Günzor<sup>2</sup></b>				
Yok (n=23)	61.95±24.52**	81.52±38.59*	79.08±17.06***	67.56±17.46*
Var (n=16)	38.12±24.75**	45.31±48.49*	50.75±24.33***	50.43±22.32*
<b>Sağend<sup>2</sup></b>				
Yok (n=28)	53.03±24.77	75.00±41.38	74.25±20.42**	67.67±16.77***
Var (n=11)	50.00±33.39	45.45±52.22	50.18±26.49**	42.36±20.73***
<b>Hobi</b>				
Yok (n=34)	50.29±26.68	61.76±47.36	64.29±24.01*	56.70±19.53**
Var (n=5)	65.00±28.93	100.00±0.00	89.00±17.11*	86.60±10.76**
<b>Kitap okuma</b>				
Yok (n=19)	42.89±23.17*	48.68±48.92*	60.47±24.97	50.52±21.78**
Var (n=20)	61.00±28.03*	83.75±36.52*	74.10±22.74	70.05±15.72**
<b>Tiysinem<sup>2</sup></b>				
Yok (n=30)	52.33±26.77	66.66±45.66	66.56±24.58	59.30±19.51
Var (n=9)	51.66±29.58	66.66±50.00	70.44±25.58	64.66±26.71
<b>Sosetkin<sup>2</sup></b>				
Yok (n=20)	49.25±24.61	61.25±47.62	65.25±26.25	58.45±22.87
Var (n=19)	55.26±29.74	72.36±44.79	69.78±23.05	62.73±19.48
<b>Egzersiz</b>				
Yok (n=16)	43.12±29.76	60.93±49.13	56.93±27.23*	48.50±21.06**
Var (n=23)	58.47±23.61	70.65±44.37	74.78±19.92*	68.91±17.01**
<b>YDÖ</b>				
<14 (n=27)	51.29±24.59	78.70±39.65*	74.33±21.98**	68.66±14.68***
≥14 (n=12)	54.16±33.01	39.58±49.38*	52.00±23.65**	42.25±22.45***

<sup>1</sup>SF-36 alt ölçekleri: fizfonk=fiziksel fonksiyon, fizrolfonk=fiziksel rol kısıtlılığı, sağgalg=sağlığın genel olarak algılanması

<sup>2</sup>kengeliir=kendi gelirinin olup olmaması, günzor=günlük işlerde zorlanıp zorlanmaması, sağend=sağlığı konusunda endişesinin olup olmaması, tiysinem=tiyatro veya sinemaya gidip gitmediği, sosetkin=sosyal etkinliklere katılıp katılmaması

(t=2.97, p=0.005), fiziksel rol kısıtlılığı (t=2.59, p=0.014), ağrı (t=4.28, p<0.001), sağlığın genel olarak algılanması (t=2.68, p=0.011) ve enerji (t=3.41, p=0.002) ile anlamlı ilişki saptandı. Sağlığıyla ilgili endişesinin olması ise ağrı (t=3.04, p=0.004), sağlığın genel olarak algılan-

ması (t=3.96, p<0.001), enerji (t=3.91, p<0.001) emosyonel rol kısıtlılığı (t=2.79, p=0.008), ruh sağlığı (t=3.27, p=0.002) alt ölçekleriyle anlamlı olarak ilişkiliydi. Hobilerinin olup olmamasına göre SF-36 alt ölçeklerinin ilişkisi Mann-Whitney-U testiyle değerlendirildi ve ağrı (Z=-

Tablo 3. Soyodemografik değişkenlere göre SF-36 alt ölçek puanları (devam).

SF-36	Enerji Ort.±SD	Sosfonk <sup>1</sup> Ort.±SD	Erolfonk <sup>1</sup> Ort.±SD	Mensağ <sup>1</sup> Ort.±SD
<b>Cins</b>				
Kadın (n=7)	47.14±20.17	67.28±32.53	85.71±37.79	59.42±14.12
Erkek (n=32)	58.59±21.59	75.39±21.41	71.87±39.81	64.87±19.79
<b>Eğitim</b>				
≤İlkokul (n=31)	53.22±20.71	70.03±24.19	70.97±41.93	61.41±18.89
≥Ortaokul (n=8)	69.37±21.11	89.06±12.38	87.50±24.80	73.50±16.41
<b>Kengeliir<sup>2</sup></b>				
Yok (n=5)	58.00±27.97	70.00±28.77	60.00±54.77	57.60±21.65
Var (n=34)	56.32±20.97	74.51±53.05	76.47±37.18	64.82±18.60
<b>Özür</b>				
Yok (n=26)	60.00±20.24	75.32±24.53	79.48±35.37	64.61±18.71
Var (n=13)	49.61±23.22	71.15±21.88	64.10±46.07	62.46±19.83
<b>Günzor<sup>2</sup></b>				
Yok (n=23)	65.21**±17.67	79.17±23.34	84.06±28.19	67.82±18.38
Var (n=16)	44.06**±20.91	66.40±22.22	60.41±49.01	58.25±18.64
<b>Sağend<sup>2</sup></b>				
Yok (n=28)	63.75***±19.03	77.98±23.41	84.52***±30.74	69.42***±17.32
Var (n=11)	38.18***±16.47	63.63±21.25	48.49***±47.99	49.81***±15.42
<b>Hobi</b>				
Yok (n=34)	52.94***±19.89	72.79±20.52	70.59±40.83	60.58***±17.42
Var (n=5)	81.00***±17.10	81.70±40.92	100.00±0.00	86.40***±12.19
<b>Kitap okuma</b>				
Yok (n=19)	46.05***±20.10	62.28***±23.69	66.66±47.14	58.94±19.54
Var (n=20)	66.50***±18.21	85.00***±17.49	81.67±29.57	68.60±17.37
<b>Tiysinem<sup>2</sup></b>				
Yok (n=30)	53.16±20.44	72.36±24.34	78.89±37.63	61.46±18.95
Var (n=9)	67.77±22.51	79.16±20.72	59.25±43.39	72.00±17.08
<b>Sosetkin<sup>2</sup></b>				
Yok (n=20)	49.25*±22.37	67.30±26.23	71.67±43.62	58.00*±21.69
Var (n=19)	64.21*±18.20	80.92±18.33	77.19±35.23	70.10*±13.22
<b>Egzersiz</b>				
Yok (n=16)	46.25*±21.79	63.81*±25.91	70.83±43.67	57.75±20.18
Var (n=23)	63.69*±18.66	80.97*±19.16	76.81±36.84	68.17±17.03
<b>YDÖ</b>				
<14 (n=27)	67.22***±14.23	82.25***±20.24	87.65***±26.39	73.33***±12.30
≥14 (n=12)	32.50***±14.69	55.20***±19.55	44.45***±47.85	42.66***±12.68

<sup>1</sup>SF-36 alt ölçekleri: sosfonk=sosyal fonksiyonlar, erolfonk=emosyonel rol kısıtlılığı, mensağ=mental sağlık

<sup>2</sup>kengeliir=kendi gelirinin olup olmaması, günzor=günlük işlerde zorlanıp zorlanmaması, sağend=sağlığı konusunda endişesinin olup olmaması, tiysinem=tiyatro veya sinemaya gidip gitmediği, sosetkin=sosyal etkinliklere katılıp katılmaması

2.01, p=0.43), sağlığın genel olarak değerlendirilmesi (Z=-3.05, p=0.002), enerji (Z=-2.61, p=0.009) ve ruh sağlığı (Z=-2.86, p=0.004) alt ölçekleri ile anlamlı ilişki saptandı. Kitap okumayla ise fiziksel fonksiyon (t=2.19, p=0.035), fiziksel rol kısıtlılığı (t=2.54, p=0.015), sağlığın

genel olarak algılanışı (t=3.22, p=0.003), enerji (t=3.33, p=0.002) ve sosyal fonksiyon (t=3.41, p=0.002) arasında anlamlı ilişki vardı. Sosyal etkinliklere katılmayla enerji (t=2.28, p=0.28) ve ruh sağlığı (t=2.09, p=0.44) alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki vardı. Egzersizle ağrı

( $t=2.36$ ,  $p=0.23$ ), sağlığın genel olarak algılanması ( $t=3.42$ ,  $p=0.002$ ), enerji ( $t=2.68$ ,  $p=0.011$ ) ve sosyal fonksiyon ( $t=2.38$ ,  $p=0.023$ ) alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki vardı. Depresyon açısından değerlendirildiğinde fiziksel fonksiyon dışındaki fiziksel rol kısıtlılığı ( $t=-2.63$ ,  $p=0.012$ ), ağrı ( $t=-2.86$ ,  $p=0.007$ ), sağlığın genel olarak algılanması ( $t=-4.38$ ,  $p<0.001$ ), enerji ( $t=-6.96$ ,  $p<0.001$ ), sosyal fonksiyon ( $t=-3.89$ ,  $p<0.001$ ), emosyonel rol kısıtlılığı ( $t=-3.64$ ,  $p=0.001$ ), ruh sağlığı ( $t=-7.11$ ,  $p<0.001$ ) alt ölçekleriyle anlamlı ilişki saptandı (Tablo 2, Tablo 3).

Yeti yitimi “yeti yitimi yok”, “hafif”, “orta” ve “ağır” olmak üzere dört gruba ayrıldı. SF-36 alt ölçek puanlarının ilişkisini değerlendirmek için tek yönlü ANOVA uygulandı. SF-36 alt ölçeklerine göre dört grup arasında fark olup olmadığı değerlendirildi ve fiziksel fonksiyon ( $F=16.59$ ,  $p<0.001$ ), ağrı ( $F=7.65$ ,  $p<0.001$ ), sağlığın genel olarak algılanması ( $F=6.87$ ,  $p=0.001$ ), enerji ( $F=5.70$ ,  $p=0.003$ ), sosyal fonksiyon ( $F=3.78$ ,  $p=0.019$ ) ve ruh sağlığı ( $F=3.02$ ,  $p=0.042$ ) alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı fark bulundu. ÇBASDÖ toplam ve alt ölçek puanlarıyla SF-36 alt ölçek puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon ile değerlendirildi. ÇBASDÖ aile alt ölçeği sağlığın genel olarak algılanması ( $r=0.44$ ,  $p=0.005$ ), enerji ( $r=0.71$ ,  $p=0.002$ ), sosyal fonksiyon ( $r=0.40$ ,  $p=0.011$ ), emosyonel rol kısıtlılığı ( $r=0.33$ ,  $p=0.039$ ), ruh sağlığı ( $r=0.42$ ,  $p=0.007$ ); ÇBASDÖ özel insan alt ölçeğiyle sağlığın genel olarak algılanması ( $r=0.47$ ,  $p=0.002$ ), enerji ( $r=0.53$ ,  $p<0.001$ ), sosyal fonksiyon ( $r=0.40$ ,  $p=0.010$ ), ruh sağlığı ( $r=0.49$ ,  $p=0.001$ ); ÇBASDÖ arkadaş alt ölçeğiyle sağlığın genel olarak algılanması ( $r=0.48$ ,  $p=0.002$ ), enerji ( $r=0.65$ ,  $p<0.001$ ), sosyal fonksiyon ( $r=0.45$ ,  $p=0.001$ ), ruh sağlığı ( $r=0.53$ ,  $p=0.001$ ); ÇBASDÖ toplam puanıyla ise, sağlığın genel olarak algılanması

( $r=0.53$ ,  $p<0.001$ ), enerji ( $r=0.64$ ,  $p<0.001$ ), sosyal fonksiyon ( $r=0.49$ ,  $p=0.001$ ), emosyonel rol kısıtlılığı ( $r=0.33$ ,  $p=0.039$ ), ruh sağlığı ( $r=0.57$ ,  $p<0.001$ ) alt ölçekleri anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur.

## TARTIŞMA

Çalışmamıza huzurevinde görüşülen 61 yaşlıdan 22’si E-SMMT’den 24 puan altında aldıkları için dahil edilmemiştir. Literatürde de huzurevinde kalanlarda benzer oranlarda bilişsel yeti kaybı bildirilmektedir (16).

Avustralya’da yapılan bir çalışmada yaşın artışıyla birlikte her iki cinsiyette de yaşam kalitesi puanlarında düşme olduğu gösterilmiştir (17). Çalışmamızda ise, yaş ile sadece SF-36’nın fiziksel fonksiyon alt ölçeğinde anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaşın ilerlemesi fiziksel açıdan yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır. Ancak, çalışmamızda yaş ortalamasının yüksek olması, bu yaş grubunda görülen hastalıkların değerlendirmeye alınmamış olması ve daha genç yaştakilerle karşılaştırmanın yapılmamış olması yaşın yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin tam olarak değerlendirilmesini sınırlamaktadır.

Medeni durumun yaşam kalitesiyle ilişkisinin değerlendirilmesinde ise, evli olanların oranının sadece % 10.3 olması eşin varlığı veya yokluğunun etkisinin değerlendirilmesini güçleştirmiştir. Ancak, yine de yapılan analizde medeni durum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamış olması huzurevinde kalan yaşlılar için eşin varlığı veya yokluğunun yaşam kalitesiyle ilişkili olmadığını gösterebilir.

Eğitim durumu ilkökul ve altı ile ortaokul ve üstü olarak gruplandığında ağrı ve sosyal fonksiyon açısından eğitimin fazla olması yaşam kalitesini arttırmaktadır. Tayvan ve Türkiye’de ya-

pılan iki çalışmada da benzer bir sonuç elde edilmiştir (7,18). Eğitim süresinin daha fazla olmasıyla daha az ağrının olması veya ağrıya bağlı kısıtlılığın olması eğitim durumu düşük olanların somatik şikayetlerinin daha fazla olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bununla birlikte eğitim düzeyiyle sosyal açıdan daha aktif olunması arasında ilişkinin olması da beklenen bir sonuçtur.

İngiltere’de yapılan bir çalışmada yaşlı nüfusta düşük sosyoekonomik seviye ile yaşam kalitesinde düşüş olduğu belirlenmiştir (19). Ancak, çalışmamızda kendi gelirinin olması ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Huzurevinde kalan yaşlıların gelirleri daha çok yaşlılık aylığı şeklindedir ve düşük bir miktardır, ayrıca çoğu ihtiyaçları huzurevi tarafından karşılanmaktadır. Bu nedenle de bir gelirin olup olmaması yaşam kalitesiyle ilişkilendirilmemiş olabilir.

Özürlü olmak genel olarak yaşam kalitesini düşüren bir etken olarak bilinmektedir. Bu çalışmada özürlülüğün varlığı bir anket sorusuyla değerlendirilmiştir. Bununla birlikte yeti yitimini değerlendiren bir de ölçek uygulanmıştır. Yaşlıların kendilerinin bildirdikleri herhangi bir özürlerinin olması SF-36 alt ölçeklerinden sadece ağrı alt ölçeğiyle anlamlı ilişkili bulunmuşken yeti yitimi emosyonel ve fiziksel rol kısıtlılığı alanları dışındaki tüm alanlarla yaşam kalitesiyle ilişkili bulunmuştur.

Altmışbeş yaş üstü nüfusta yeti yitiminin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği Dönmez ve arkadaşlarının çalışmasında da gösterilmiştir (20). Birilerine bağımlı yaşamın ve kronik hastalıkların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği de bildirilmektedir (5,21). Bu durumda huzurevinde kalan yaşlıların özürlü olmayı yaşam kalitelerini etkileyen ciddi bir sorun olarak görmezken yeti yitimine yol açabilecek hastalık gibi

başka etkenlerin yaşam kalitelerini daha fazla etkilediğini düşündükleri söylenebilir.

Özellikle ağır yeti yitiminin olması fiziksel fonksiyon, ağrı ve sağlığın algılanışını yüksek düzeyde anlamlılıkla etkilemektedir, bununla birlikte günlük işlerde zorlandığını bildiren yaşlıların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı, sağlığın genel olarak algılanması ve enerji alanlarında yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu da saptanmıştır. Ayrıca, sağlığı konusunda endişenin varlığı ise ağrı, sağlığın genel olarak algılanması, enerji, emosyonel rol kısıtlılığı, ruh sağlığı alanlarında yaşam kalitesinde düşmeyle ilişkili bulunmuştur. Sağlığıyla ilgili endişe gerçekçi bir endişe olabileceği gibi bir yönüyle de anksiyete bozukluğunu düşündürebilir. Bu nedenle emosyonel sorunlar nedeniyle günlük aktivitelerde sorun yaşanması veya Aydemir’in yaptığı çalışmada SF-36 alt ölçeği olarak “ruh sağlığı”nın açıklanmasında bahsedildiği gibi depresyon ve sinirliliğin olmasıyla ilişkili bulunması beklenen bir sonuç gibi görünmektedir (22).

Amerika’da yapılan bir çalışmada yaşlılara tiyatro eğitiminin verilmesinin hem bilişsel, hem de kendini iyi hissetme açısından yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olduğu belirlenmiştir (23). Tiyatro eğitimi bu anlamda uç bir nokta olsa da en azından tiyatro veya sinemaya gitmenin yaşam kalitesine olumlu etki yapacağı söylenebilir. Ancak, ülkemizdeki genel eğilim bunun tam tersidir. Özellikle yaşlı nüfus için tiyatro ve sinema hayatın bir parçası olarak düşünülmediğinden dolayı yaşam kalitesine etki eden bir etken olarak yer almamaktadır. Çalışmamızın sonucunda da benzer şekilde tiyatro veya sinemaya gitmek yaşam kalitesinin hiçbir alt ölçeğiyle ilişkili bulunmamıştır.

Öte yandan kitap okumayla anlamlı ilişki bulun-

ması genel olarak eğitim düzeyinin düşük olduğu bir grupta özellikle anlamlıdır. Bu sonuca göre eğer de olsa kitap okumak günlük işlerde fiziksel olarak daha az zorlanmanın olmasına, sosyal faaliyetlere daha fazla katılabilmeye ve genel olarak kendini daha iyi hissetmeye olumlu katkıda bulunmaktadır. Sosyal etkinliklere katılmak ise kişinin kendisini enerjik ve canlı hissetmesiyle ve sosyal fonksiyonla ilişkili bulunması sosyal faaliyetlerin yaşam kalitesini artırdığını göstermektedir.

Aynı şekilde yaşlıların bir hobisinin olması kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamanın yanında ruhsal açıdan da daha sağlıklı olmalarını sağlamaktadır. Yapılan çalışmalar aktivite ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulmuştur (4). Çalışmamızda da benzer şekilde, eğer de olsa egzersiz yapanlarda ağrı, kendini iyi hissetme ve sosyal etkinliklere katılım açısından yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmuş olmasına hem sosyal desteğin artışıyla yaşam kalitesinin arttığı, hem de yaşam kalitesinin artışıyla sosyal desteğin algılanışının arttığı şeklinde bakabiliriz. Her iki şekilde de sosyal destek yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Aile ortamında yaşayanların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu ve sosyal desteğin yaşam kalitesinin bir parçası olduğu başka çalışmalarda da bildirilmektedir (3,24).

Çalışmamızda huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitelerini değerlendirmede kullanılan SF-36 alt ölçek puanlarının daha çok 60'lı puanlar olduğu görülebilir. Bu durumda huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kaliteleri konusunda yapılması gereken şeyler olduğu açıktır. Sosyal etkinliklerin artırılması, yaşlıların kendilerine ho-

bi olarak edinebilecekleri faaliyetlerin çeşitlendirilmesi ve hafif düzeyde de olsa egzersiz programlarının olması buradaki yaşam kalitesine olumlu katkı sağlayacaktır. Çalışmamızın önemli bulgularından biri de depresyonun hemen her alanda yaşam kalitesini düşürmesidir. Bu açıdan huzurevlerinde depresyonun taranması ve uygun tedavinin yapılması bile tek başına depresyon yaygınlığının yüksek olduğu bu grupta yaşam kalitesini arttıracaktır. Bununla birlikte yeti yitimi de yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etken olarak belirlenmiştir. Yeti yitimine neden olan etkenlerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılabilecek veya hafifletilebilecek etkenlere müdahale edilmesi de bu açıdan yararlı olacaktır.

Çalışmamızda huzurevinde kalan yaşlıların tümüne ulaşamamıştır ve çalışmaya bilişsel işlev kaybı olanlar alınmamıştır. Bu nedenle incelenen yaşlı sayısının az olması ve kadın erkek oranının dengesiz olması bu çalışmanın en önemli kısıtlılığıdır. Ayrıca bilişsel işlev kaybı olanların özelliklerinin incelenmesi ve sorunların saptanması da önemlidir.

Çalışmamızda yaşam kalitesini etkileyebileceği düşünülen bazı değişkenler incelenmiştir, ancak çalışmaya katılan yaşlıların herhangi bir hastalıklarının olup olmadığı veya ortamın nasıl bir etkisinin olduğu çalışma kapsamına alınmamıştır. Bu durum çalışmanın bir kısıtlılığı olmakla birlikte yaşam kalitesine etki eden faktörlerin açıklanmasında bu değişkenlerin etkileri de farklı çalışmalarda değerlendirilebilir. Bununla birlikte çalışmamız ve benzeri çalışmalarda değerlendirilen ve huzurevlerinde kalan yaşlıların yaşam kalitesini arttırmaya yönelik öneriler doğrultusunda uygulanan değişikliklerin, bu kurumlarda kalan yaşlıların yaşam kaliteleri üzerine etkileri de gelecekteki çalışmalarda incelenebilir. Huzurevlerindeki yaşam kalitesinin yükseltilmesi ak-



tif yaşlanmaya katkı sağlayacak ve yaşlıların daha sağlıklı bir yaşlanma süreci geçirmesinde etkili olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Active aging: A policy framework, 2002: 04.07.2005 tarihinde <http://www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf> den indirilmiştir.
2. T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Rize Yetiştirme Yurdu. Türkiye nüfusu, yaşlanmasına rağmen Avrupa'nın en genci. [http://www.rizeyeticime.gov.tr/genclik\\_sorunlari.htm](http://www.rizeyeticime.gov.tr/genclik_sorunlari.htm)
3. Özer M: Huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlıların yaşam doyumunun incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 7:33-36, 2004.
4. Borowiak E ve Kostka T: Predictors of quality of life in older people living at home and in institutions. Aging Clin Exp Res 16:212-220, 2004.
5. Sitoh YY, Lau TC, Zochling J ve ark: Determinants of health-related quality of life in institutionalised older persons in northern Sydney. Intern Med J 35:131-134, 2005.
6. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G ve ark: Edirne huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi, Geriatri 3:141-145, 2000.
7. Subasi F ve Hayran O: Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. Arch Gerontol Geriatr 41:23-29, 2005.
8. Folstein MF, Folstein S, Mc Hugh PR: Mini mental state: A Practical Method for Grading The Cognitive State of Patients for the Clinician. J Psychiatr Res 12:189-198, 1975.
9. Güngen C, Ertan T, Eker E ve ark: Standardize mini mental test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 13:273-281, 2002.
10. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL ve ark: Development and validation of a geriatric depression screening scale: A Preliminary Report. J Psychiatr Res 17:37-49, 1982.
11. Ertan T, Eker E, Şar V: Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri Arşivi 34:62-71, 1997.
12. Ware JE ve Sherbourne CD: The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 30:473-483, 1992.
13. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark: SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi, 1999.
14. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG: The multidimensional scale of perceived social support. J Pers Assess 52:30-41, 1988.
15. Eker D, Arkar H, Yıldız H: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 12:17-25, 2001.
16. Amuk T, Karadağ F, Oğuzhanoglu N ve ark: Cornell demansta depresyon ölçeğinin Türk yaşlı toplumunda geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 14:263-271, 2003.
17. Hawthorne G ve Osborne R: Population norms and meaningful differences for the Assessment of Quality of Life (AQoL) measure. Aust N Z J Public Health 29:136-42, 2005.
18. Tsai SY, Chi LY, Lee LS ve ark: Health-related quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. J Formos Med Assoc 103:196-204, 2004.
19. Breeze E, Jones DA, Wilkinson P ve ark: Association of quality of life in old age in Britain with socioeconomic position: baseline data from a randomised controlled trial. J Epidemiol Community Health 58:667-673, 2004.
20. Donmez L, Gokkoca Z, Dedeoglu N: Disability and its effects on quality of life among older people living in Antalya city center, Turkey. Arch Gerontol Geriatr 40:213-223, 2005.
21. Alonso J, Ferrer M, Gandek B ve ark: Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. Qual Life Res 13:283-298, 2004.
22. Aydemir Ö: Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36). 3P 7:14-22, 1999.
23. Noice H, Noice T, Staines G: A short-term intervention to enhance cognitive and affective functioning in older adults. J Aging Health 16:562-585, 2004.
24. Kane RA: Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: toward a reasonable practice, research, and policy agenda. Gerontologist 43:28-36, 2003.