

# İzmir'de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 75 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Etmenler

QUALITY OF LIFE AND THE FACTORS AFFECTING IT AMONG PEOPLE AGED 75 YEARS AND OVER LIVING IN A HEALTH CENTER REGION IN IZMIR

Yonca SÖNMEZ<sup>1</sup>, Reyhan UÇKU<sup>2</sup>, Şenol KITAY<sup>3</sup>, Hazbin KORKUT<sup>3</sup>, Serkan SÜRÜCÜ<sup>3</sup>, Mehmet SEZER<sup>3</sup>, Esat ÇALIK<sup>3</sup>, Doğuş KAYALI<sup>3</sup>, Çağaç YETİŞ<sup>3</sup>, Erman ŞENTÜRK<sup>3</sup>, Mustafa KURALAY<sup>3</sup>, Mehmet Akif GÜLCAN<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

<sup>2</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

<sup>3</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem II Öğrencisi

Esentepe Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan 75 yaş ve üzerindeki yaşlıların yaşam kalitesini ve etkileyen etmenleri belirlemektir.

**Gereç ve yöntem:** Kesitsel tipteki çalışma Ekim 2006-Mayıs 2007 tarihleri arasında İzmir Esentepe Sağlık Ocağı Bölgesi'nde gerçekleştirildi. Araştırma evreni bu bölgede yaşayan 75 yaş ve üzeri 851 kişiydi. Standart sapma  $46, \pm 5$  hata, %95 güven düzeyinde 235 kişi, sistematik örneklemeyle belirlendi. Araştırmanın bağımlı değişkeni yaşam kalitesi, bağımsız değişkenleri sosyo-demografik özellikler, sosyal destek, depresyon, günlük yaşam etkinlikleri bağımlılık durumuydu. Yaşam kalitesi için SF 12, günlük yaşam etkinlikleri için Barthel İndeksi, depresyon için Geriatrik Depresyon Ölçeğinin kısa formu kullanıldı. Veri yüz-yüze görüşme tekniğiyle toplandı, bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U Testi ve çoklu regresyon ile çözümlendi.

**Bulgular:** Araştırma grubunun yaş ortalaması  $79,1 \pm 4,3$  (75-98), %58,9'u kadın, %51,4'ü evli, %45,9'u ilkokul mezunuydu. %92,5'inin sağlık güvencesi vardı. Yaşlıların %24,7'sinin GYE'de bağımlı olduğu ve %24,0'ında depresyon varlığı saptandı.

İki değişkenli analizlerde Fiziksel Bileşen Özet Skor (FBÖS) ve Ussal Bileşen Özet Skor (UBÖS) kadınlarda anlamlı olarak daha düşükken ortaokul veya üstü eğitimlilerde, geliri giderine eşit veya fazla olanlarda anlamlı olarak daha yüksekti. Baston kullananlarda hem FBÖS hem de UBÖS daha düşüktü ( $p<0,05$ ). FBÖS evlilerde ve sağlık güvencesi olanlarda daha yüksekken kronik hastalığı olanlarda daha düşüktü ( $p<0,05$ ). FBÖS ve UBÖS, depresyon ve GYE'de bağımlılık saptananlarda anlamlı olarak daha düşüktü. Çoklu regresyon analizi sonucunda cinsiyet, baston kullanımı, bağımlılık puanı ve kronik hastalık sayısı ile FBÖS, bağımlılık ve depresyon puanı ile UBÖS arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı.

**Sonuç:** Yaşlılarda bağımlılık, kronik hastalık, depresyon varlığı, baston kullanımı ve cinsiyet yaşam kalitesi için önemli risk etmenleri olarak bulunmuştur. Risk grupları göz önünde bulundurularak yaşlı nüfusun YK'lerini arttırmak önemli sağlık hedeflerinden olmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Yaşlı, yaşam kalitesi, etkileyen etmenler

## Yonca SÖNMEZ

Süleyman Demirel Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD  
Doğu Kampus Çünür / ISPARTA  
Tel: (246) 211 3632  
e-posta: yonca@med.sdu.edu.tr

**Objective:** The aim of the study is to define the quality of life (QoL) and the factors affecting it in elderly people over 75 years living in İzmir Esentepe Health Center Region.

**Material and method:** The cross-sectional study was conducted during October 2006 and May 2007 in İzmir Esentepe Health Center Region. The study population of the research consisted of 851 elderly people of 75 years of age or over living in this region. Twohundredthirtyfive people were determined by systematic sampling, with a standard deviation of 46,  $\pm 5$  error, and 95% confidence level. The dependent variable of the study was QoL, the independent variables were socio-demographic characteristics, social support, depression, and dependency on activity of daily living (ADL). The SF-12 was used for QoL assessment, Barthel Index for ADL, and the short form of Geriatric Depression Scale for depression assessment. The data were collected by face to face interviews and analyzed by t test, Mann-Whitney U test and multiple regression analysis.

**Results:** The average age was  $79.1 \pm 4.3$  (75-98), with a female proportion of 58.9%, 51.4% of the study population were married, 45.9% of them primary school graduates, and 92.5% had health insurance. It was determined that 24.7% of the elderly people were dependent on GYE and 24.0% of them had depression.

In univariate analyses, Mental Component Summary Score (MCSS) and Physical Component Summary Score (PCSS) were significantly lower in women, although MCSS and PCSS were significantly higher in elderly people with middle school or higher education, in those with spending equal to income or more income than spending. In the elderly people using the stick, both MCSS and PCSS were lower ( $p < 0.05$ ). MCSS were higher in married people and in the ones with health insurance although in the ones with a chronic disease were lower ( $p < 0.05$ ). MCSS and PCSS were significantly lower in those with depression or dependency to ADL. At the end of multiple regression analysis, significant relations were found between sex, dependency score, number of chronic diseases and using stick and MCSS and between dependency, depression score and PCSS.

**Conclusion:** The presence of dependency, chronic disease, and depression, using stick and gender were found as significant risk factors for QoL. Taking risk groups into consideration, improving the QoL's of the elderly population should be one of the important health goals.

**Key words:** Elderly, quality of life, risk factors

## SUMMARY

Doğurganlık ve ölümlerdeki azalma ile birlikte yaşlı nüfus hem sayısal hem de oransal olarak giderek artmaktadır. 1950 - 2000 yılları arası 60 yaş üstü nüfus 205 milyondan 606 milyona çıkarak üç kat artmıştır, gelecek 50 yılda ise üç kattan daha fazla artması beklenmektedir. Projeksiyonlar 2050 yılında toplumun %21,1'ini yaşlıların oluşturacağını göstermektedir (1). Yaşlanma ve buna bağlı sorunlar gelecekte özellikle az gelişmiş ülkeler için daha önemli bir sorun olacaktır. 2025 yılında tüm yaşlıların %70,0'ının az gelişmiş ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (2). Yaşlı nüfusun artması, yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik, sakat bırakan ve stres yaratan hastalıklar artmış ve yaşanan yılların kalitesi önem kazanmaya başlamıştır. Yaşlıların yaşam kalitesinin ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi, riskli

yaşlılara yönelik koruyucu ve önleyici girişimlerin sağlanması açısından önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1948 yılında sağlığı sadece hastalık olmaması değil bedensel, ussal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Dolayısıyla çağdaş anlamda sağlığı bazı hastalıkları inceleyerek ya da sağlığın bedensel yönü gibi bir boyutunu ölçerek değerlendirmek eksik ve yanlış bir yaklaşımdır. DSÖ'nün yapmış olduğu tanım sağlığı ilk defa pozitif yaklaşımla ele alması yönü ile önemli olmakla birlikte kültürel farklılığa yer vermemesi, ulaşılabilir ve ölçülebilir olmaması nedeniyle eleştirilmektedir (3,4). Bu nedenle sağlığı değerlendirmede kapsamlı, kişilerin algılarının göz önüne alındığı, ulaşılabilir ve ölçülebilir bir araca gereksinim duyulmuştur. Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi (YK) kavramı bu gereksinimle ilişkili olarak ortaya çıkmıştır (5,6).

Sağlıkla ilişkili YK konusunda kabul görmüş evrensel bir tanım bulunmamaktadır. YK'yi Engquist ve ark, "kişilerin bireysel amaçlarına uygun olarak entelektüel ve fiziksel yeteneklerini kullanabilmeleri için güvenlik, kendine güven ve fırsatları kullanabilme koşullarını sağlama düzeyi"; Hornquist "fiziksel, psikolojik, sosyal yaşam, aktivite, madde ve temel ihtiyaçlar konularında kişisel doyum derecesi yani kısaca mutluluk"; Schipper "kişinin bir hastalık ve ona yönelik uygulanan tedaviye karşı bedensel, ruhsal ve sosyal cevabının öğretici, fonksiyonel bir ifadesi" olarak tanım-lamıştır. DSÖ ise sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini "çinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında, amaç-ları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından birey-lerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması" olarak ifade et-mektedir (7).

YK'nin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütlerde de çeşitlilik söz konusudur. Yöntemsel ve kuramsal dayanaklarına göre profil ölçekler ve tercihe dayalı ölçekler, uygulandıkları populasyona göre ise herkese uygulanabilen genel YK ölçekleri ve belirli hastalığı olanlara uygulanabilen hastalığa özgü YK ölçekleri olarak ayrılmaktadır (5,8-10). SF-36 (Short Form 36 items) ve kısa şekli SF-12 (Short Form 12 items) ile DSÖ tarafından geliştirilen WHOQOL ve kısa şekli WHOQOL-BREF en sık kullanılan genel ve profil ölçeklerdendir.

Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan kronik dejeneratif hastalıklar, fiziksel yetersizlikler, ağrılar, bilişsel bozukluklar yanında sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, kullanılabilirliği, sosyal izolasyon, ev ve aileyle ilişkili konular, yaşamdan alınan doyum, azalmış yaşam beklentisi ve çalışma durumu yaşam kalitesini etkileyen önemli değişkenlerdir (11,12). DSÖ 60-74 yaşlı genç yaşlı (young old), 75-84 yaşlı yaşlı (old old), 85 ve üzerini çok yaşlı (oldest old) olarak kabul etmektedir (13). Özellikle 75 yaş ve üzeri eş kaybı, yalnız yaşam, günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık, sağlık hizmetlerine ulaşamama açısından riskli grubu oluşturmaktadır.

Bu araştırmanın amacı 75 yaş ve üzeri yaşlılarda yaşam kalitesinin belirlenmesi ve yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin değerlendirilmesidir.

### GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, kesitsel, analitik tiptedir. Ekim 2006-Mayıs 2007 tarihleri arasında İzmir Konak Sağlık Grup Başkan-

lığı'na bağlı Esentepe Sağlık Ocağı Bölgesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırma evreni bu bölgede yaşayan 75 yaş ve üzeri 851 kişidir. Örnek büyüklüğü, olayın ortalamasının değerlendirileceği ve evren sayısının bilindiği durumlarda kullanılan  $n=Nt^2\sigma^2/d^2(N-1)+t^2\sigma^2$  formülü ile belirlenmiştir (14). Çalıştır ve ark.nın Muğla'da yaşlı bireyler üzerinde yaptığı araştırmada YK alt bileşenleri için bulunan en yüksek standart sapma değeri olan 46,  $\sigma$  olarak alınmıştır.  $\pm 5$  hata, %95 güven düzeyinde örnek büyüklüğü 235 kişi olarak belirlenmiştir (15). Örneğe alınacak bireyler 1/3 sistematik örnekleme yöntemiyle saptanmıştır. Araştırma sonunda 146 kişiye ulaşılmıştır (%62,1). Ulaşılamama nedenleri adres değişikliği, adres yanlışlığı, ölüm, evde bulamama ve anketi cevaplamayı kabul etmemedir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni YK, bağımsız değişkenleri sosyo-demografik özellikler, sosyal destek, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, sigara, alkol alışkanlığı, gözlük, işitme aracı, baston kullanımı, depresyon varlığı ve Günlük Yaşam Etkinlikleri (GYE) bağımlılık durumudur.

Sosyo-demografik özellikler olarak yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence varlığı, gelir algısı, çalışma durumu sorgulanmıştır. Sosyal destek durumu birlikte yaşanan kişi, sıkıntılarını/sorunlarını paylaşabileceği kişi varlığı, gerektiğinde kendisine sağlık kurumuna götürebilecek kişi varlığı ve ev işlerinde yardımcı olan kişi varlığıyla belirlenmiştir. Yaşlılarda depresyon varlığı Geriatrik Depresyon Ölçeğinin dört sorudan oluşan kısa formu (GDÖ-4) ile değerlendirilmiştir. İki puan ve üstünde alanlar depresyon var olarak kabul edilmiştir (16). GYE için Barthel İndeksi kullanılmıştır. Beslenme, giyinme, banyo, kişisel bakım, sandalye ve yatak arası hareket, tuvalet kullanma, barsak ve mesane kontrolü, yürüme ve merdiven kullanma değerlendirilmiştir. Alınabilecek en yüksek puan 100 olup tam bağımsız olma durumunu göstermektedir. Araştırmada GYE puanı 90 ve altı olanlar bağımlı olarak kabul edilmiştir (17).

YK belirlemek için, yaşlıların kolay anlayabileceği şekle uyarlanmış SF-12 kullanılmıştır. SF-12, 1994 yılında geliştirilmiş olan belirli bir yaş ve hastalık grubuna odaklanmaksızın son dört hafta için yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçektir. Tümü SF-36 Sağlık Anketi'nden

seçilmiş olan 12 sorudan oluşmaktadır (18). SF-12 fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, duygusal rol, us sağlığı, sosyal işlevsellik ve canlılık alt bileşenlerinden oluşmaktadır. Fiziksel işlevsellik, kişinin sağlığının orta zorluktaki faaliyetleri ve birkaç kat merdiven çıkmasını kısıtlayıp kısıtlamadığı ve kısıtlıyorsa bunun derecesi ile ölçülmektedir. Fiziksel rol ise fiziksel sağlığı nedeniyle günlük işlerinde yapmak istediğinden daha azını yapma durumu ve daha önce yapabildiği faaliyetlerde kısıtlılık olup olmaması ile değerlendirilir. Genel sağlık ve ağrı tek bir soru ile, sırasıyla "Genel olarak sağlığınız nasıl?" ve "Geçtiğimiz dört hafta boyunca ağrı normal işlerinizi yapmanıza engel oldu mu? Olduysa ne kadar?" ile belirlenmektedir. Fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, genel sağlık ve ağrı alt bileşenlerinden YK'nin fiziksel alanını gösteren tek bir puan olan Fiziksel Bileşen Özet Skoru (FBÖS) hesaplanmıştır.

Duygusal rol, duygusal problemler nedeniyle günlük işlerinde yapmak istediğinden daha azını yapma durumu ve günlük faaliyetlerini her zamanki gibi dikkatlice yapıp yapamama durumu ile belirlenir. Us sağlığı geçen dört haftanın ne kadarında çökkün ve kederli olduğu, ne kadarında sakin ve huzurlu olduğu ile değerlendirilir. Canlılık ise dört haftanın ne kadarında çok enerjisi olduğu ile Sosyal işlevsellik de bedensel sağlığının ve duygusal problemlerinin sosyal faaliyetlerine ne kadar engel olduğu ile ölçülmektedir. Duygusal rol, us sağlığı, canlılık ve sosyal işlevsellik alt bileşenlerinden Ussal Bileşen Özet Skoru (UBÖS) hesaplanmıştır.

Her alt bileşenden ve özet skordan alınabilecek puan 0-100 arasında değişmekte olup yüksek puan yaşam kalitesinin de yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırma için Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli izinin alınması ardından anketin ön denemesi yapılmıştır. Örneğe çıkan bireylere araştırmanın amacı aktararak katılmayı kabul edenlere yüz yüze görüşme tekniğiyle anket uygulanmıştır.

Veri SPSS 11.0 paket programıyla değerlendirilmiştir. Nicel veri ortalama ve standart sapmalarıyla gösterilmiştir. Bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi ve çoklu regresyon ile çözümlenmiştir. Çoklu regresyon analizinde modele yaş, kronik hastalık sayısı, Bartel ve depresyon puanı nicel, cinsiyet, eğitim durumu, gelir algısı ve baston kullanma durumu nitel veri olarak alınmıştır. Cinsiyet ve

medeni durum arasında güçlü korelasyon saptandığından medeni durum değişkeni ( $r=0,59$ ), kategorileri dengeli dağılmadığından sağlık güvencesi değişkeni modele alınmamıştır. P değeri için anlamlılık düzeyi 0,05 kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Araştırmaya katılanların yaş ortalamasının  $79,1 \pm 4,3$  (75-98) olduğu ve %42,5'inin eşiyile, %23,3'ünün yalnız, %23,3'ünün çocuklarıyla diğerlerinin ise akraba/arkadaş ile yaşadığı, sadece üç yaşının halen aktif olarak çalıştığı saptanmıştır. Araştırma grubuna ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo I'de görülmektedir.

Yaşlıların %4,1'inin halen sigara kullandığı, %17,1'inin bıraktığı, %10,3'ünün sosyal ortamlarda olmak üzere nadiren alkol kullandığı, %88,4'ünün en az bir kronik hastalığı olduğu ve %86,3'ünün her gün en az bir ilaç içtiği (%48,0'ı üç ve üzeri) bulunmuştur. Hipertansiyon (56,8), kalp hastalığı (%32,9), osteoartrit (%30,1) ve osteoporoz (%24,0) en çok rastlanan hastalıklar olarak göze çarpmaktadır.

Araştırmaya katılanların %14,4'ü ev işlerinde kendilerine yardım eden, %5,5'i sorunlarını paylaşan, %4,8'i gereksinim halinde onları sağlık kurumuna götüren kimseleri olmadığını belirtmiştir. Yaşlıların %24,7'sinin GYE'de bağımlı olduğu görülmüştür. En çok bağımlı olunan etkinlikler merdiven çıkma (%26,7), mesane kontrolü (%24,6) ve banyo yapabilmemesi (%13,0). Grubun %67,8'i gözlük, %9,9'u baston, %8,2'si ise işitme aracı kullanmaktadır. Yaşlıların %24,0'ında depresyon varlığı belirlenmiştir.

Tablo I. Yaşlıların tanımlayıcı özellikleri

\* Eşi ölen (70 kişi) ve boşanmışlar (1 kişi)

Özellikler	n	%
Yaş		
75-79	91	62,3
80-84	40	27,4
85+	15	10,3
Cinsiyet		
Erkek	60	41,1
Kadın	86	58,9
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	11	7,5
Okuryazar	13	8,9
İlkokul	67	45,9
Ortaokul	22	15,1
Lise	19	13,0
Yüksekokul/Üniversite	14	9,6
Medeni durum		
Evli	75	51,4
Diğer*	71	48,6
Sağlık Güvencesi		
Yok	11	7,5
ES	61	41,8
SSK	45	30,8
Bağ-Kur	27	18,5
Diğer†	2	1,4
Gelir algısı		
Gelirim giderime eşit	75	51,4
Giderim gelirimden fazla	63	43,2
Gelirim giderimden fazla	8	5,5

† Özel sigorta (1 kişi) ve yurt dışından sigortalı (1 kişi)

YK alt bileşenlerinin ortalamaları fiziksel işlevsellik 57,0 ± 37,8; fiziksel rol 64,2 ± 32,4; ağrı 65,2 ± 31,3; genel sağlık 47,8 ± 25,3; duygusal rol 73,4 ± 27,8; us sağlığı 69,7 ± 22,1; sosyal işlevsellik 68,7 ± 34,1; canlılık 58,7 ± 27,0 olarak saptanmıştır. Fiziksel ve ussal bileşen özet skorlarının ortalamaları ise sırasıyla 39,0 ± 12,8, 49,5 ± 10,5'tir.

FBÖS üzerine sosyo-demografik özelliklerin etkisi incelendiğinde; erkeklerde kadınlara göre, 75-79 yaş grubunda 80 yaş ve üstüne göre, ortaokul ve üstü eğitimli-lerde ilkokul ve altına göre, evlilerde dul ve boşanmışlara göre, sağlık güvencesi olanlarda olmayanlara göre, geliri giderinden fazla ya da eşit olanlarda ise gideri fazla olanlara göre FBÖS ortalamaları anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo II). Sosyal desteği belirlemeye yönelik değişkenlerin FBÖS üzerine anlamlı etki göstermediği saptanmıştır

Tablo II. Yaşlıların bazı özelliklerine göre yaşam kalitesi fiziksel ve ussal bileşen özet skor puanları

( $p>0,05$ ). Kronik hastalığı olanlarda, GYE'de bağımlılık ve depresyon saptananlarda FBÖS puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Tablo II). Gözlük ve işitme cihazı kullanan ve kullanmayanlar arasında YK puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla p değerleri 0,446, 0,358). Baston kullananlarda ise FBÖS puan ortalaması kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür ( $p\leq 0,001$ ).

UBÖS üzerine etkili olan değişkenler tek değişkenli çözümlenmelerle incelendiğinde fiziksel alana benzer olarak cinsiyet, eğitim durumu ve gelir algısının önemli olduğu görülmüştür (Tablo II). 80 yaş ve üstünde, 75-79 yaş grubuna göre UBÖS puan ortalaması daha düşük olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Medeni durumun ve sağlık güvencesinin UBÖS üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir (Tablo II). Yalnız yaşam ve diğer sosyal desteği belirlemeye yönelik değişkenlerle UBÖS puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Gözlük, işitme cihazı kullanımı ve kronik hastalık varlığı YK'nin ussal bileşeni üzerine anlamlı etki göstermemektedir (sırasıyla p değerleri 0,408, 0,160, 0,151). Buna karşın baston kullananlarda kullanmayanlara göre UBÖS daha düşüktür ( $p=0,001$ ). GYE'de bağımlılık ve depresyon saptananlarda UBÖS puanlarının ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo II).

Çoklu regresyon çözümlenmesi sonucunda tek değişkenli çözümlenmelerde anlamlı etkisi olduğu saptanan eğitim durumu, gelir algısı, yaş ve depresyonun FBÖS puanlarını etkilemediği görülmüştür. Buna karşın kadın olmak ve baston kullanmak YK fiziksel bileşenini olumsuz olarak etkilemektedir. GYE puanının arttıkça FBÖS puanının da arttığı, kronik hastalık sayısı arttıkça ise azaldığı gösterilmiştir (Tablo III).

Tek değişkenli çözümlenmelerde YK ussal bileşenini anlamlı etkileyen cinsiyet, eğitim durumu, gelir algısı ve baston kullanımının çoklu çözümlenmede etkisinin ortadan kalktığı saptanmıştır. GYE ve depresyon puanlarının ise UBÖS puanları üzerine anlamlı etkisi olduğu belirlenmiştir. Buna göre fonksiyonel bağımsızlığı gösteren GYE puanı arttıkça YK ussal bileşen puanı da artarken, depresyon puanı arttıkça azalmaktadır (Tablo III).

Özellikler	n	Fiziksel		Ussal	
		Ort ± SS	p	Ort ± SS	p
Cinsiyet					
Erkek	60	44,4 ± 10,4		51,8 ± 8,6	
Kadın	86	35,2 ± 12,9	≤0,001*	47,9 ± 11,4	0,021*
Yaş					
75-79	91	43,1 ± 11,7		50,7 ± 9,8	
80+	55	32,1 ± 11,6	≤0,001*	47,5 ± 11,3	0,078*
Eğitim					
OYD/OY/İlkokul	91	35,8 ± 12,7		48,0 ± 11,1	
Ortaokul+	55	44,2 ± 11,3	≤0,001*	52,0 ± 8,9	0,021*
Medeni durum					
Evli	75	42,8 ± 10,5		50,9 ± 9,4	
Diğer	71	35,0 ± 13,8	≤0,001*	48,0 ± 11,4	0,094*
Sağlık güvencesi					
Var	135	39,7 ± 12,3		49,9 ± 10,1	
Yok	11	30,2 ± 15,6	0,037**	43,8 ± 13,8	0,090**
Gelir algısı					
Geliri fazla/eşit	83	41,4 ± 12,3		52,1 ± 9,2	
Gideri fazla	63	35,9 ± 12,8	0,009*	46,0 ± 11,1	≤0,001*
Kronik hastalık					
Yok	17	45,3 ± 11,7		52,9 ± 8,5	
Var	129	38,1 ± 12,7	0,027**	49,0 ± 10,7	0,151**
GYE'de bağımlılık					
Yok	110	42,1 ± 11,6		50,9 ± 9,3	
Var	36	29,5 ± 11,7	≤0,001*	45,2 ± 12,8	0,017*
Depresyon					
Yok	111	40,5 ± 12,5		52,6 ± 8,5	
Var	35	34,2 ± 12,8	0,011*	39,6 ± 10,3	≤0,001*

\*Bağımsız gruplarda t testi, \*\* Mann-Whitney U testi

Tablo III. Çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre yaşam kalitesi fiziksel ve ussal bileşen puan ortalamasını etkileyen etmenler\*

	Fiziksel				Ussal				
	β	%95 Güven Aralığı		p	β	%95 Güven Aralığı		p	
Yaş	-0,15	-0,89	0,01	0,051	0,06	-0,23	0,50	0,478	
Cinsiyet	-0,18	-8,69	-0,87	0,017	-0,06	-4,46	1,99	0,449	
Eğitim durumu	-0,09	-6,54	1,35	0,195	-0,04	-4,18	2,32	0,571	
Gelir algısı	-0,08	-5,89	1,65	0,269	-0,06	-4,45	1,77	0,395	
Kronik hastalık	-0,19	-3,07	-0,49	0,007	-0,04	-1,33	0,79	0,616	
GYE	0,25	0,09	0,35	0,001	0,22	0,05	0,27	0,005	
Depresyon	-0,02	-1,62	1,22	0,779	-0,45	-4,80	-2,46	0,001	
Baston	-0,17	-10,20	-0,87	0,021	-0,13	-7,19	0,52	0,089	
R <sup>2</sup>		0,410					0,402		

\* Yaş, kronik hastalık sayısı, GYE ve depresyon puanı ölçüm verisi, diğer değişkenler kategorik veri olarak modele alınmıştır. Cinsiyet için erkek olmak, eğitim durumu için ortaokul ve üstü eğitilmiş olmak, gelir algısı için gideri fazla/eşit olmak, baston kullanımı için kullanmamak referans grup olarak alınmıştır.

## TARTIŞMA

Toplum içinde yaşayan ileri yaştaki yaşlıların yaşam kalitesinin araştırıldığı bu çalışma sonunda en düşük YK

puanı genel sağlıkta, en yüksek YK puanı ise duygusal rolde elde edilmiştir. Ussal bileşen puan ortalaması fiziksel bileşene göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun

nedeni araştırmaya katılan yaşlıların önemli bölümünün duygusal ve sosyal anlamda kendilerine destek olan kişi ya da kişilerin varlığını tanımlamaları olabilir. Bunun yanında bölgenin sosyoekonomik düzeyi yüksek ve görece eğitilmiş yaşlılardan oluşması da önemlidir. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlılarda yapılan bir çalışmada da benzer olarak en yüksek puan duygusal rolde, en düşük ise canlılık ve genel sağlıkta bulunmuştur (15). Amerika Birleşik Devletleri'nin Idaho eyaleti kırsalında yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlıların YK'sinin araştırıldığı çalışmada da ussal alana ilişkin puan, fiziksel puandan daha yüksektir (19). Buna karşın her iki çalışmada saptanan YK alt bileşen puanları araştırmada bulunanlardan daha düşüktür. Bu durumun nedeni olarak araştırmanın sosyoekonomik düzeyi yüksek, görece eğitilmiş, sağlık hizmetlerine kolay ulaşabilen yaşlılarda yapılmış olması düşünülmüştür.

Kadınlarda erkeklere göre fiziksel YK puan ortalaması anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Kadınlarda ortalama yaşam süresi erkeklere göre daha uzun olup beraberinde kronik hastalıklar ve sağlık şikayetleri de daha fazla görülmektedir. Yaşlı kadınlar için önemli sorun olan eğitim, sosyal güvence ve ekonomik alanlardaki sosyal eşitsizlikler, sağlık hizmetlerine ulaşımındaki zorluklar da göz ardı edilmemelidir. Toplumumuzun kültürel özellikleri nedeniyle kadınlardan beklenen rol genellikle ev işi yapmaları ve çocuk bakmaları olmuştur. Bu durum da kadınların ekonomik ve sosyal bağımsızlıklarının gelişmesini engellemiştir. Yine kadınlar sedanter yaşam ve obezite gibi yaşam biçimine bağlı risk etmenlerini erkeklere göre daha fazla taşımaktadırlar. Tek değişkenli çözümlemede ussal bileşen puanları da kadınlarda anlamlı olarak daha düşük olup çoklu regresyon analizinde fark ortadan kalkmıştır. Yapılan pek çok çalışmada da benzer olarak kadınlarda YK erkeklere göre daha düşük olarak saptanmıştır (15,20-23).

Tek değişkenli çözümlemede yaşın FBÖS üzerine etkisi olduğu saptanmışken çoklu regresyonda anlamlılık kaybolmuştur. Yaş ile ussal YK arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Buna karşın ileri yaşta YK puanlarının anlamlı olarak daha düşük saptandığı yayınlar bulunmaktadır (15,20). Yapılan çalışmada da ileri yaşta YK puanlarının ortalaması daha düşüktür. Ancak çözümlenmeler sonucunda var olan farklılığın anlamlı olmadığı görülmüştür.

Bu da yaşın kendi etkisinden çok bazı değişkenler için kafa karıştırıcı olduğunu düşündürmektedir. Örneğin yaşla birlikte kronik hastalıklarda ve bağımlılıktaki artış YK'nin de azalmasına neden olmaktadır.

Eğitim durumu, gelir algısı, medeni durum ve sağlık güvencesi ile YK alt bileşenleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sosyal desteği belirlemeye yönelik değişkenlerle YK arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu durumun nedeni olarak ulaşılan yaşlıların tamamına yakınının sosyal desteği olması yanında ulaşma oranının düşük olmasının da olabilecek bir farklılığın gösterilmesini engellemiş olabileceği düşünülmüştür. Kaynaklarda yalnız yaşayanlarda YK'nin diğerlerine göre daha düşük olduğu çalışmalar bulunmaktadır (15,22).

Kronik hastalık varlığının YK'nin fiziksel boyutu üzerine anlamlı etki gösterdiği buna karşın ussal alan üzerine etkili olmadığı görülmüştür. Kronik hastalık varlığının YK üzerine etkili olduğunu gösteren farklı çalışmalar bulunmaktadır (20,22). GYE'den alınan puan YK'nin her iki alanı üzerine de etkilidir. GYE'de daha bağımsız olan yaşlıların hem fiziksel hem de ussal alana ilişkin YK puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Dolayısıyla yaşlıların fonksiyonel bağımsızlıklarının sürdürülmesi iyi bir yaşam kalitesine iye olmaları açısından da önemlidir. GYE'de bağımsız olan yaşlılar sosyal yaşama da daha fazla katılabilirler. Yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinde bağımlılık oluşumunun engellenmesi ya da geciktirilmesi öncelikli hedeflerden olmalıdır. Bu amaçla süregelen seyirli ve kişinin fonksiyonlarını etkileyen hipertansiyon, diyabet, kalp yetmezlikleri, çeşitli kanserler gibi hastalıkların ortaya çıkışının engellenmesi amacıyla sağlıklı yaşam biçimine ilişkin davranışların erken yaşlardan itibaren kazandırılması önemlidir. Bununla birlikte fonksiyonel bağımlılık yapabilecek hastalıkların erken dönemde tanınması, uygun tedavi verilmesi ve uygun aralıklarda izlenmesi ve koruyucu önlemlerin her aşamada uygulanması sağlanmalıdır. İsveç, Kore ve Manisa'da yapılan çalışmalarda da günlük yaşam etkinliklerindeki bağımsızlık durumunun yaşam kalitesinin bir belirleyeni olduğu gösterilmiştir (21,22,24).

GYE puanlarında bağımsız olarak yaşının baston kullanımını fiziksel olarak YK'sini etkilemektedir. Yürümekte zorlanan bu nedenle baston kullanan yaşlıların masa kaldırmak, merdiven inip çıkmak gibi orta zorluktaki faaliyet-

leri yerine getirememesi dolayısıyla FBÖS puanlarının düşük olması beklenen bir sonuçtur. Gözlük kullanımı ve işitme aracı kullanımı ise YK'yi etkilememektedir. Gözlük ve işitme aracı ile görme ve işitme sorunların büyük ölçüde çözümlendiği, yaşlıların fiziksel olarak bağımsız olabildikleri oysa baston kullanımı için aynı durumun geçerli olmadığı düşünülebilir.

Beklenildiği üzere depresyon varlığında UBÖS ve bu alana ilişkin tüm YK alt bileşen puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Depresyon ve YK ilişkisini gösteren başka çalışmalar da bulunmaktadır (25,26). Özellikle yaşlılarda depresyon daha sık görülmekte ve kişinin YK'sini etkilemektedir. Yaşlılara yönelik sağlık hizmeti sunumunda bu hususun göz önünde bulundurulması, depresyon tanısının konması ve tedavi edilmesi gerekmektedir.

Yaşlılarda yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan çalışmaların önemli bölümünün huzurevlerinde ya da sağlık kurumlarına başvuranlarda yapılması nedeniyle bu çalışmanın toplum tabanlı yapılmış olması güçlü yanındır. Ulaşma oranının düşük olması ise en önemli kısıtlılığıdır. Bu durum var olan bazı farklılıkların gösterilmesini engellemiş olabilir. Düşük ulaşma oranı veri değerlendirilirken göz önünde bulundurulmalıdır. YK üzerine etkisi olabilecek farklı birçok bağımsız değişken sorgulanmış olmasına karşın çoklu regresyon çözümlenmesinde kurulan model ile YK'deki değişimin % 40'ı açıklanabilmiştir.

Sonuç olarak yaşlı nüfusun artışı ile birlikte yaşlıların yaşam kalitelerinin korunması ve daha kaliteli bir yaşam sürmeleri günümüzde olduğu gibi gelecekte de öncelikli sağlık hedeflerinden biri olacaktır. Özellikle yaşlılar içinde riskli grup olduğu görülen kadınlar, kronik hastalığı, fonksiyonel bağımlılığı, baston kullanımı ve depresyonu olan yaşlılar YK açısından daha yakından izlenmelidir. Bunun yanı sıra kronik hastalık, fonksiyonel bağımlılık, depresyon gibi risk etmenlerinin oluşmaması için çaba gösterilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Uçku R. Yaşlılık ve Sağlık. Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü içinde Ed: E Naıçacı, O Hamzaoğlu, E Özalp, Nâzım Kitaplığı, İstanbul 2006;472-483.
2. World Health Organization. Social Development and Ageing Crisis or opportunity. Special panel at Geneva 2000.
3. Tatar M, Tatar F. Sağlığın ölçülmesi: Kavramsal bir çerçeve. Toplum ve Hekim 1997;78:54-61.
4. Uz MH. Sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerinin sonuçlarının ölçülmesinde yapılan hatalar. Sağlık ve Toplum 1998;8: 8-10.
5. Fidan D, Ünal B, Demiral Y. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. Sağlık ve Toplum 2003; 13:3-8.
6. Şahin B. Sağlığın ölçümü ve kullanım alanlarına teorik bir bakış. Sağlık ve Toplum 1999;9:3-11.
7. Tüzün EH, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum 2003;13:3-7.
8. Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirmesi. Türk Geriatri Dergisi 1999;2:173-178.
9. Eser E. Yaşam kalitesinin sınıflandırılması ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu 2004. [http://www.bayar.edu.tr/~saykad/g\\_erhan1.html](http://www.bayar.edu.tr/~saykad/g_erhan1.html), Erişim Tarihi: 08.08.2007.
10. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma 2005;20: 55-63.
11. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004;7:162-165.
12. Kurtuluş Z, Yıldız H, Pınar R. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin geriatriye kullanımı. Sağlıkta Birikim 2006; 1:21-25.
13. World Health Organization. A Glossary Of Terms For Community Health Care And Services For Older Persons, 2004. [http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO\\_WKC\\_Tech.Ser.04.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser.04.2.pdf), Erişim tarihi: 10.02.2006.
14. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Hatipoğlu Yayınları, Ankara 2005;264-267.
15. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2006;9:30-33.
16. Shah A, Herbert R, Lewis S, Mahendran R, Platt J, Bhattacharyya B. Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short geriatric depression scale. Age Ageing 1997;26:217-221.
17. Valderrama Gama E, Damian J, Perez Del Molino J, Romero Lopez M, Lopez Perez M, Gavira Iglesias FJ.



- Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people. *Age Ageing* 2000;29:267-270.
18. Kaynak C. İnönü Emin Aytan Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yoksulluğun sağlık üzerine etkisi [Uzmanlık Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi, 2006.
  19. Clearly KK, Howell DM. Using the SF-36 to determine perceived health-related quality of life in Rural Idaho Seniors. *J Allied Health* 2006;35:156-161.
  20. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye İlçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2006;28:81-89.
  21. Stenzelius K, Westergren A, Thorneman G, Hallberg I.R. Patterns of health complaints among people 75+ in relation to quality of life and need of help. *Arch Gerontol Geriatr* 2005;40:85-102.
  22. Wha Lee T, Sun Ko I, Ja Lee K. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2006;43:293-300.
  23. Guallar-Castillon P, Sendino A R, Banegas J R, Lopez-Garcia E, Rodriguez-Artalejo F. Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Soc Sci Med* 2005;60:1229-1240.
  24. Lüleci E, Hey W, Subaşı F. Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey, *Arch Gerontol Geriatr* 2008;46:57-66.
  25. Wada T, Ishine M, Sakagami T et al. Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam and Japan. *Arch Gerontol Geriatr* 2005;41:271-280.
  26. Eyigör S, Karapolat H, Durmaz B. Bir üniversite kliniğine başvuran yaşlı kadınların yaşam kalitesi ve depresyon bulguları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2006;9:130-135.