

## Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi

FİLİZ ALTUĞ<sup>1</sup>, NESRİN YAĞCI<sup>2</sup>, ALİ KİTİŞ<sup>2</sup>, NİHAL BÜKER<sup>1</sup> ve UĞUR CAVLAK<sup>3</sup>, Pamukkale Üniversitesi

### Öz

**Amaç:** Çalışmamız evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. **Materyal ve Yöntem:** Çalışmaya yaşları 51–99 yıl arasında ve evde yaşayan 283 yaşlı rastgele örneklem yöntemi ile dahil edilmiştir. Demografik veriler kaydedildikten sonra, bireyler Nottingham Sağlık Profili (NSP), Geriatrik Depresyon Skalası, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (FIM) ve Rivermead Mobilite İndeksi (RMI) ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Yaş ortalaması 71.11±7.74 yıl olan olguların 153'ü (% 54.1) kadın, 130'u (% 45.9) erkektir. NSP median değeri 14.0, çeyrekler arası fark değeri 14.0 olarak bulunmuştur. Sosyal güvencesi olanların, yaşadığı ortamdaki memnun olanların, boş zaman aktivitelerine katılanların, sürekli ilaç kullanmayan ve kronik hastalığı olmayan bireylerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir (p<0.01). Yaş ilerledikçe NSP toplam skoru artmakta ve yaşam kalitesi kötüleşmektedir (p<0.01). Depresyon skorları arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır (p<0.01). Mobilite ve fonksiyonel bağımsızlık skoru düşük bireylerde yaşam kalitesi düşmektedir. Aralarında negatif yönde ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (p<0.01). Yapılan çoklu analiz sonucunda; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sosyal güvence, kronik hastalık sayısı, mali durum, memnuniyet algısı, ilaç kullanımı, boş zaman aktiviteleri, VKİ, depresyon, FIM, RIM' den oluşturulan model NSP toplam skoru ile modele sokuldu. Eğitim durumu, depresyon, kronik hastalık sayısı ve RIM bağımsız risk faktörleri olarak bulundu. Eğitim durumu ve RMI negatif yönde, kronik hastalık sayısı ve depresyon puanı pozitif yönde etkilemektedir. **Tartışma:** Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini eğitim durumu ve depresyon puanı pozitif yönde, kronik hastalık sayısı ve depresyon puanı pozitif yönde etkilemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlı, yaşam kalitesi.

Analyzing of factors affecting the quality of life in elderly at home

### Abstract

**Purpose:** This study was planned to determine factors affecting quality of life in elderly at home. **Material and Methods:** Two hundred and eighty three elderly

<sup>1</sup> Öğr. Gör., Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Denizli

<sup>2</sup> Yrd.Doç.Dr., Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Denizli

<sup>3</sup> Prof.Dr., Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Denizli

aged between 51 and 99 years were included in study. The subjects were assessed using by the Nottingham Health Profile (NSP), the Geriatric Depression Scale (FIM), the Functional Independent Measurement and the Rivermead Mobility Index (RMI). **Results:** The mean age was  $71.11 \pm 7.74$  years. Of the 54.1 % (n=153) were woman and 45.9 % (n=130) were man. The median NSP score was 14.0 and interquartile range 14.0. The results showed that the score of quality of life of the subjects, who had social support by government, and are pleased due to their living environment ( $p < 0.01$ ), was found to be higher than the others. The same result was found for the subjects, who were not taken medicine and had no any chronic disease. Quality of life is affected by aging process negatively. Increased depression symptoms, decreased mobility and functional independence scores lead to decreased quality of life in the aging process. This was an inverse correlation ( $p < 0.01$ ). Quality of life is affected by RMI and education levels negatively; quality of life is affected by positive chronic disease and depression symptoms. **Conclusion:** The results of this study indicate that there are a lot of factors affecting the quality of life in the subjects aged 50 and over.

**Key words:** Older adults, quality of life.

## Giriş

Kronolojik, biyolojik, sosyal ve psikolojik boyutları olan yaşlanma fizyolojik anlamda kaçınılmaz bir süreçtir. Bu süreç içinde yaşlılarda meydana gelen fizyolojik ve fiziksel değişimler, bireylerin birtakım faaliyetlerini kısıtlamakta veya gerçekleştirmelerine engel olarak, kendilerini mutsuz hissetmelerine neden olmakta ve özellikle sağlık açısından yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Balogun 2002, Tajvar 2008). Yaşam kalitesi; yaşamdan duyulan hoşnutluk ve mutluluk olarak tanımlanabilir. Son yıllarda yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi ile ilgili çalışmaların sayısı artmıştır. Dikkatlerin özellikle yaşlı insanların yaşam kalitelerine odaklanmasının nedeni, son elli yılda yaşlı nüfusunun artışı ve gelecek yüzyılda da artışın devam edeceğinin bilinmesidir ve bu yüzden artan yaşlı popülasyonda yaşam kalitesinin artırılması sağlık alanındaki en önemli hedeflerden biridir (Flávio 2003). Yaşam kalitesini; fiziksel ve maddi iyilik hali, sosyal yaşama katılım, boş zaman aktivitelerine katılım, psikolojik durum, emosyonel durum, aile ve arkadaşlar arasındaki ilişkiler gibi birçok faktör etkilemektedir (Birtane 2009). Yaşam kalitesinin ilerleyen yaşla birlikte bozulmaya eğilimli olduğu farklı araştırmalarda gösterilmiştir (Rejeski 2001). Toplumda önemli ve problemlili bir sosyal grup oluşturan yaşlılarda yaşam kalitesini fiziksel sağlık, fonksiyonel durum, psikososyal durum, kognitif durum ve sosyal iletişim etkilemektedir (Çalıştır 2006).

Yaşlının sağlık durumu yaşamının her yönünü sürekli olarak etkilemektedir. İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan kronik hastalıkların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği araştırmalarda ifade edilmektedir (Şenocak 2008, Canbaz 2003, Imberly 2006). Kore'de yapılan bir çalışmada, 45 yaşından sonraki dönemlerde yaşam kalitesi ölçümlerinin fiziksel alan skorunun kötü olduğu ve kronik hastalıkların varlığının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Lee

2006). Tayvan'da yapılan başka bir çalışmada ise yaşlılar arasında kronik hastalığı olduğunu bildirenlerde yaşam kalitesinin uyku düzeyi, ağrı, sosyal etkinlikler, emosyonel durum, enerji düzeyi ve fiziksel alan gibi tüm alt alanlarının ortalamalarında anlamlı düzeyde azalma olduğu gösterilmiştir (Kuan-Lang 2005).

Çalışmamız yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin neler olduğunu belirlemek amacıyla planlanmıştır.

### **Materyal ve Yöntem**

Çalışmamız kesitsel olarak kendi evinde yaşayan yaşlılar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya farklı illerde evde yaşayan 51-99 yaş grubundaki toplam 283 yaşlı dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil olma kriterleri arasında mobil olması, testleri yapabilecek düzeyde ve soruları anlayabilecek ve cevaplayabilecek durumda olması göz önüne alınmıştır. Çalışma öncesi tüm yaşlı bireylere çalışma ile ilgili bilgi verilmiştir. Veriler evde yaşayan yaşlıların evlerine gidilerek yaşlılarla yüz yüze konuşarak ve yaptığı aktiviteler incelenerek elde edilmiştir. Çalışma öncesi sosyo-demografik veriler alınmış ve yaşlı bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek için genel yaşam kalitesi ölçeği olan ve hastalıkların kişi üzerindeki bedensel, psikolojik ve sosyal etkilerini ölçmek için geliştirilmiş Nottingham Sağlık Profili (NSP) kullanılmıştır. Bu skala ağrı, fiziksel aktivite, enerji, uyku, sosyal izolasyon ve emosyonel reaksiyon olmak üzere altı bölümden oluşmakta ve toplam 38 soru içermektedir. Sorulara evet veya hayır şeklinde cevap verilir. Her bir bölüme 0-100 arası puanlama yapılır. 0 en iyi sağlık durumunu, 100 en kötü sağlık durumunu gösterir (Küçükdeveci 2000).

Yaşlı bireylerin depresif semptomlarının değerlendirilmesi için Yesavage tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Ertan ve Eker tarafından yapılmış olan Geriatrik Depresyon Skalası kullanılmıştır (Ertan 1997). Bu skala 30 sorudan oluşmakta ve cevapları evet ve hayır şeklinde verilmektedir. Ölçeğin puanlanmasında depresyon lehine verilen her yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmekte ve toplam puan depresyon puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-30 arasındadır. 0-10 arasındaki puanlar "*depresyon yok*", 11-13 arasındaki puanlar "*olası depresyon*" ve 14 ve üzerindeki puanlar "*depresyon var*" olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda depresyon skor sonucu 14 üzeri olanlar depresyon, 14 ve altı olanlar normal olarak kabul edilmiştir.

Fonksiyonel özürsüzlüğün değerlendirilmesi amacıyla Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (FIM) kullanılmıştır. Bu değerlendirmede yaşlıların kendine bakım, mesane kontrolü, mobilite, yer değiştirme, iletişim, sosyal algılama fonksiyonları değerlendirilmiştir. Total skoru 18-126 (tam bağımlı-tam bağımsız) arasında değişmektedir (Küçükdeveci 2001).

Yaşlıların mobilite düzeylerini değerlendirmek amacıyla tek boyutlu bir indeks olan Rivermead Mobilite İndeksi (RMI) kullanılmıştır (Akin 2007). Her "*evet*" yanıtı için 1 puan verilmekte ve 0-15 puan arası alınabilmektedir. 15 puan mobilitede sorun olmadığını, 14 puan ve aşağısı mobilite sorunu olduğunu göstermektedir.

Yaşam kalitesini etkileyen faktörler olarak:

- Sosyo-Demografik değişkenler: Cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, mali durum
- Fiziksel özellikler: yardımcı araç kullanımı, görme yardımcısı, işitme yardımcısı, ilaç kullanımı, kronik hastalık varlığı
- Vücut kitle indeksi
- Yaşam şekli: yaşam düzeni, yaşadığı ortam, ortam memnuniyeti, boş zaman aktiviteleri
- Depresyon
- Fonksiyonel özürülük
- Mobilite düzeyi incelenmiştir.

### *İstatistiksel analiz*

Elde edilen tüm verilerin analizi SPSS for Windows, version 13.0 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Analiz aşamasında, tanımlayıcı istatistiklerden frekans, yüzde, median ve çeyrekler arası fark (ÇAF); analitik istatistik olarak yaşam kalitesi ve alt alanlarına ait veriler normal dağılıma uymadığı için Kruskal Wallis (KW) ve Mann-Whitney U (MWU) testi kullanıldı. Yine FIM, RIM ve depresyon ile yaşam kalitesi alt alanlarının skoru Sperman's Korelasyon Analizi test edildi. Anlamalı bulunan bağımsız değişkenlerden oluşturulan model ile yaşam kalitesi (toplam skor ve alt alanlar) skorları ile çoklu lineer regresyon analizi ile test edildi.  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

### **Bulgular**

Araştırmaya katılan tüm olguların yaş ortalaması  $71.11 \pm 7.74$  yıl ve olguların 153'ü (% 54.1) kadın, 130'u (% 45.9) erkektir. Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ortalaması  $25.92 \pm 3.92$ 'dir. Olguların % 41.7'si ilkokul mezunu olup, % 57.6'sı evli ve %81.3'ünün sosyal güvencesi vardır (Tablo 1). Olguların fiziksel özellikleri incelendiğinde % 66.8'i baston kullanmazken, % 48.4'ü gözlük kullanmakta, % 9.2'si işitme cihazı kullanmaktaydı. Olguların % 68.9'u sistemik hastalıklarıyla ilgili olarak ilaç kullanmaktaydı (Tablo 2). Olguların yaşam şekilleri incelendiğinde % 54.4'ü eşi ile birlikte, % 66.1'i kentte yaşarken, yaşadığı ortamdan memnun olmayan olgular % 22.6 ve boş zaman aktivitelerine katılmayan olgu sayısı % 70.3 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Olguların RMI'nin ortalama değeri  $12.17 \pm 3.50$ , FIM ortalaması  $126.75 \pm 19.33$ , depresyon skor ortalaması  $6.12 \pm 3.48$  bulunmuştur (Tablo.4 ).

NSP'nin median değeri ve çeyrekler arası fark değeri (ÇAF) 14.0 (14.0) olarak bulunmuştur. NSP alt ölçeklerinden enerji düzeyinin (EL) 60.4 (52.0), emosyonel reaksiyon (ER) 30.9 (43.0), Ağrı (P) 30.1 (53.4), Sosyal izolasyon (SI) 17.6 (57.8),

Fiziksel aktivite (PA) 33.1 (43.2), uyku düzeni (S) 37.8 (52.4) olarak bulunmuştur (Tablo.5 ).

**Tablo 1.** Olguların sosyo-demografik bilgileri

Değişkenler	n	%	Değişkenler	n	%
<b>Cinsiyet</b>			<b>Medeni Durum</b>		
Kadın	153	54.1	Bekâr	5	1.8
Erkek	130	45.9	Evli	163	57.6
			Boşanmış	115	40.7
<b>Eğitim Durumu</b>			<b>Sosyal Güvence</b>		
Okuma-yazma			Var	230	81.3
bilmiyor	97	34.3	Yok	53	18.7
İlkokul	118	41.7	<b>Mali Durum</b>		
Ortaokul	31	11.0	Kendine yeter	185	65.4
Lise	21	7.4	Çocukları bakıyor	51	18.0
Üniversite	16	5.7	Devlet	31	11.0

Depresyon skorları ile yaşam kalitesinin total skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon ( $r=0.535$ ) bulunmuştur. Ayrıca NSP'nin alt grupları olan enerji düzeyi ile depresyon arasında ( $r=0.408$ ), emosyonel reaksiyon ile depresyon( $r=0.427$ ), Ağrı ile depresyon ( $r=0.398$ ), Sosyal izolasyon ile depresyon ( $r=0.451$ ), Fiziksel aktivite ile depresyon ( $r=0.435$ ), uyku düzeni ile depresyon ( $r=0.408$ ) arasında da anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 6). Yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği ve NSP total puanının arttığı görülmüştür. Yaş ile NSP arasındaki ilişki anlamlıdır ( $r=0.204$ ). Yaş ile NSP'nin alt grupları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 6).

**Tablo 2.** Olguların fiziksel özelliklerinin incelenmesi

Değişkenler	n	%	Değişkenler	n	%
<b>Yardımcı araç kullanımı</b>			<b>İlaç kullanımı</b>		
Koltuk değneği	10	3.5	Sürekli ilaç kullanan	193	68.9
Tekerlekli sandalye	4	1.4	Kullanmayan	87	31.1
Tek baston	73	25.8			
Kullanmayan	189	66.8	<b>Kronik hastalıklar*</b>		
<b>Görme yardımcısı</b>			Nörolojik problemler	50	17.7
Gözlük kullanan	137	48.4	Ortopedik problemler	102	36.0
Kullanmayan	146	51.6	Solunum sistemi hast.	67	23.7
<b>İşitme yardımcısı</b>			Mesane-barsak prob.	65	23.0
İşitme cihazı kullanan	26	9.2	İşitme problemi	68	24.0
Kullanmayan	257	90.8	Görme problemi	120	42.4

\* Olgular birden fazla problem işaretlemişlerdir.

Mobilite ve fonksiyonel bağımsızlık skoru düşük bireylerde yaşam kalitesi düşmektedir. RMI ve FIM ile NSP ve alt grupları arasında negatif yönde ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 6).

**Tablo 3.** Olguların yaşam şeklinin incelenmesi

Değişkenler	n	%	Değişkenler	n	%
<b>Yaşam düzeni</b>			<b>Yaşadığı ortamdaki memnuniyet</b>		
Yalnız	41	14.5	Memnun	219	77.4
Eşi ile beraber	154	54.4	Memnun Değil	64	22.6
Yakınları ile beraber	54	19.1			
<b>Yaşadığı ortam</b>			<b>Boş zaman aktiviteleri</b>		
Kent	187	66.1	Var	84	29.7
Kasaba	96	23.9	Yok	199	70.3

Kronik hastalığa sahip olan yaşlılarda da yaşam kalitesinin kötüleştiği bulunmuştur. Kronik hastalıklar ile NSP arasında ve alt grupları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.001$ ). (Tablo 7). Eğitim düzeyi ile NSP arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır ( $p < 0.001$ ). (Tablo 7).

**Tablo 4.** Olguların RMI, FIM, depresyon skorlarının incelenmesi

Değişkenler	Min- Max	X ± SD
RMI	1-15	12.17± 3.50
FIM	4-157	126.75± 19.33
Depresyon	0-15	6.12± 3.48

Sosyal güvencesi olmayan yaşlılarda NSP toplam skoru artmakta ve yaşam kalitesi kötüleşmektedir, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olup negatif yöndedir ( $z = -2.239$ ). Sosyal güvence ile NSP alt gruplarından EL, P ve PA arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (Tablo 8). Yaşadığı ortamdaki memnun olan yaşlılar ile NSP toplam skoru ( $z = -6.182$ ) ve boş zaman aktivitelerine katılan yaşlılarla NSP toplam skor arasındaki ( $z = -4.822$ ) arasındaki ilişki anlamlıdır (Tablo 8). Bunun yanında sürekli ilaç kullanmak zorunda olan yaşlıların yaşam kalitesi toplam skoru ve NSP alt grupları skorlarının kötü olduğu, ilaç kullanımı ile NSP arasında ( $z = -4.222$ ) negatif yönlü ilişki bulunmuştur (Tablo 8).

VKİ, medeni durum ve yardımcı araç kullanımı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çoklu analiz sonucunda; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sosyal güvence, kronik hastalık sayısı, mali durum, memnuniyet algısı, ilaç kullanımı, boş zaman aktiviteleri, VKİ, depresyon, FIM, RIM' den oluşturulan model NSP toplam skoru ile modele sokuldu. Eğitim durumu, depresyon, kronik hastalık sayısı ve RIM bağımsız risk faktörleri olarak bulundu. Eğitim durumu ve RMI negatif yönde, kronik hastalık sayısı ve depresyon puanı pozitif yönde etkilemektedir.

**Tablo 5.** Olguların NSP skorlarının incelenmesi

Değişkenler	Min- Max	Median (ÇAF)*
NSP Total Skor	0-36	14.0 (14.0)
Enerji düzeyi (EL)	0-100	60.4 (52.0)
Emosyonel reaksiyon (ER)	0-100	30.9( 43.0)
Ağrı (P)	0-100	30.1 (53.4)
Sosyal izolasyon (SI)	0-100	17.6 (57.8)
Fiziksel aktivite (PA)	0-88.5	33.1 (43.2)
Uyku (S)	0-100	37.8 (52.4)

\*Çeyrekler arası fark

**Tablo 6.** Depresyon düzeyi, FIM, RMI ve yaş ile yaşam kalitesi arasındaki korelasyon (Sperman's Korelasyon Analizi)

Değişkenler	NSP	EL	ER	P	S	SI	PA
Depresyon Düzeyi	0.535**	0.408**	0.427**	0.398**	0.340**	0.451**	0.435**
FIM	-0.418**	-0.235**	-0.306**	-0.287**	-0.438**	-0.314**	-0.374**
RMI	-0.552**	-0.450**	-0.249**	-0.470**	-0.393**	-0.361**	-0.532**
YAŞ	0.204**	0.142*	0.133*	0.069	0.217**	0.200**	0.186**

\*\* 0.01 düzeyinde anlamlıdır. \* 0.05 düzeyinde anlamlıdır

**Tablo 7.** Yaş, eğitim durumu ve kronik hastalıklar ile nsp arasındaki ilişki (KW ve MWU testi)

	NSP	EL	ER	P	S	SI	PA
Yaş grupları	Median (ÇAF)	Median (ÇAF)	Median (ÇAF)	Median (ÇAF)	Median (ÇAF)	Median (ÇAF)	Median (ÇAF)
65-69	11.0 (14.5)	39.2 (69.6)	27.4 (37.4)	23.4 (34.4)	28.6 (43.3)	15.9 (37.9)	21.3 (44.6)
70-74	14.0 (14.0)	60.8 (66.5)	30.7 (40.3)	33.0 (58.2)	39.1 (50.3)	20.1 (41.8)	34.2 (43.2)
75 ve üzeri	18.0 (15.0)	60.8 (63.2)	35.6 (45.1)	30.1 (52.7)	44.0 (43.3)	32.1 (42.1)	41.5 (41.4)
<b>P</b>	KW p=0.020	KW p=0.098	KW p=0.186	KW p=0.443	KW p=0.005	KW p=0.019	KW p=0.036
	MWU 1-3: 0.007	MWU 1-3: 0.043	MWU	MWU	MWU 1-3: 0.001	MWU 1-3: 0.006	MWU 1-2: 0.050 1-3: 0.013
<b>Eğt. Grubu</b>							
Okuryazar değil	21.0 (16.5)	60.8 (63.2)	36.4 (45.7)	49.9 (47.7)	49.6 (53.1)	37.9 (42.1)	41.8 (34.2)
İlköğretim	14.0 (11.7)	60.8 (52.0)	34.1 (46.6)	30.1 (53.1)	36.3 (52.9)	21.0 (41.7)	34.5 (41.7)
Lise- Üniversite	9.0 (11.0)	24.0 (60.8)	23.7 (30.9)	15.8 (33.0)	34.9 (43.3)	0.0 (22.0)	12.6 (34.4)
<b>P</b>	KW <0.001	KW <0.001	KW p=0.014	KW <0.001	KW p=0.008	KW <0.001	KW <0.001
	MWU 1-2: 0.001	MWU 1-2: 0.020	MWU 2-3: 0.020	MWU 1-2: 0.001	MWU 2-3: 0.028	MWU 2-3: <0.001	MWU 1-2: 0.040
	2-3: <0.001	2-3: <0.001	1-3: 0.005	2-3: 0.001	1-3: 0.002	1-3: <0.001	2-3: <0.001
	1-3: <0.001	1-3: <0.001		1-3: <0.001			1-3: <0.001
<b>Kronik hst.</b>							
Yok	7.0 (7.0)	0.0 (60.8)	23.7 (46.1)	10.4 (21.5)	16.1 (38.4)	0.0 (22.0)	11.2 (28.0)
Var Nörolojik hast	12.0 (11.0)	36.8 (72.0)	26.8 (36.7)	26.0 (43.3)	34.9 (44.0)	15.9 (57.3)	31.0 (33.9)
Ortopedik Hast.	15.0 (12.5)	60.8 (39.2)	30.5 (42.8)	30.5 (46.3)	41.5 (48.7)	19.7 (43.6)	34.4 (33.4)
Diğerleri	22.0 (12.7)	76.0 (60.8)	46.1 (44,3)	63.0 (57.8)	59.0 (48.0)	39.9 (47.9)	54.5 (25.5)
<b>P</b>	KW <0.001	KW <0.001	KW p=0.001	KW <0.001	KW <0.001	KW <0.001	KW <0.001
	MWU 0-1: <0.001	MWU 0-1: 0.007	MWU 0-1: 0.291	MWU 0-1: <0.001	MWU 0-2: 0.010	MWU 0-1: 0.002	MWU 0-1: <0.001
	0-2: <0.001	0-2: 0.001	0-2: 0.129	0-2: <0.001	0-3: <0.001	0-2: 0.003	0-2: <0.001
	0-3: <0.001	0-3: <0.001	0-3: 0.001	0-3: <0.001	1-3: <0.001	0-3: <0.001	0-3: <0.001
	1-3: <0.001	1-3: <0.001	1-3: <0.001	1-3: <0.001	2-3: 0.010	1-3: 0.005	1-3: <0.001
	2-3: <0.001	2-3: 0.001	2-3: 0.005	2-3: <0.001		2-3: 0.007	2-3: <0.001



**Tablo 8.** Cinsiyet, sosyal güvence, yaşadığı ortamdaki memnuniyet, ilaç kullanımı ve boş zaman aktiviteleri ile NSP arasındaki ilişki (MWU testi )

	NSP	EL	ER	P	S	SI	PA
Cinsiyet	Median (CAF)	Median (CAF)	Median (CAF)	Median (CAF)	Median (CAF)	Median (CAF)	Median (CAF)
Kadın	18.0 (15.0)	60.8(63.2)	30.9 (41.8)	43.0 (49.5)	39.8 (61.5)	20.1(42.1)	41.8 (33.2)
Erkek	12.0 (12.0)	36.8(63.2)	30.9 (42.3)	21.8 (42.7)	34.9 (43.7)	15.9 (42.1)	23.4 (34)
(MWU ) p	0.005	0.005		<0.001			0.002
<b>Sosyal Güvence</b>							
Var	18.0 (13.0)	60.8 (63.2)	31.6 (43.7)	38.6 (49.6)	51.0 (48.9)	22.0 (41.9)	41.8 (41.9)
Yok	10.0 (11.0)	36.8 (60.8)	27.4 (34.1)	18.9 (43.0)	16.1 (27.2)	15.9 (57.36)	23.2 (34.3)
(MWU ) p	<0.001	<0.001		<0.001	<0.001	0.025	0.001
<b>Ortam Memnuniyeti</b>							
Memnun	12.0 (12.0)	36.8 (76.0)	28.3 (36.4)	25.3 (44.7)	34.9 (46.1)	15.9 (42.0)	30.6 (33.9)
Memnun Değil	22.0 (11.0)	69.6 (39.7)	46.8 (50.1)	53.9 (55.7)	56.2 (48.9)	40.0 (61.5)	54.5 (32.4)
(MWU ) p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
<b>Boş zaman akt. katılım</b>							
Var	10.0 (12.5)	36.8 (60.8)	24.4 (46.5)	21.2 (43.0)	34.2 (43.3)	15.9 (38.5)	12.6 (39.1)
Yok	17.0 (13.0)	60.8 (63.2)	33.7 (41.2)	37.6 (50.8)	39.8 (51.0)	22.0 (42.1)	41.8 (33.0)
(MWU ) p	<0.001	<0.001	0.050	<0.001	0.001	0.001	<0.001
<b>İlaç kullanımı</b>							
Var	18.0 (13.0)	60.8 (63.2)	31.6 (43.7)	38.6 (49.6)	51.0 (48.9)	22.0 (41.9)	41.8 (41.9)
Yok	10.0 (11.0)	36.8 (60.8)	27.4 (34.1)	18.9 (43.0)	16.1 (27.2)	15.9 (57.3)	23.2 (34.3)
(MWU ) p	<0.001	<0.001		<0.001	<0.001	0.025	0.001

## Tartışma

Çalışmamız sonucunda; evde yaşayan yaşlılarda eğitim durumu, depresif semptomların varlığı, fonksiyonel bağımsızlık ve mobilite düzeylerinin düşük olması, kronik hastalıkların varlığı gibi faktörlerin yaşam kalitesi etkilediği bulunmuştur.

Dünyada yaşlı popülasyonun giderek artması nedeniyle, yaşlılarda yaşam kalitesinin artırılması sağlık alanındaki önemli hedeflerden biri haline gelmiştir.

Yaşam kalitesi birçok değişkene bağlı, karmaşık bir kavramdır ve en önemli belirleyicilerden biri kişinin genel sağlık durumudur (Çalıştır 2006).

Kronolojik olarak 60 yaştan sonra başlayan bir süreç olarak kabul edilen yaşlılık yaşam konusunda birçok kayıpların olduğu bir süreçtir. Bu süreç içinde görülme sıklığı artan kronik hastalıklar kişinin genel sağlığını etkileyerek yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Ersoy 2003, Thaís Cano 2009). Yaptığımız çalışmanın sonucunda ilerleyen yaşla birlikte kronik hastalığı olan yaşlılarda yaşam kalitesinin bütün alt alanlarında ortalama değerlerin düşük olduğu bulunmuştur. Fonksiyonel bozukluk, yetersizlik ve sakatlıklar sonrasında bireyin yaşam kalitesinde değişiklikler meydana gelmektedir. Nitekim çalışmamızda yaşam kalitesi genel skoru ve alt grupları olan uyku düzeyi, ağrı, sosyal etkinlikler, emosyonel durum, enerji düzeyi ortalama değerleri ile mobilite indeksi ve fonksiyonel bağımsızlık ölçümleri arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur yani yaşlıların mobilite durumları ve fonksiyonel anlamda bağımsızlıkları kısıtlandıkça yaşam kaliteleri düşmektedir. Yaşlanmayla artan kronik hastalıklar, kişisel yetersizlikleri ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığı belirlemektedir ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (Desai 2001). Çalışmamızda kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayan yaşlılarda yaşam kalitesinin kronik hastalığı olanlara göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Yaşlanmayla birlikte mobilite yeteneği azalacağından dolayı kişinin kendi işlerini yapabileceği yeteneği azalır ve ihtiyaçlarını karşılaması zorlaşır ve kendini daha yetersiz görmeye başlayarak, depresyon gibi psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir. Bu duru006). Çalışmamızda depresif semptomlar arttıkça yaşam kalitesinin de olumsuz yönde m özellikle kadınlarda daha sık görülmektedir. Yaşlılıkta mobilitenin azalması kişinin daha önceden var olan sosyal ilişkilerinde değişiklikler meydana gelirken, ilişki kurabileceği arkadaş ve akraba sayısında azalmalar meydana gelmektedir. Bu yüzden yaşlılarda genel bir sosyal izolasyon oluşmakta ve yaşlılıkta depresyonun sıklığını arttırmaktadır (Gülseren 2000, - Djernes 2 etkilendiği görülmüştür. Jakobsson (2006) yaşlılarla ilgili çalışmasında ağrı ile birlikte fonksiyonel limitasyonların görüldüğünü, depresif karakter, yalnızlık, yorgunluk, uyku problemleri ve bazı hastalıklarla birlikte yaşam kalitesinin düşmesinin birlikte olduğunu göstermişlerdir.

Yaşam kalitesinin belirleyicilerinden biri olan sağlık, fiziksel ve ruhsal olarak iyi olmasıdır. Kişi serbest zamanlarında çeşitli aktivitelerde bulunarak, fiziksel ve ruhsal bakımdan kendini daha iyi hissedecektir. Yapılan çalışmalarda düzenli fiziksel aktivitelere katılmış, aktif yaşam süren kişilerde yaşlanma ile ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerin geciktirildiği veya daha az şiddette görüldüğü ifade edilmektedir (İnal 2003). Çalışmamızda mobilite düzeyi düşük olan yaşlılarda yaşam kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur. Tajvar (2008) yaptığı çalışmada fiziksel yapı, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durum, fiziksel sağlık ve ruhsal durumun kötü olması gibi faktörlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir (Eser 2005).

## Sonuç ve Öneriler

Çalışmamız sonucunda depresif semptomların varlığı, fonksiyonel bağımsızlık ve mobilite düzeylerinin düşük olması, kronik hastalıkların varlığının yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür. Özellikle giderek artan bir popülasyonu oluşturan yaşlı bireylerin izlemlerinde ve tedavilerinde çok yönlü bir yaklaşım uygulanması gerekmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalar; yaşlıların daha kaliteli bir yaşam sürdürmeleri için gerekli düzeltmelerin yapılması konusunda halk sağlığı konusunda çalışanlar araştırmacılara yön verecek ve sağlıklı bir yaşlı toplum oluşmasına öncülük edecektir.

## Yararlanılan Kaynaklar

- Akın, B, Emiroğlu ON. (2007). Rivermead Mobilite İndeksi (RMI) Türkçe formunun yaşlılarda geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Geriatri Dergisi*, 10(3):124-130.
- Balogun, JA, Katz JS. (2002). Physiological changes and functional limitations associated with aging: A critical literature review. *Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*, 13 (1):37-59.
- Birtane, M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K., Akçi, C. ve Kokino S. (2000). Edirne Huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(4):141-145.
- Canbaz, S, Sunter AT, Dabak S. ve Peksen Y. (2003). The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. *Turk J Med Sci*, 33:335-340.
- Çalıştır, B, Dereli F, Ayan H. ve Cantürk, A. (2006). Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(1):30-33.
- Desai, MM, Lentzner HR. (2001). Unmet need for personal assistance with activities daily living among older adults. *Gerontologist*. 41: 82-88.
- Djernes J. (2006). K Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 113 (5):372- 387.
- Ersoy, AF, Demirel H. (2003). Yaşlılarda Sağlık Açısından Yaşam Kalitesi, II. *Ulusal Yaşlılık Kongresi, Bildiriler, Denizli*. (s:248-60).
- Ertan, T, Eker E, Şar V. (1997). Geriyatrik Depresyon Ölçeğinin Türk yaşlı popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 34(2):62-71.
- Eser, E, Eser S, Özyurt C. ve Fidaner, C. (2005). Türk yaşlıları örneğinde yaşam kalitesi algısı: Whoqol-Old Projesi Türkiye odak grup çalışması. *Türk Geriatri Dergisi*, 8(4):169-183.
- Fletcher, BJ, Gulanic M, Braun TL. (2005). Physical activity and exercise for elders with cardiovascular disease. *MEDSURG Nursing*, 14(2):101-109.

- Gülseren, Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A. ve Vural N. (2000). Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(4):133-140.
- Imberly, CK, Dana DM. (2006). Using the SF-36 to determine perceived health-related quality of life in rural Idaho Seniors. *Journal of Allied Health*, 35: 156-161.
- İnal, S, Subaşı F, Mungan-Ay S, Uzun S, Alpkaya U, Hayran O, Akarcay V. (2003). Yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 6(3):95-99.
- Jakobsson, U. (2006). A literature review on fatigue among older people in pain: prevalence and predictors. *International Journal of Older People Nursing*, 1(1):11-16.
- Kuan-Lang, L, Rong- Jye T, Bing-Long W, et al. (2005). Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Qual Life Res*, 14: 1169-1180.
- Küçükdeveci, AA, McKenna SP, Kutlay S, et al. (2000). The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. *Int J Rehabil Res*. 23(1):31-8.
- Küçükdeveci, A, Yavuzer G, Elhan A, et al. (2001). Adaptation of the functional independence measure for use in Turkey. *Clinical Rehabilitation* 15:311-9.
- Lee, TW, Ko IS, Lee KJ. (2006). Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey *Int J Nurs Stud*; 43: 293-300.
- Miranda, TC, Jaluul O, Machado AN, Paschoal SMP, Filho WJ. (2009). Quality of life and multimorbidity of elderly outpatients. *Clinics*. 64(1):45-50.
- Özdamar, K. (1997). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi I*. Anadolu Üniversitesi Fen Fakültesi Yayınları. Eskişehir.
- Rejeski, WJ, Mihalko SL. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56:23-35.
- Skevington, SM, Lofty M, Connell KA. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial Areport from the Whoqol Group. *Qual Life Res* 13:299-310.
- Şenocak, Ö, Söylev GÖ, Avcılar S, Peker Ö. (2008). İnme sonrasında yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)*. 25(3):169-175.

- Tajvar, M, Arab M. ve Montazeri, A.(2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*, 8: 323.
- Telatar, TG, Ŗzcebe H. (2004). Yaşlı nũfus ve yaşam kalitelerinin yũkseltilmesi. *Tũrk Geriatri Dergisi*, 7(3):162-165.
- Xavier, MF, Ferraz M, Marc N, Escosteguy NU. ve Moriguchi, HE. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 25:1.