

Yaşlılıkta yaşam kalitesi değerlendirilmesi: kamu hastanesine başvuranlar örneği*

Yasemin Durduran¹, Berrin Okka², Şadiye Şafak³, Nazan Karaoğlu⁴, Mehmet Uyar¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

²Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Konya

³Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Eğitim Hemşiresi, Konya

⁴Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

Öz

Amaç: Günümüzde yaşlılık dönemi sadece kronolojik yaş olarak kabul edilmekle kalmayıp, aynı zamanda yaşlılık çağında sağlıklı yaşlanmanın ve yaşam kalitesinin önemi vurgulanmaktadır. Çalışmada, bir kamu hastanesine başvuran 65 yaş ve üzeri kişilerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi durumu ve yaşam kalitesini etkileyebilecek faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Konya'da bir kamu hastanesine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 65 yaş ve üstü bireylerle yapıldı. Veri toplanmasında, sosyodemografik özellikleri ve hekim tanımlı kronik hastalıklarının varlığını sorgulayan bir anket ile Yaşam Kalitesi Kısa Form-36 ölçeği kullanıldı. Veriler, uygun istatistiksel testlerle analiz edildi.

Bulgular: Katılımcıların % 78,3'ü 65-74 yaş grubunda olup; % 54,0'ının kronik hastalığı, %7,2'sinin engeli vardı. Yaşlılıkla ilgili mutsuz eden bir olay varlığını belirten % 27,0 katılımcı olurken; katılımcıların % 42,2'sinin uyku problemi vardı. Çalışma grubunun sosyal fonksiyonellik alt boyut puan ortalaması 48,52 ± 20,48, mental-ruh sağlığı 47,15 ± 15,33, genel sağlık alanındaki ortalama puanı 46,56 ± 18,06 idi. Ağrı skoru, yaşlılık ile ilgili üzüntü yaşayanlarda (p=0,04) ve uyku problemleri olanlarda (p = 0,001) diğerlerinden yüksekti.

Sonuç: Yaşam kalitesi alt boyutlarına ait puan ortalamaları düşüktür. Yaşlılıkla ilgili, yaşlıları mutsuz edici davranışlar vardır. Yaşlılarda kronik hastalıklar, uyku sorunları ve psikososyal sorunlar birlikte düşünüldüğünde, yaşlı bireylerde izleme ve koruyucu hizmetlere yönelik çalışmaların önemine bir kez daha dikkat çekilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, yaşam kalitesi, sağlıklı yaşlanma

Abstract

Objective: Today, old age period is not only considered as chronological age but also it is emphasized the importance of healthy aging and high quality of life in old age while reaching this age. In study, it was aimed to evaluate the health-related quality of life status and the factors that could affect the quality of life of people aged 65 years or older who applied to a public hospital.

Material and Method: The study was conducted with individuals aged 65 years or older who applied to a public hospital in Konya and agreed to participate in the study. In the data collection was used with the Life Quality Short Form-36 scale and a questionnaire investigating the sociodemographic characteristics and the presence of chronic diseases diagnosed by physicians. The data analyzed with appropriate statistical tests.

Results: Seventy eight percent of the participants were in the 65-74 age group; 54,0% had a chronic illness, and 7,2% had a physical disability. Twenty seven percent stated the existence of an upsetting event about old age and 42,2% had sleeping problems. The mean score of the social functioning subscale of the study group was 48,52±20,48, sanity-mental health was 47,15±15,33, and the mean score in the general health field was 46,56±18,06. The pain score was higher in the ones with an upsetting event about old age (p=0,04) and those with sleep problems (p <0,001).

Conclusion: The quality of life scores of the elderly people and its subscales are generally low in the study. There are upsetting events related to old age. When high chronic illness rate, sleeping problems and psychosocial problems during old age are considered together, we need to draw attention once more to the importance of the work towards monitoring and preventive services in elderly people.

Key words: Elderly, life quality, healthy aging

Genel Tıp Derg 2018;28(3):113-120

Alınan: 10.05.2018 / 23.05.2018 / Yayınlanma: 20.09.2018

Yazışma adresi: Yasemin Durduran, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

E-posta: ydurduran@gmail.com

Giriş

Hayatın kaçınılmazı olarak her birey doğar, büyür ve ölür. Arzu edilen, bu yaşam döngüsünde geçen sürenin sağlıklı ve kaliteli sürdürülebilmesidir. Yaşlılık dönemi, Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre çoğu gelişmiş ülkede kronolojik tanımlama ile 65 yaş sonrası olarak kabul edilirken, Birleşmiş Milletler ise standart sayısal bir kriter olmamasına rağmen 60 yaş üzerini 'yaşlı' olarak belirtmektedir (1). Yaşlılık üç alt grupta toplanmaktadır ki; 65-74 yaş grubu 'genç yaşlı', 74-84 yaş grubu 'yaşlı', 85 ve üzeri yaş grubu 'en yaşlı yaşlı' olarak tanımlanmıştır (2-4). Bilindiği üzere Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır (5). DSÖ (2014)'ne göre, Dünya'da 60 yaş ve üzerinde 600 milyona yakın nüfus varken, 2025 yılında bu sayının iki katına ulaşacağı tahmin edilmektedir (6). Adrese Dayalı nüfus Kayıt Sistemi verisine göre 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı % 7,7'dir. Yapılan projeksiyonlarda 2023 yılında oranın % 10,2'ye, 2050 yılında ise % 20,8'e yükseleceği tahmin edilmektedir (7). Yaşlı bireylerin sayısında artış olacağı öngörüsü, yaşlı sağlığı çalışmalarına hız verilmesi gerekliliğini düşündürmektedir. İnsanlar her ne kadar uzun ve sağlıklı yaşamak isteginde olsalar da, yaşlılık dönemi zorlanılabilen bir süreç olabilir. Bu nedenle yaşlılık sürecinin kaliteli geçirilmesi adına; verilecek hizmetlerin planlanması, kapsamının belirlenmesi ve uygulamalara destek açısından, yaşlılıkla ilgili sorunları irdeleyen ve çözüm önerilerini içeren her çalışma önemlidir.

Yaşam kalitesi; bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları, standartları doğrultusunda hayattaki durumlarını nasıl algıladıklarıdır. Bu fiziksel sağlık, psikolojik durum ve sosyal ilişkileri de içine alan çok geniş kapsamlı bir tanımlamadır (8). Yaşlı insanların özellikle "günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık" gibi yaşam kalitesini etkileyebilecek pek çok faktör olabilir. Ülkemizde 65 yaş üzeri bağımlılık oranını 2012 yılında % 11,1 iken, 2023'te % 14,9 olacağı tahmin edilmektedir (9). Bu çalışmada Konya'da bir kamu hastanesine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi durumları ve ilgili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı. Böylelikle hem yaşlılara verilecek sağlık hizmetlerine, hem de sağlık hizmet vericilerine yaşlılığa ve yaşlıya yaklaşımla ilgili verilecek eğitimlerde destek olmayı hedefleyen bazı verilerin elde edilmesi planlandı.

Gereç ve Yöntem

Konya ilinde bir kamu hastanesinde yürütülen kesitsel çalışmanın evreni, Konya merkezde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerdir. Daha önce yapılan bir çalışmada Yaşam Kalitesi Kısa Form-36 (SF-36) ölçeğinin (10) fiziksel fonksiyon skalası ortalaması dikkate alınarak % 80 güçle, % 95 güven sınırları içinde 0,10 luk sapma ile örnek hacmi 262 olarak hesaplandı. Çalışma için yerel etik kurul izni ile hastane başhekimliğine çalışmanın amacı ve uygulanması hakkında bilgilendirme yapılarak, sözlü izin alındı. Hastane polikliniklerine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllülere de ön bilgilendirme yapıldı. Çalışma, 2012 yılında hastaların poliklinik sıralarını bekleme süresinde herhangi bir gecikme yaşanmamasına özen gösterilerek yürütüldü. Veri toplamada araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket ile SF-36, yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak uygulandı. Anket katılımcıların sosyodemografik bilgilerini, hekim tanımlı hastalıklarını ve yaşlılıkla ilgili düşüncelerini kapsayan soruların yer aldığı 18 sorudan oluşturuldu. Anketin ilk on uygulaması ön deneme olarak kabul edildi ve çalışmaya dahil edilmedi. Araştırmada diğer veri toplama aracı olarak Ware ve meslektaşları tarafından geliştirilen, 1999 ve 2005 yıllarında Türk toplumunda geçerlik-güvenirlilik çalışması yapılan SF-36 ölçeği kullanıldı (10-16). Ölçek 36 maddeden ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/canlılık, ağrı ve genel sağlık algısı boyutlarıdır (11). Toplam ölçek puanı 0 ile 100 puan arasında değişmekte olup, yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir (17). Çalışmada sosyo-demografik değişkenler bağımsız, yaşam kalitesini değerlendirme bulguları bağımlı değişken olarak alındı ve SF-36'nın sağlık boyutları hesaplandı (18,19). Betimlemede yüzde, ortalama ve standart sapmadan (SS) yararlanıldı. Kategorik verilerde ki-kare testi, nümerik verilerin karşılaştırılmasında Independent samples t-testi, One-way Anova ve Posthoc Tukey ile Tamhane testi kullanıldı. Pearson korelasyon testi yapıldı (20). İstatistiksel anlamlılık olarak p=0.05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya % 54,4'ü erkek, % 78,3'ü 65-74 yaş grubunda olan 263 birey katıldı (Bir katılımcı, hesaplanan örnek büyüklüğünden fazladır). Katılımcıların % 74,9'u evliydi

ve % 46,0'ı 3 veya 4 çocuk sahibiydi. Çalışma grubundaki bireylerin sosyo-demografik özellikleri **Tablo 1**'de gösterildi. Katılımcıların % 61,6'sı (n=162) gelirinin giderine göre az olduğunu, % 28,1'i (n=74) gelirinin giderine eşit olduğunu belirtirken, % 10,3'ü (n=27) gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade etti. Evde tek başına yaşayan % 13,3 (n=35) katılımcı varken, iki kişi yaşayanlar % 35,0'i (n=92) oluşturdu. Yaşlıların % 51,7'si (n=136) evde iki kişiden kalabalık yaşadıklarını ifade etti. Katılımcıların %54,0'ında(n=142) kronik hastalıklardan biri veya birkaçı vardı ve bu nedenle ilaç kullanıyordu; % 7,2'sinin (n=19) ise engeli bulunmaktaydı. Uyku problemi olduğunu belirten % 42,2 (n=111) katılımcı oldu. Katılımcıların % 23,2'si (n=61) sigara içtiğini ifade etti. Halen sigara içme erkeklerde kadınlara göre, çocuğu olmayanlarda olanlara göre, evde tek başına yaşayanlarda diğerlerine göre yüksekti [sırasıyla p=0,02, p=0,01, p=0,04].

'Yaşlılık hakkındaki genel düşünceleri' sorulduğunda, % 63,9'u yorum yapmazken; % 20,5'i zor/yalnızlık/çok kötü/saygı yok şeklinde cevap verdi. Olumsuz düşünceye sahip olma, eş vefatı yaşayanlar/bekarlarda evlilere göre yüksekti. 'Yaşlılıkla ilgili sizi mutsuz eden bir olay var mı' sorusuna ise katılımcıların % 66,5'i yorum yapmazken, % 27,0'ı 'evet' cevabını verdi. Yaşlılıkla ilgili mutsuz eden olay varlığı kadınlarda erkeklere göre yüksekti (**Tablo 2**). Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, gelir durumu, sağlık güvence durumu, evin kendisine ait olması, kronik hastalığı bulunma, sürekli ilaç kullanma, evde tek yaşama durumu ile yaşlılıkla ilgili mutsuz eden olay varlığı arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0.05).

Katılımcıların sosyal fonksiyonellik alt boyutu puan ortalaması 48,52±20,48, mental-ruh sağlığı 47,15±15,33, genel sağlık alanındaki ortalama puanı ise 46,56±18,06 şeklinde bulundu. **Tablo 3** katılımcıların Yaşam Kalitesi Kısa Form-36 Ölçeği (SF-36) alt boyut puanlarını göstermektedir. Alt boyutlar ile cinsiyet, medeni durum, oturduğu evin kendisine ait olup olmaması, sosyal güvence varlığına göre farklılık saptanmadı (p>0.05). **Tablo 4** ve **Tablo 5**'te, katılımcıların SF-36 alt ölçek puanlarının demografik değişkenlere, genel sağlığa ilişkin durumlara ve yaşlılıkla ilgili düşüncelerine göre dağılımlarına yer verilmiştir. Ağrı skoru, yaşlılık ile ilgili üzüntü yaşayanlarda (p=0,04) ve uyku problemleri olanlarda (p=0,001) diğerlerinden yüksekti. Fiziksel rol kısıtlılığı ile emosyonel durum alt ölçeği arasında iyi pozitif bir ilişki vardı. Canlılık/ enerji alt ölçeği ve

mental sağlık alt ölçeği arasında ise orta derecede pozitif korelasyon görüldü (**Tablo 6**).

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri.

Sosyo-demografik özellikler		Sayı(%)
Cinsiyet	Erkek	143(54,4)
	Kadın	120(45,6)
Yaş Grupları	65-74 yaş	206(78,3)
	75-84 yaş	41(15,6)
	85 yaş ve üzeri	16(6,1)
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	16(6,1)
	İlkokul	133(50,6)
	Ortaokul	34(12,9)
	Lise	44(16,7)
	Üniversite	36(13,7)
Sosyal güvence durumu	Var	255(97,0)
	Yok	8(3,0)
Medeni durum	Evli	197(74,9)
	Evli olmayan	66(25,1)
Çocuk sayısı	1-2 çocuk	53(20,1)
	3-4 çocuk	121(46,0)
	5 ve üzeri	66(25,1)
	Çocuğu olmayan	23(8,7)
Gelir durumu	1000 TL ve altı	154(58,6)
	1001-1500 TL	73(27,8)
	1501 TL ve üzeri	36(13,7)
Konut tipi	Apartman dairesi	144(54,8)
	Bahçeli ev	98(37,3)
	Diğer	21(8,0)
Konut mülkiyeti	Kendisine ait	166(63,1)
	Aile/akraba evi	50(19,0)
	Kira	47(17,9)

Tablo 2. Katılımcıların yaşlılığa ilişkin düşünceleri.

Düşünce ve Mutsuz eden olaylar	Sayı(%)	χ^2 , p
Yaşlılık hakkında genel düşünce		
Olumsuz (Zor/Yalnızlık/çok kötü/saygı yok)	54(20,5)	* $\chi^2=5,53$, p=0,01
Olumlu	41(15,6)	** p=0,009
İyi/Torun sevgisi/her yaş güzel	25(9,5)	
Herkesin başına gelecek bir durum	16(6,1)	
Yorumu olmayan	168(63,9)	
Yaşlılıkla ilgili mutsuz eden olay		
Var	71 (27,0)	*** $\chi^2=7,17$, =0,007
Sağlık Problemi	26(9,8)	
Yalnızlık	11(4,2)	
Muhtaçlık/geçim sıkıntısı	14(5,3)	
Aktivite Kısıtlılığı	6(2,3)	
Eş-Evlat Vefatı	6(2,3)	
Ölüm korkusu/Üzüntü/saygı görmeme	8(3,1)	
Yok	17(6,5)	
Yorumu olmayan	175(66,5)	

* Olumsuz düşünce eş vefatı yaşayan/bekarlarda, evlilere göre yüksek

** Olumlu düşünce engeli olmayanlarda diğerlerine göre yüksek (Fisher's Exact test)

***Mutsuz eden olay varlığı kadınlarda erkeklere göre yüksek

Tablo 3. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Kısa Form-36 Ölçeği (SF-36) Alt Boyut Puanları.

Alt Boyutlar	Ortalama±SS
Fiziksel Fonksiyon	42,41±28,66
Sosyal Fonksiyon	48,52±20,48
Fiziksel Fonksiyonlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları	43,06±44,24
Emosyonel Rol Fonksiyon	44,23±43,39
Mental Sağlık	47,15±15,33
Enerji/Vitalite	42,66±16,26
Ağrı	41,56±23,76
Genel Sağlık	46,56±18,06

Tablo 4. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Kısa Form-36 Ölçeği (SF-36) alt boyut puanlarının demografik değişkenlere göre dağılımı, Ortalama(SS).

Değişken		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Ağrı	Enerji	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Durum	Mental Sağlık	Genel Sağlık Algısı
Cinsiyet	Erkek	41,2(28,1)	43,9(44,8)	39,7(24,4)	43,5(15,7)	48,3 (20,3)	48,5(44,5)	46,4(15,9)	45,6(19,3)
	Kadın	43,9(29,2)	42,1(43,7)	43,6(22,9)	41,5(16,9)	48,9(20,8)	39,2(41,6)	48,0(14,6)	47,7(16,5)
Yaş	65-74	45,7(29,2) ^a	45,5(45,2)	40,3(23,3)	41,4(16,9)	48,3(20,7)	46,9(43,4)	46,5(16,4)	44,8(18,3)
	75-84	30,0(24,8)	34,1(39,4)	48,5(24,2)	47,6(14,1)	49,4(20,5)	32,5(41,8)	50,3(11,7)	51,6(17,7)
	85 ve üzeri	31,6(19,5)	34,4(41,7)	38,0(26,3)	46,3(6,7)	48,1(18,7)	39,9(42,5)	45,2(12,5)	55,3(8,5) ^c
Medeni durum	Evli	43,9(28,3)	43,9(44,5)	41,1(23,8)	42,8(17,1)	48,7(21,6)	45,8(43,8)	47,0(16,4)	45,5(18,7)
	Evli olmayan	37,8(29,5)	40,5(43,8)	42,7(23,7)	42,3(13,7)	47,9(16,8)	39,4(42,1)	47,5(11,7)	49,8(15,7)
Öğrenim durumu	Ortaöğretim ve altı mezun olanlar	36,8(26,0)	39,7(41,8)	44,0(23,0)	43,8(16,2)	48,9(21,8)	42,3(42,9)	46,9(15,0)	45,5(19,6)
	Lise ve üzeri mezuniyeti olan	55,2(30,4) ^a	50,6(48,7)	35,9(24,5)	40,0(16,3)	47,6(16,9)	48,7(44,4)	47,7(16,1)	49,0(13,7)
Gelir durumu	Düşük(<1000)	37,9(27,3)	40,3(41,8)	42,4(22,5)	43,5(16,4)	48,2(21,6)	40,7(42,8)	46,8(15,3)	44,9(18,9)
	Orta(1000-1500)	46,8(29,0)	46,2(45,6)	39,1(23,9)	42,5(14,3)	50,2(17,5)	47,0(43,7)	46,6(15,4)	48,4(16,4)
	İyi(>1500)	52,8(30,4) ^b	48,6(51,4)	43,1(28,4)	39,6(19,2)	46,5(21,5)	53,7(44,6)	49,4(15,4)	49,5(17,3)
Gelir/Gider algısı	Gidere göre az	36,8(26,2)	39,4(41,8)	42,9(23,6)	43,1(16,3)	48,7(19,5)	40,2(42,7)	47,1(15,4)	45,1(19,7) ^d
	Gelir Gidere eşit	49,8(31,3)	53,6(42,8)	43,4(23,8)	41,6(16,6)	48,3(24,1)	47,7(44,8)	46,1(16,2)	49,9(15,3)
	Gelir Gidere göre fazla	57,6(24,8)	47,0(15,8)	25,2(20,6) ^e	43,3(16,4)	47,0(15,8)	60,3(38,9)	50,7(12,5)	45,9(14,0)
Konut mülkiyeti	Olan	44,6(29,0)	47,9(45,5)	39,9(23,8)	42,9(15,9)	48,0(21,3)	46,9(43,7)	47,6(15,6)	46,6(18,5)
	Olmayan	38,9(28,3)	34,0(39,7)	47,4(24,5)	44,3(16,9)	47,5(17,8)	41,3(43,9)	46,3(13,5)	47,6(17,9)

^a75 ve üzeri yaş grubuna göre p<0.05 (Tukey HSD)^bGeliri 1000 tl'nin altında olanlara göre p<0.05 (Tukey HSD)^c65-74 yaş grubuna göre p<0.05 (Tamhane)^dGeliri giderine eşit veya fazla olduğunu düşünenlere göre (Tukey HSD)^eGeliri giderine eşit veya az olduğunu düşünenlere göre (Tukey HSD)

Tablo 5. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Kısa Form-36 Ölçeği (SF-36) alt boyut puanlarının, katılımcıların genel sağlığına ilişkin özellikleri ile yaşlılıkla ilgili düşüncelerine göre dağılımı, Ortalama(SS).

Değişken		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Ağrı	Enerji	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Durum	Mental Sağlık	Genel Sağlık Algısı
Engeli olma durumu	Var	25,5(21,8)*	17,1(30,1)*	55,3(22,7)*	41,8(18,7)	60,5 (28,3)*	17,5(32,1)*	44,0(19,3)	53,4(18,4)
	Yok	43,7(28,7)	47,5(19,5)	40,5(23,5)	42,7(16,1)	47,6(19,5)	46,3(43,5)	47,4(14,9)	46,0(17,9)
Sürekli ilaç kullandığı hastalığı olma durumu	Var	37,3(26,9)*	38,9(44,2)	45,2(23,6)*	42,3(16,4)*	47,8(22,2)	38,9(43,3)*	45,3(16,0)*	45,7(18,7)
	Yok	48,4(29,5)	47,9(43,9)	37,3(23,3)	43,1(16,1)	49,4(18,2)	50,4(42,8)	49,3(14,2)	47,5(18,7)
Uyku sorunu durumu	Var	35,5(24,1)*	40,9(43,4)	47,0(20,8)*	44,1(15,5)	48,6(22,6)	39,6(43,2)	46,5(14,8)	44,6(19,0)
	Yok	47,5(30,7)	44,6(44,9)	37,6(25,0)	41,6(16,7)	48,4(18,8)	47,6(43,3)	47,6(15,7)	47,9(17,2)
Yaşlılık hakkında genel düşünce	Olumlu	56,6(28,6)	46,3(44,2)	38,3(30,1)	46,1(17,7)	48,8(21,8)	51,29(44,8)	51,4(15,6)	48,5(16,6)
	Olumsuz	36,0(25,9)*	43,1(46,2)	47,9(23,2)*	45,0(13,2)	55,3(19,9)*	40,7(41,3)	46,9(12,0)	53,1(15,8)
Yaşlılığı hakkında mutsuzeden olay	Var	41,1(27,2)*	40,5(44,8)	48,2(23,1)*	44,0(15,1)	52,8(19,0)	41,8(41,3)*	44,9(13,6)*	51,4(17,1)
	Yok	68,2(27,3)	61,7(48,5)	31,7(31,8)	47,6(15,1)	50,0(21,2)	64,7(43,2)	54,3(15,6)	45,0(13,8)

*p<0.05 Independent Sample Test

Tablo 6. Yaşam Kalitesi Kısa Form-36 Ölçeği (SF-36) alt boyut puanlarının birbirleri ile korelasyonları.

SKOR	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Ağrı	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Durum	Enerji	Mental Sağlık
Genel sağlık algısı	0,054	-0,077	0,091	0,086	-0,039	0,180**	0,241**
Mental Sağlık	0,262**	0,158*	-0,063	0,096	0,114	0,504**	
Enerji	-0,036	0,001	0,140*	0,116	0,016		
Emosyonel Durum	0,348**	0,662**	-0,298**	-0,080			
Sosyal Fonksiyon	-0,013	-0,072	0,120				
Ağrı	-0,376**	-0,279**					
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	0,456**						

* p<0,05, ** p<0,01

Tartışma

Çalışma her ne kadar hastaneye başvuran yaşlılarla yapılması nedeniyle bir sınırlılık gibi görünse de, başvuruların yoğun olduğu ve hasta çeşitliliğinin yüksek olduğu, emekli ve yaşlı bireylerin çoğunlukla ilk sırada başvurduğu hastaneler arasında yer alan birimde yapılması nedenleriyle değerlidir. Ayrıca, bu çalışmada kullanılan Kısa Form-36, güvenilirlik, geçerlilik ve değişime duyarlılık açısından önerilen ölçekler arasında olup, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile ilgili kapsamlı bir değerlendirme gerektiğinde önerilmektedir (21, 22).

Çalışmada en yüksek katılım 65-74 yaş grubundadır. Bu

yaş grubunun yaşça büyük olanlardan daha hareketli olması, polikliniklere başvurudaki fazlalığı etkilemiş olabilir. Ülkemizde doğumda beklenen yaşam beklentisinin erkeklerde 73,7, kadınlarda 79,4 olması da (23); 65-74 yaş grubunun polikliniklerde daha fazla görülmesinin bir nedeni olarak düşünülebilir. Katılımcıların dörtte biri sigara kullanmaktadır. Yetmişbeş yaş üzeri yaşlılarla yapılan bir çalışmada (24) % 4,1'inin halen sigara kullandığı bulunmuştur. Çalışmamızda sigara içme düzeyinin yüksekliğinin sebebi, yaş grubumuzun 65'den başlaması olabilir. Yaklaşık üçte bir katılımcının kendine ait evi yoktur. Sağlık güvencesi olmayan yaşlı neredeyse yok denecek kadar azdır ve üçte ikisi aylık gelirinin düşük olduğunu düşünmektedir. Ülkemizde 2012 yılında yaşlılıkta yoksul-

luk oranı % 18,7'dir (7). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarına göre ise 65 yaş üzeri bireylerin %12'sinin sağlık güvencesi bulunmamaktadır (25). Sağlık güvence yokluğu bizim çalışmamızda daha düşüktür. Katılımcıların yarısından biraz fazlasında bir veya daha fazla kronik hastalık bulunmaktadır. Kaya ve ark. (2008) çalışmasında yaşlıların % 82'sinin, Andsoy ve ark.(2012) çalışmasında % 84,5'inin, Aksoydan (2006) çalışmasında da % 77,8'inin tanı konmuş kronik hastalığı olduğu bulunmuştur (26,27,28). Aslında bu çalışmanın hastaneye gelen yaşlılarda yapıldığı düşünüldüğünde daha fazla bir yüzde beklense de, çalışmamızda daha düşük bulunmuştur. Çalışmaya katılanların yarısına yakınında uyku sorunu görülmektedir ve uyku sorunu yaşayanlarda ölçeğin fiziksel fonksiyonellik alt boyutu düşük, ağrı alt boyutu yüksektir ki; uyku sorunlarının yaşlılarda hafıza ve konsantrasyon güçlüklerine neden olarak yaşam kalitesini düşürdüğü bilinmektedir (29). Türkiye özürlüler araştırması 2002 ikincil analizine göre genel nüfusa göre özürlülük oranı 65-69 yaşta % 4,9, 70-74 yaşta % 3,9, 75-79 yaş grubunda % 3, 80-84'te % 1,7, 85 yaş üzerinde ise % 1,2'dir (30). Çalışmamıza katılımda 65-74 yaş grubu çoğunlukta olup, katılımcılardaki engelin varlığı bu veriye benzerdir.

Katılımcıların yaşlılık hakkındaki genel düşüncesine ait yaptıkları yorumlardan ilki yaşlılığın zor ve kötü olduğu, yalnızlık olduğu şeklinde iken; bir diğer yorum yaşlılığın-torun sevgisinin güzel olduğu şeklindedir. Bir kısmı da yaşlılığı, herkesin başına gelecek bir durum olduğu şeklinde yorumlamıştır. Çalışmada 'yaşlılıkla ilgili mutsuz eden bir olay' varlığını ifade etme kadınlarda yüksektir. Katılımcıların az bir kısmı kendilerini mutsuz edecek yaşlılıkla ilgili bir şey olmadığını ifade ederken, yorum getirmeme yüksektir. TÜİK verisine göre 2012 yılında yaşlı nüfusta mutluluk oranı % 60,3 iken; 2013 yılında bu % 63,4 olup; yaşlı erkeklerin % 64,1'i, yaşlı kadınların ise % 62,8'i mutludur (9). Kurt ve arkadaşlarının (31) yaptığı bir derlemede ülkemizde yapılan araştırmalarda, yaşlıların genel olarak hayatlarından memnun olduklarının saptandığı belirtilmiştir. Çalışmamızda yaşlılıkla ilgili kendilerini mutsuz eden bir durum olduğunu belirtenler bu durumları sağlık problemi, yalnızlık, muhtaç olma, geçim sıkıntısı, aktivite kısıtlılığı, eş veya evlat vefatı, ölüm korkusu, üzüntü, saygı görmeme olarak ifade etmiştir. Bir başka çalışmada (32) yaşam kalitesini azaltan faktörlerle ilgili sorulara en fazla verilen cevap sağlık olmuştur. Çalışmada

yaşlılıkla ilgili mutsuzluk yaşayanlarda fiziksel fonksiyonellik alt ölçeği düşükken, ağrı alt boyutu yüksektir. Bu durum, fiziksel kısıtlılık ve ağrı sorununun mutsuzluk getirebileceği veya mutsuzluğun bu alt boyutları etkileyebileceği düşüncesiyle iki şekilde de yorumlanabilir.

Çalışmada ölçek alt boyutlarındaki puan ortalamaları birbirine benzerdir. Yetmişbeş yaş üzeri bireylerde yapılan bir çalışmada (24) da genel sağlık alt boyut puan ortalaması bizim çalışmamızla benzerken; yine 65 yaş üzeri kişilerde yapılan iki ayrı çalışmada (15,26) genel sağlık alanındaki ortalama puanlar, bizim çalışmamızdan biraz yüksektir. Bu çalışmalarda (15,24,26) sosyal fonksiyonellik, duygusal rol alt boyutları da çalışmamızdan yüksekken; canlılık alt boyutu Demiral ve arkadaşları (2006) ile Sönmez ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında (15,24) daha yüksek, Kaya ve arkadaşlarının (2008) çalışmasındaki canlılık alt boyutu ise çalışmamız verisine benzerdir (26). Yaşlılarla yapılan bir başka çalışmada, çalışmamızın aksine en düşük alt skorlar mental sağlık ve genel sağlık olarak bulunmuştur ama, bizim verimizden yüksektir (33). Bizim çalışmamızda alt boyut puan ortalamalarının bazı çalışmalardan düşük olması, sahada değil de hastaneye başvuran yaşlılarda yapılmış olmasından ileri gelmiş olabilir.

Çalışmada kronik hastalığı olup, sürekli ilaç kullanıyor olma ağrı alt boyutu, fiziksel fonksiyonellik, emosyonel durum, mental sağlık alt boyutlarını etkilemektedir. Kronik hastalığı olan yaşlılarda olmayanlara göre yaşam kalitesi ölçek puanlarının düşük olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (34-37). Çalışmamızda engeli olanlarda fiziksel rol kısıtlılığı, fiziksel fonksiyonellik, ağrı, emosyonel durum boyutlarında farklılık vardır. Beklenildiği üzere fiziksel fonksiyonellik 65-74 yaş grubunda diğer yaş gruplarından yüksektir. Bir çalışmada (26) ise 70 yaşın üzerindeki bireylerin 65-70 yaştaakilere göre genel sağlık alanı dışındaki alt kategorilerden aldıkları puanlar daha yüksektir. Kılıçoğlu ve Yenilmez (2005) çalışmasında ise sadece fiziksel fonksiyonellik alt ölçeğiyle yaş arasında anlamlı bir ilişki saptandığını belirtmiştir (38). Onat (2013) çalışmasında 65-74 yaş arası bireylerde fiziksel fonksiyonellik, enerji/canlılık, sosyal fonksiyon, mental sağlık skor ortalamalarının 75-88 yaş arası bireylerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulmuştur (16). Türkiye'deki yaşlı bireylerin algılanan sağlık ve yaşam kalitesi açısından batılı ülkelerdeki yaşlılardan belirgin şekilde daha dezavantajlı durumda olduklarıyla ilgili az da olsa

çalışma bulunmaktadır (39-41).

Ülkemizde nüfusun yaşlanıyor olması yaşlılıkta yapılan yaşam kalitesi çalışmalarının aralıklarla tekrarlanması, yaşlılık ile ilgili durum ve hizmetlerden memnuniyetin veya memnuniyetsizliğin boyutunu gösterebilme ve yaşlı sağlığı hizmetlerini planlama açısından değerli olacaktır. Yaşlıların özellikle de kronik hastalığı olanların izlemeler için birinci basamak sağlık kuruluşları veya hastaneye başvurduğunda yaşlılık sorunları açısından desteklenmesi, uyku problemi gibi yaşlılıkla ilgili öncelikli konuların her muayenede sorgulanması; hem yaşlılık öncesi yaşlılığa hazırlıkta, hem de yaşlılarda beden ve ruh sağlığı boyutunda destekleyici çalışmaların yapılması, yaşam kalitesini yükseltmede destek olabilir. Bu ve benzeri çalışmaların artmasının, yaşlılıkla ilgili koruyucu hizmetlere ışık tatabileceği düşüncesindeyiz.

Teşekkür: Veri toplama aşamasındaki katkılarından dolayı, Kerem Şafak'a teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. WHO (a). Health statistics and information systems. <https://tr.scribd.com/document/190077600/WHO-Definition-of-an-Elder-or-Elderly-Person>, Accessed date: 28.11.2014.
2. WHO (b). The uses of epidemiology in the study of the elderly. Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging. Technical Report Series 1984; 706: 1-84.
3. Zizza CA, Ellison KJ, Wernette CM. Total water intakes of community-living middle-old and oldest-old adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2009; 64A(4): 481-6.
4. Tezcan S, Seçkiner P. Türkiyede demografik değişim; yaşlılık perspektifi. Aslan D, Ertan M, Editörler, Yaşlı Sağlığı Sorunlar ve Çözümler 1. Palme Publishing, 2012.
5. United Nations Departments of Economic and Social Affairs Population division. World Population Ageing 2013, ST/ESA/SER/A/348.
6. WHO (c). Ageing and life course, older people and primary health care. http://www.who.int/ageing/primary_health_care/en/ Accessed date: 28.11.2014.
7. Türkiye İstatistik Kurumu-(a) (TÜİK). İstatistiklerle yaşlılık 2013. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri-do?id=16057>. Accessed date: 19.03.2014.
8. WHO (d). Programme on mental health. WHOQOL: Measuring Quality of Life 1997; 1-13.
9. Türkiye İstatistik Kurumu-(b). (TÜİK). İstatistiklerle yaşlılar (Elderly Statistics) 2014. Türkiye İstatistik Kurumu Publishing, 2014. ISBN:978-975-196315-4. Yayın No: 4365.
10. Akyol A, Durmuş D, Doğan C, Bek Y, Cantürk F. Geriatrik popülasyonda yaşam kalitesi ve depresif belirti düzeyi. Turk J Rheumatol 2010; 25: 165-73.
11. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form healthy survey. I, conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30(6): 473-83.
12. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36) 'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavisi Dergisi 1999; 12: 102-6.
13. Ebrahim S, Bowling A (Edited). Handbook of health research methods: investigation, measurement and analysis. Published by Open University Press, 2005.
14. Pınar R. Reliability and construct validity of the SF-36 in Turkish cancer patients. Qual Life Res 2005; 14: 259-64.
15. Demiral Y, Ergör G, Ünal B, Semin S, Akvardar Y, Kıvrıkcık B, Alptekin K. Normative data and discriminative properties of short-form 36 (SF 36) in Turkish urban population. BMC Public Health 2006; 6: 247-1-8.
16. Onat Şahin Ş. Yaşlı bireylerde sosyodemografik özellikler ve kognitif fonksiyonların yaşam kalitesine etkisi. Türk Osteoporoz Dergisi 2013; 69-73.
17. Ware JE. Sf-36 Health Survey Update, In: Maruish Me (Ed), The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment 3rd Edition, USA, Lawrance Erlbaum Associates 2004; (3): 693-718.
18. Ware JE, Kosinski M, Bayliss MS, Mchorney CA, Rogers WH, Raczek A. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the medical outcomes study. Medical Care 1995; 33(4): 264-79.
19. Akbolat M, Turgut M, Över G. Hemşirelerin yaşam kalitesi algılarının motivasyonlarına etkisi: bir kamu hastanesi örneği. Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi 2015; 4(2): 65-82.
20. Hayran M, Hayran M. Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik. Omega Araştırma, Art Ofset Publishing, 2011.
21. Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. Quality of life in older people: a structured review of generic self-assessed health instruments. Qual Life Res 2005; 14: 1651-68.
22. Günaydın R. Yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi (derleme). Turkish Journal of Geriatrics 2010; 13(4): 278-84.
23. Türkiye İstatistik Kurumu-(c) (TÜİK). http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1017. Accessed date: 18.03. 2015.
24. Sönmez Y, Uçku R, Kitay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, Çalık E, Kayalı D, Yetiş Ç, Şentürk E, Kuralay M, Gülca MA. İzmirde bir sağlık ocuğu bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. DEÜ Tıp Fak Derg 2007; 21(3): 145-53.
25. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye'de doğurganlık, üreme sağlığı ve yaşlılık, 2008 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması ileri analiz çalışması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, 2010.

26. Kaya M, Aslan D, Vaizoğlu Acar S, Doruk C, Dokur U, Biçici V, Gülen T, Dursun A, Erayman A, Ertekin Ö. Ankara Keçiören ilçesine bağlı bir mahallede yaşayan 65 yaş üzeri bireylerin yaşam kalitesi özellikleri ve etkileyen faktörler. *Turkish J Geriatrics* 2008; 11(1): 12-7.
27. Andsoy Işık I, Aydın T, Şahin Oksay A, Dinç S. Karabük ilindeki bir huzurevinde yaşayan yaşlılarda cerrahi girişim geçirme sıklığı ve yaşam kalitesine etkisi. *Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg* 2012; 5(3): 30-5.
28. Aksoydan E. Ankara'da kendi evinde ve huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık ve beslenme durumlarının saptanması. *Turkish J Geriatrics* 2006; 9(3): 150-7.
29. Ancoli-Israel S, Ayalon L. Diagnosis and treatment of sleep disorders in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14(2): 95-103.
30. Tufan U, Arun Ö. Türkiye Özürlüler Araştırması 2002. İkincil Analizi, Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK), Proje No: SOBAG-104K077, 2006, 1-133.
31. Kurt G, Beyaztaş FY, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi* 2010; 24: 32-9.
32. Xavier FM, Ferraz MP, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25: 31-9.
33. Lima MG, Barros MB, César CL, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad, Saúde Pública* 2009; 25(10): 2159-67.
34. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2009; (1): 48-60.
35. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Turan İ, Bor S. İzmir huzurevindeki yaşlılarda fekal inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2008; 11(1): 33-41.
36. Kurtuluş Z, Yıldız H, Pınar R. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin geriatride kullanımı. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Birlik Dergisi* 2006; 2(1): 21-6.
37. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Pekşen Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. *Turkish J Med Sci* 2003; 33: 335-40.
38. Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç. Huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etkenler ile ilişkisi. *Düşünen Adam* 2005; 18(4):187-95.
39. Saygun M, Eser E. Yaşlılık Döneminde algılanan sağlık ve yaşamın niteliği; neredeyiz?. Edited: Aslan D, Ertem M. *Yaşlı Sağlık: Sorunlar ve Çözümler*, HASUDER Publishing, 2012-1. ISMN:978-975-97836-1-7.
40. Molzahn AE, Kalfoss M, Schick Makaroff K, Skevington SM. Comparing the importance of different aspects of quality of life to older adults across diverse cultures. *Age Ageing* 2011; 40(2): 192-9.
41. Power M, Quinn K, Schmidt S. Development of the WHOQOL-old module. *Qual Life Res* 2005; 14(10): 2197-214.