

## Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi

The Effects of Daily Life Activity Levels on the Quality of Life and Life Satisfaction of Elderly

Hülya KANKAYA<sup>1</sup>, Ayfer KARADAKOVAN<sup>2</sup>

### ÖZET

Araştırmanın amacı; yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna üzerine olan etkisini belirlemektir. Araştırmanın örneklemini 92 yaşlı birey oluşturmaktadır. Veriler; Yaşlı Birey Tanıtım Formu, Barthel İndeksi, Nottingham Sağlık Profili, Yaşam Doyumu Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. İstatistiksel analiz; aritmetik ortalama, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi, Pearson ve Spearman korelasyon katsayısı analizi ile değerlendirilmiştir. Yaşlıların Barthel İndeksi puan ortalamasının 78,02±24,07; Yaşam Doyumu Ölçeği puan ortalamasının ise 21,89±5,87 olduğu, Barthel İndeksi puan ortalamasına göre; %45,7'sinin orta derece bağımlı olduğu, yaşam doyumlarının ise genel olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitelerinin değerlendirildiği Nottingham Sağlık Profili toplam puan ortalamasının 230,19±120,59 olduğu, en yüksek ortalamanın "Enerji" alanında (54,57±32,66), en düşük ortalamanın "Sosyal izolasyon" alanında (23,33±26,42) olduğu, buna göre; yaşam kalitelerinin "Sosyal izolasyon" alanında en iyi, "Enerji" alanında en kötü olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre; bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam doyumunu artmakta, yaşam kalitesinin tüm alt boyut ve toplamındaki iyilik hali arttıkça yaşam doyumunu artmakta, bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ve toplamdaki iyilik hali artmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlı, Günlük yaşam aktiviteleri, Yaşam doyumuna, Yaşam kalitesi

### ABSTRACT

The purpose of this study is to determine the effects of daily life activities on the quality of life and life satisfaction of elderly. The study sample included 92 elderly. Study data were collected with an "Personal Information Form", "Barthel Index", "Nottingham Healty Profile", "Life Satisfaction Questionnaire". Statistically analyzed with arithmetic mean, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis, Pearson/Spearman correlation coefficients. It was found that the mean score of Barthel Index was 78.02±24.07 and Life Satisfaction Questionnaire was 21.89±5.87. It was reported that 45.7% of the participants were moderately dependent and Life Satisfaction Questionnaire scores were relatively high. The mean score of Nottingham Healty Profile was 230.19±120.59 and the energy subdimension mean score was the highest (54.57±32.66) while social isolation subdimension had the lowest mean score (23.33±26.42), which suggested that the quality of life of aged people was the best in social isolation subdimension and the worst in energy subdimension. It was reported that life satisfaction was increased with independence levels and with higher subdimension and total scores of quality of life. It was also pointed out that all subdimension and total mean scores of quality of life increased with independence levels.

**Keywords:** Elderly, Daily Life Activity, Life Satisfaction, Quality of Life

15-19 Ekim 2014 tarihleri arasında Antalya'da düzenlenen 16. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde (Hemşirelik) poster bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup>Ar. Gör. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Prof. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

## GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlanma; zamanın ilerlemesiyle organizmada geriye dönüşümü olmayan fonksiyonel değişimdir. Bu değişimle fiziksel ve bilişsel fonksiyonlar gerilemekte, bireyin sistemler arası denge kurma potansiyeli azalmaktadır.<sup>1-2</sup> “Yaşlılık” ise; “yaşlı olma, artmış yaşın etkilerini gösterme hali” olarak tanımlanmaktadır.<sup>3</sup>

Doğurganlık ve mortalite hızının azalması, teknoloji ile gelişen yaşam koşulları ve sağlık hizmetleri ile birlikte özellikle Avrupa ülkelerinde görülen beklenen yaşam süresindeki 20 yıllık artışın, 2050’de 10 yıl daha fazla olacağı düşünülmektedir.<sup>4-6</sup> Ülkemizde yaşlı nüfus 2015 yılı verilerine göre 6 milyon 495 bin 239 kişidir. Yaşlı nüfusun normal nüfusa oranı %8,2 olmakta birlikte, yaşlı nüfusun %43,8’ini erkekler, %56,2’sini kadınlar oluşturmaktadır.<sup>7</sup>

Yaşlanmakta olan bireylerin en önemli istekleri, yürüyüş, merdiven çıkma, bulunduğu yerden kalkma gibi günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yardıma gereksinim duymadan yapabilmektir. Ancak yaşlanma ile birlikte, kardiyovasküler, kas iskelet ve nöromusküler yapılarda görülen değişimler bu işlevleri güç hale getirmekte, yaşlıların GYA’leri azalmakta ya da engellenmekte ve beraberinde bağımsızlıklarını kaybetmeye başlamaktadırlar.<sup>8-10</sup>

Yaşam kalitesi; “bireyin kendi yaşamını, kültürel değerleri kapsamında, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgi alanları dahilinde algıladığı durumdur”.<sup>11-12</sup> Yaşlılarda yıllar geçtikçe görülmeye başlayan fiziksel ve bilişsel yetersizlikler, yetersizliğe neden olan kronik hastalıklar ve beraberinde yaşam beklentisinin azalması, sosyalleşme güçlükleri, sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin sorunlar yaşlıların yaşam kalitesini oldukça etkilemekte, tedavi ve

bakımlarının sürdürülmesinde önemli olan değişkenlerdir.<sup>13-16</sup>

Yaşam doyumu (memnuniyeti), “bireyin istediği ile sahip olduklarının karşılaştırılmasıyla elde edilen durum ya da sonuç”tur. Yaşam doyumu, “belirli bir duruma ilişkin doyum değil, genel olarak tüm yaşantıdaki doyumu, mutluluk, moral vb. gibi farklı yönden iyi olma halini” ifade eder.<sup>17</sup> Yaşlılarda yaşam doyumu; kişilik özellikleri, fiziksel olanaklar ve baş etme yöntemleri gibi birçok etmenin faktörlerin bir araya gelmesi ile ilişkilidir.<sup>1,7</sup> Yaşam kalitesi ile yaşam doyumu birbirlerine oldukça yakın kavramlardır ve kullanımlarında karıştırılabilmektedir. Yaşam doyumu, “yaşam kalitesinin bir iyilik hali ölçümü” olarak tanımlanabilir.<sup>18-19</sup>

Dünya nüfusunun yaşlanması ile birlikte, yaşlılarda “yaşam kalitesi” ve “yaşam doyumu” kavramları daha çok önemli hale gelmeye başlamıştır. Yapılan çalışmalarda, yaşlı bireylerde cinsiyet (kadın olma), depresyon, fonksiyonel durum, mali durum, sosyal destek, günlük yaşam aktivite performansı gibi değişkenlerin yaşam kalitesi ve doyumu üzerinde etkili olduğu görülmektedir.<sup>6,12,17-24</sup> Bununla birlikte performans, fonksiyonellik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki, bunlardan hangisinin yaşam kalitesini daha fazla etkilediğini gösteren çalışmaların özellikle ülkemizde nadir olduğu görülmüştür.<sup>25-29</sup> Bunlar göz önüne alındığında, çalışmamızın ülkemizdeki yaşlıların yaşam kalitesi ve doyumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve geliştirilmesinde önceliklerin planlanmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Araştırmanın amacı; yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumu üzerine olan etkisini belirlemektir.

## MATERYAL VE METOT

### Araştırmanın Şekli

Araştırma, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivite düzeylerinin, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu üzerine olan etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini; bir üniversite hastanesinin İç Hastalıkları ve Nöroloji Kliniği'nde yatarak tedavi gören 65 yaş ve üzerindeki yaşlı bireyler, örneklemini ise; Nisan-Eylül 2012 tarihleri arasında, belirlenen kliniklerde yatan, araştırmaya katılmayı kabul eden 65 yaş ve üzeri 92 yaşlı birey oluşturmuştur.

### Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, yaşlı bireylerin demografik özelliklerini içeren “Yaşlı Birey Tanıtım Formu”, günlük yaşam aktivite düzeylerini belirlemek için “Barthel İndeksi-Bİ”, yaşam kalitesini değerlendirmek için “Nottingham Sağlık Profili-NSP” ve yaşam doyumunu değerlendirmek amacıyla “Yaşam Doyumu Ölçeği-YDÖ” kullanılarak toplanmıştır.

**Yaşlı Birey Tanıtım Formu:** Form, yaşlı bireylerin yaş, yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşanan ortam, kronik hastalık durumu, sayısı, yardımcı cihaz kullanımı ve sosyal güvence varlığını içeren 10 sorudan oluşmaktadır.

**Barthel İndeksi-Bİ:** Mahoney ve Barthel tarafından 1965 yılında geliştirilen indeks, Shah ve arkadaşları tarafından (1992) modifiye edilmiştir. İndeksin Türkçe versiyonu Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından (2000) düzenlenmiştir.<sup>30</sup> Bu ölçek beslenme, yıkanma, öz bakımını yapabilmek, giyinme, dışkılama kontrolü, idrar kontrolü, tuvalete gitme, yataktan tekerlekli sandalyeye geçebilme yetisi, yürüme ya da tekerlekli sandalyeye bağımlı olma gibi hareketlilik durumu ve merdiven çıkma işlevlerini, 5-15 puan üzerinden (soruya göre 5 puanlık artışlarla 0-15 puan arası) derecelendiren toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçekle yapılan değerlendirmede temel amaç,

hastanın herhangi bir fiziksel, sözel yardım almaksızın bağımsız olarak tek başına bu eylemleri ne düzeyde yaptığını saptayabilmektir. Hastanın doğrudan test edilmesi zorunlu olmayıp, doğrudan gözlem, hastadan, hasta yakınlarından ya da bakımı ile ilgilenen hastabakıcı ya da hemşireden elde edilen bilgiler ışığında da değerlendirme yapılabilir. Alınabilecek puanın 0-100 arası olduğu bu ölçekte, skorun yüksekliği hastanın o derece diğer insanlardan bağımsız olduğu, kendi işini yürütebildiği anlamına gelir (0-20 puan tam bağımlı, 21-61 puan ileri derece bağımlı, 62-90 puan orta derece bağımlı, 91-99 puan hafif derece bağımlı, 100 puan tam bağımsız).<sup>15,30-31</sup>

**Nottingham Sağlık Profili-NHP:** NHP, bireylerin sağlık sorunlarını ve bu sorunların gerçekleştirdikleri günlük aktivitelerini nasıl etkilediğini değerlendiren bir ölçüm aracıdır. NHP, İngiltere'de (1985) geliştirilmiş<sup>32</sup> ve birçok dile çevrilmiştir. Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından (2000), Türkçe versiyonu düzenlenmiş, osteoartritli hastalarda geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır.<sup>33</sup> NHP yaşlı bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılmaktadır.<sup>12,32</sup> Ölçek, 6 boyut, toplam 38 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar: Enerji (3 madde), ağrı (8 madde), emosyonel reaksiyonlar (9 madde), uyku (5 madde), sosyal izolasyon (5 madde) ve fiziksel aktivite (8 madde). Yanıtlar evet/hayır şeklindedir. Her bir sorunun puan ağırlığı farklıdır. Her alan 0-100 arasında puanlandırılır. Puan arttıkça sağlık durumu kötüleşir.<sup>12,19</sup>

**Yaşam Doyumu Ölçeği-YDÖ:** YDÖ, 1985 yılında Deiner ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.<sup>34</sup> Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği Durak ve arkadaşları tarafından (2010) yapılmıştır.<sup>35</sup> Ölçek, toplam 5 maddedir. Değerlendirme, 7 puan üzerinden ve likert tiptedir. En düşük puan 7, en yüksek puan 35'tir. Puanın artması bireyin yaşam doyumunun arttığını göstermektedir.<sup>12,19</sup>

## Veri Toplama

Veri toplama araçları Nisan-Eylül 2012 tarihleri arasında hastalara buldukları kliniklerde, gerekli açıklamalar yapıldıktan ve yazılı izin alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. Her hasta için ortalama 15 dakika zaman ayrılmıştır.

## Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analiz SPSS 17.0 paket programında yapılmıştır. Ortaya çıkan sosyo-demografik veriler sayı ve yüzde dağılımlarıyla verilmiştir. Yaş ve ölçek puan ortalamaları aritmetik ortalama  $\pm$  standart sapma ( $X \pm SD$ ) olarak verilmiş, bağımsız değişkenlerin ölçek puan ortalamalarına olan etkisini belirlemede; iki seçenekli değişkenler için; non-parametrik istatistiksel yöntemlerden Mann Whitney U, ikiden fazla seçenekli değişkenler için; Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Günlük yaşam aktivite düzeylerinin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam doyumu üzerine etkisi; Pearson ve

Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, birlikte yaşadığı bireyler, gelir durumu ve bağımlılık düzeyleri arasındaki farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni testi uygulanmıştır.

## Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan kurul izni (Ek-I), veri toplama araçlarının Türkçe versiyonlarının güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarını yapan yazarlarından yazılı kullanım izni (Ek-II), araştırmanın yapıldığı kliniklerden yazılı izin (Ek-III) alınmış, araştırmaya katılan yaşlı bireylerden ise yazılı onam alınmıştır.

## Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmacı sayısı ve araştırma süresinin sınırlı olması, yaşlı bireylerden araştırmaya katılmaya gönüllü olan birey sayısının az olması araştırmanın sınırlılıkları içerisinde yer almaktadır.

## BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaş ortalaması  $71,54 \pm 6,63$  yaş, birçoğu 65-74 yaş grubunda, kadın, evli olup, eşi ile birlikte yaşadıklarını, yaklaşık yarısı ise ilköğretim mezunu olduğunu ifade etmiştir. Yaşlıların %85,9'unun başta hipertansiyon ve DM

olmak üzere kronik hastalığı olduğu, %81,5'inin başta antihipertansif ve antidiyabetik ilaçlar olmak üzere ilaç kullandığı, %84,8'inin ise başta gözlük ve baston olmak üzere yardımcı cihaz kullandığı belirlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Yaşlı Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri (n=92)

Özellikler	Sayı	%	
<b>Yaş grubu</b>	65-74 yaş	66	71,7
	75-84 yaş	20	21,8
	85 ve üzeri yaş	6	6,5
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	60	65,2
	Erkek	32	34,8
<b>Medeni durum</b>	Evli	58	63,0
	Bekar	34	37,0
<b>Eğitim durumu</b>	Okuryazar değil	16	17,4
	Okuryazar	6	6,5
	İlköğretim	43	46,7
	Lise	12	13,0
	Üniversite	15	16,3
<b>Birlikte yaşadığı bireyler</b>	Eşi ile birlikte	58	63,0
	Çocuklarıyla aynı evde	17	18,5
	Yalnız	17	18,5
<b>Gelir durumu</b>	İyi	28	30,4
	Orta	60	65,2
	Kötü	4	4,3
<b>Kronik hastalıklar*</b>	Diabetes Mellitus	43	46,7
	Hipertansiyon	56	60,9
	Nörolojik sistem hastalığı	8	8,7
	Romatolojik hastalıklar	25	27,2
	Hiperlipidemi	13	14,1
	Kardiyovasküler sistem hastalıkları	18	19,6
	Böbrek hastalıkları	5	5,4
	Solunum sistemi hastalıkları	7	7,6
	Tiroid hastalıkları	5	5,4
	Tekerlekli sandalye	9	9,8
<b>Yardımcı cihaz kullanım durumu**</b>	Gözlük	47	51,1
	Baston	29	31,5
	Walker	5	5,4
	Kulaklık	1	1,1
	Antidiyabetik	40	43,5
<b>İlaçlar***</b>	Antihipertansif	54	58,7
	Nörolojik sisteme ait ilaçlar	5	5,4
	Antikoagülan/Antiagregan	13	14,1
	Statin grubu ilaçlar	12	13,0
	Diğer kardiyovasküler ilaçlar	9	9,8
	Kortikosteroidler	11	12,0
	Solunum sistemine ait ilaçlar	3	3,3
	Tiroid preparatları	5	5,4
	Antidepresanlar	3	3,3

\* Birden fazla kronik hastalığı olan yaşlı bireyler,

\*\* Birden fazla yardımcı cihaz kullanan yaşlı bireyler,

\*\*\* Birden fazla ilaç kullanan yaşlı bireyler

Yaşlıların ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; “Barthel İndeksi-Bİ” puan ortalamasının 78,02±24,07, “Yaşam Doyumu Ölçeği-YDÖ” puan ortalamasının ise 21,89±5,87 olduğu görülmektedir (Tablo 2). Yaşlanmaya gerileyen fonksiyonlardan biri olan fiziksel duruma yönelik olarak araştırmamızda yer alan yaşlı bireylerin fiziksel durumları Bİ ile değerlendirilmiş, birçoğunun orta derecede bağımlı ve tam bağımsız olduğu (%45,7; %19), %5’inin ise; tam bağımlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Benzer çalışmalar ele alındığında; araştırmaya alınan yaşlıların birçoğunun orta derecede bağımlı ve bağımsız, en azının tam bağımlı olduğu görülmüştür.<sup>2,9</sup>

**Tablo 2.** Yaşlı Bireylerin Ölçek Puan Ortalamaları (n=92)

Ölçek Puan Ortalamaları	X±SD
<b>Bİ</b>	<b>78,02±24,07</b>
<b>YDÖ</b>	<b>21,89±5,87</b>
<b>NHP</b>	<b>230,19±120,59</b>
Enerji alt boyutu (3 madde)	54,57±32,66
Ağrı alt boyutu (8 madde)	29,51±28,28
Emosyonel reaksiyonlar alt boyutu (9 madde)	38,03±28,28
Uyku alt boyutu (5 madde)	34,15±38,82
Sosyal izolasyon alt boyutu (5 madde)	23,33±26,42
Fiziksel aktivite alt boyutu (8 madde)	50,60±30,90

**Tablo 3.** Yaşlı Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirme Durumu (n=92)

Barthel İndeksi (Bağımlılık Düzeyleri)	Sayı	%
Tam bağımlı	5	5,4
İleri derece bağımlı	11	12,0
Orta derece bağımlı	42	45,7
Hafif derece bağımlı	15	16,3
Tam bağımsız	19	20,7
Toplam	92	100,0

Yaşlanma ile birlikte bireylerde görülen fiziksel yetersizlikler beraberinde yaşam doyumunda azalmaya neden olmaktadır. Araştırmamızda; yaşlı bireylerin YDÖ puan ortalamasının ortalama değerlere yakın olduğu (21,89±5,87) belirlenmiştir (Tablo 2). Yapılan diğer çalışmalarda da YDÖ puan ortalamasının 20-26 arasında olduğu



görülmekte, çalışmamızla oldukça benzerlik göstermektedir.<sup>5,12,17</sup> Bunlar göz önüne alınarak benzer yaş gruplarının yaşam doyumunun da benzer düzeylerde olduğu söylenebilir.

Yaşlıların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi sonucunda; NHP toplam puan ortalamasının 230,19±120,59 olduğu, ölçek alt boyut puan ortalamalarında; en yüksek ortalamanın “Enerji”, en düşük ortalamanın “Sosyal izolasyon” alt boyutunda olduğu görülmüş, buna göre; yaşlıların yaşam kalitelerinin “Sosyal izolasyon” alanında en iyi, “Enerji” alanında en kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin NHP ile değerlendirildiği diğer çalışmalarda da; en yüksek ortalamaların “enerji” ve “uyku”, en düşük ortalamaların “sosyal izolasyon” alanında olduğu, buna göre; yaşlıların yaşam kalitelerinin “Sosyal izolasyon” alanında en iyi, “Enerji” alanında en kötü olduğu belirlenmiş, çalışmalar benzerlik göstermiştir.<sup>6,27,28</sup>

Araştırmamızda yaşlı bireylerin ölçek puan ortalamalarının sosyo-demografik değişkenlerle olan ilişkisi incelendiğinde;

Yaşlanma ile görülen fiziksel yetersizlikler, yaşanılan ortamın fiziksel şartlarının aktiviteleri kısıtlaması ve yetersiz gelir durumunun beslenme, barınma, yaşamı kolaylaştırıcı cihazların kullanımını kısıtlaması, beraberinde GYA’lerini yerine getirme durumunu etkilemektedir. Bu bağlamda; kronik hastalıklar, yaşanılan ortam, gelir durumunun GYA’lerini etkilemesi beklenirken araştırmamızda; cinsiyet, kronik hastalık durumu, ilaç kullanma durumu, eğitim durumunun GYA’lerini (Bİ puan ortalaması) anlamlı düzeyde etkilemediği ( $p>0,05$ ), yaş grubu, medeni durum, yardımcı cihaz kullanma durumları, birlikte yaşanılan bireyler ve gelir durumunun ise; anlamlı düzeyde etkilediği ( $p<0,05$ ) belirlenmiş olup (Tablo 4), Yümin, Şimşek, Sertel, Öztürk ve Yümin (2011) tarafından yapılan bir çalışmada; yaşlı bireylerin cinsiyet ve GYA’leri (Bİ puanları) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).<sup>29</sup>

**Tablo 4.** Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Ölçek Puan Ortalamaları

Değişkenler	Bİ	YDÖ	NHP
	Median	Median	Toplam Puan Median
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	85,00	22,00	61,00
Erkek	90,00	22,50	60,00
	U=888,00 p=0,55	U=850,00 p=0,37	U=922,00 p=0,76
<b>Kronik hastalık</b>			
Var	85,00	22,00	60,00
Yok	85,00	19,00	58,00
	U=510,00 p=0,97	U=398,00 p=0,19	U=394,00 p=0,18
<b>Yardımcı cihaz kullanım durumu</b>			
Kullanıyor	80,00	22,00	60,00
Kullanmıyor	97,50	22,50	66,00
	U=231,5 p=0,001	U=506,5 p=0,67	U=298,50 p=0,01
<b>İlaç kullanımı</b>			
Kullanıyor	90,00	22,00	60,00
Kullanmıyor	75,00	18,00	58,00
	U=495,5 p=0,15	U=391,5 p=0,013	U=451,00 p=0,06
<b>Yaş grubu*</b>			
65-74 yaş	90,00	22,00	60,00
75-84 yaş	72,50**	22,00	59,00
85+ yaş	97,50	22,00	61,00
	$\chi^2=6,128$ p=0,047	$\chi^2=0,578$ p=0,75	$\chi^2=1,795$ p=0,41
<b>Medeni durum</b>			
Evli	90,00	22,00	59,50
Bekar	80,00	22,00	61,00
	U=725,0 p=0,033	U=973,5 p=0,919	U=959,5 p=0,830
<b>Eğitim durumu*</b>			
Okur yazar değil	80,00	19,00	61,50
Okur yazar	87,50	21,00	60,00
İlköğretim	80,00	21,00	59,00
Lise	90,00	26,50**	63,50
Üniversite	95,00**	25,00	60,00
	$\chi^2=8,585$ p=0,07	$\chi^2=19,04$ p=0,01	$\chi^2=4,158$ p=0,39
<b>Birlikte yaşadığı birey*</b>			
Eşi ile	90,00**	22,00	59,50
Çocuklarıyla	80,00	21,00	50,00
Yalnız	84,00	22,00	64,00
	$\chi^2=5,828$ p=0,05	$\chi^2=2,348$ p=0,31	$\chi^2=1,796$ p=0,41
<b>Gelir durumu*</b>			
İyi	92,50	25,50**	62,00
Orta	80,00*	21,00	59,50
Kötü	90,00	21,50	55,50**
	$\chi^2=6,323$ p=0,04	$\chi^2=12,10$ p=0,002	$\chi^2=6,366$ p=0,04

**Tablo 4.** Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Ölçek Puan Ortalamaları (Devamı)

Değişkenler	YDÖ	NHP
	Median	Toplam Puan Median
<b>Bağımlılık Düzeyleri*</b>		
Tam bağımlı	13,00**	51,00
İleri derece bağımlı	18,00	49,00**
Orta derece bağımlı	22,00	59,00
Hafif derece bağımlı	24,00	66,00
Tam bağımsız	25,00	68,00
	$\chi^2=21,52$	$\chi^2=45,03$
	$p=0,0001$	$p=0,0001$

\* Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

\*\* Farklılığı yaratan grup

Benzer olarak, yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, kronik hastalıklar, yardımcı cihaz kullanma, birlikte yaşanan bireylerin yaşam doyumunu anlamlı düzeyde etkilemediği ( $p>0,05$ ), ilaç kullanma durumu, eğitim durumu, gelir durumu ve bağımlılık düzeylerinin ise; anlamlı düzeyde etkilediği ( $p<0,05$ ) belirlenmiştir (Tablo 4). Altay ve Avcı tarafından (2009) yapılan çalışmada; yaş, eğitim durumu ve sosyal güvencenin yaşam doyumunu etkilemediği belirlenmiştir.<sup>17</sup> Altıparmak (2009) tarafından huzurevinde kalan yaşlı bireyler yapılan çalışmada; bağımsız değişkenler ile (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, gelir algısı, yaşanan yer, kronik hastalık durumu, engel durumu, çocuk sahibi olma durumu) yaşam doyumunu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p> 0,05$ ).<sup>5</sup> Şimşek, Yümin, Sertel, Öztürk ve Yümin (2010)'nin çalışmasında ise; cinsiyetler arasında yaşam doyumunu açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).<sup>19</sup> Bizim çalışmamızdan farklı ölçeklerin kullanıldığı bir diğer çalışmada ise; cinsiyet, komorbid hastalıkların yaşam doyumunu anlamlı düzeyde etkilemediği,<sup>23</sup> yine farklı ölçeklerin kullanıldığı, yaşlılarda fonksiyonel yeterlilik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen 3 yıllık bir çalışmada ise; cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu ve gelir durumunun yaşam doyumunu anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır ( $p<0,05$ ).<sup>25</sup>

Yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen değişkenler incelendiğinde; cinsiyet ve

birlikte yaşanan bireylerin NHP tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarını anlamlı düzeyde etkilemediği ( $p>0,05$ ), kronik hastalıkların “emosyonel reaksiyonlar” ve “uyku” alt boyutlarını, yardımcı cihaz kullanmanın “enerji”, “uyku”, “fiziksel aktivite” alt boyut ve toplam puan ortalamalarını, ilaç kullanma durumlarının “ağrı” alt boyutunu, yaş gruplarının “fiziksel aktivite” alt boyutunu, medeni durumun “fiziksel aktivite” alt boyutunu, eğitim durumunun “sosyal izolasyon” ve “fiziksel aktivite” alt boyutlarını, gelir durumunun, “fiziksel aktivite” alt boyut ve toplam puan ortalamasını, bağımlılık düzeylerinin ise; “emosyonel reaksiyonlar” alt boyutu dışındaki tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarını anlamlı düzeyde etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4).

Şimşek, Yümin, Sertel, Öztürk ve Yümin (2010) tarafından yapılan çalışmada; cinsiyetin, NHP'nin uyku alt boyutu dışındaki tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamasını anlamlı düzeyde etkilediği ( $p<0,005$ ) saptanmıştır.<sup>29</sup> Bir başka çalışmada; yaşlıların eğitim durumunun, NHP puanlarını etkilemediği ( $p>0,05$ ),<sup>12</sup> Şimşek ve ark.(2011) tarafından yaşlı bireylerde mental, mobilite ve fonksiyonel durumun yaşam kalitesi ve yaşam doyumunu üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada; huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yaşam kalitesinin cinsiyet ve fonksiyonel durumdan etkilendiği, bir diğer çalışmada ise; cinsiyet, komorbid hastalıkların yaşam kalitesini anlamlı düzeyde etkilediği ( $p<0,001$ )<sup>23</sup> saptanmıştır. Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen değişkenlerin incelendiği bir çalışmada; yaş grubu, eğitim seviyesi, tıbbi durum, fiziksel aktivite yeterliliği, eğitim seviyesi ve sağlık algısının yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarını etkilediği belirlenmiştir.<sup>24</sup> Gokkaya, Kutsal, Borman, Ceceli, Doğan, Eyigör ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir çalışmada; yaş grubunun NHP tüm alt boyut ve toplam puan ortalamasını anlamlı düzeyde etkilemediği ( $p>0,05$ ), cinsiyet ile NHP “ağrı”, “fiziksel aktivite”, “enerji seviyesi” alt boyutları ve NHP toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde

anlamli ilişki, eğitim durumu ile NHP “uyku” alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlar ve toplam NHP puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamli ilişki bulunurken, medeni durum ile NHP tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamli ilişki saptanmamıştır.<sup>14</sup>

Yaşlı bireylerin ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam doyumunun arttığı, yaşam kalitesinin tüm alt boyut ve toplamındaki iyilik hali arttıkça yaşam doyumunun arttığı, bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ve toplamdaki iyilik halinin arttığı belirlenmiştir (Tablo 5).

**Tablo 5.** Yaşlı Bireylerin Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçek Puan Ortalamaları	Bİ	NHP (Toplam Puan)
YDÖ	r= 0,501 p=0,000	r= -0,670** p=0,000
Bİ		r= -0,688** p=0,000

\*zayıf düzeyde korelasyon, \*\*orta düzeyde korelasyon

Yümin, Şimşek, Sertel, Öztürk ve Yümin (2011) tarafından yapılan çalışmada; Bİ ve NHP arasında negatif yönde orta düzeyde anlamli ilişki saptanmış, bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiş, sonuçlar bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermiştir.<sup>29</sup> Altay ve Avcı'nın (2009) çalışmasında ise; yaşam doyumunu ile öz bakım gücü arasında pozitif yönde anlamli ilişki bulunmuştur (r=0,618; p<0,001), özbakım gücü arttıkça yaşam doyumunun da arttığı belirlenmiştir.<sup>17</sup> Grow, Yeung, Towers, Alpass ve Stephens (2013) tarafından yaşlı bireylerde mobilitenin yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada ise; mobilite ve yaşam doyumunu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamli ilişki olduğu belirlenmiştir.<sup>26</sup> Araştırmaların sonuçları genel olarak çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonuçlarımız genel olarak diğer çalışmalarla benzerlik göstermekte, bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam doyumunu artmakta, yaşam kalitesinin tüm alt boyut ve toplamındaki iyilik hali arttıkça yaşam doyumunu artmakta, bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt boyutları

ve toplamdaki iyilik hali artmaktadır. Araştırma sonuçları doğrultusunda; ülkemizde yaşlı bireylerin GYA'ni kolaylaştırılan, beraberinde yaşam doyumunu ve yaşam kalitesini arttıran çalışmaların planlanması önerilmektedir.



#### KAYNAKLAR

1. Özer M, Karabulut Ö. (2003). Yaşlılarda Yaşam Doymumu. *Geriatrı*, 6(2):72-74.
2. Top ÜF, Saraç A, Yaşar G. (2010). Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Depresyon Düzeyi, Ölüm Kaygısı ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 13:14-22.
3. Beğer T, Yavuzer H. (2012). Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, 25:1-3.
4. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. (2007). <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf>. Erişim: 20.02.2016.
5. Altıparmak S. (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doymumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 23 (3):159-164.
6. Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. (2001). Altmış Beş Yaş Üzerindeki Kişilerde Bilişsel Durumun Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Demografik Değişkenlerle İlişkisi: Bir Alan Çalışması. *Psikiyatri Dergisi*, 2(2):79-86.
7. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar 2015.
8. Çuhadar D, Sertbaş G, Tutkun H. (2006). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bilişsel İşlev ve Günlük Yaşam Etkinliği Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:232-239.
9. Minosso J, Amendola F, Alvarenga M, Oliveira M. (2010). Validation of the Barthel Index in Elderly Patients Attended in Outpatient Clinics, in Brazil. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(2):218-223.
10. Miszko TA, Cress ME, Slade JM, Covey CJ, Agrawal SK, Doerr CE. (2003). Effect of Strength and Power Training on Physical Function in Community-Dwelling Older Adults. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(2):171-175.
11. Measuring Quality of Life, World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse 1997;1-13.
12. Şimşek TT, Yümin TE, Sertel M, Öztürk A, Yümin M. (2011). Mental, Mobilite ve Fonksiyonel Özürlülüğün Yaşlılarda Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyeti Üzerine Etkisi. Karşılaştırmalı Çalışma. *Türk Geriatri Dergisi*, 14(4):321-330.
13. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. (2000). Edirne Huzurevi Sakinlerinde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin İrdelenmesi. *Geriatrı*, 3(4):141-145.
14. Gokkaya KO, Kutsal YG, Borman P, Ceceli E, Doğan A, Eyigör S et al. (2012). Pain and quality of life (QoL) in elderly: The Turkish experience. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55:357-362.
15. Sönmez Y, Reyhan U, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M ve ark. (2007). İzmir'de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 75 Yaş ve Üzeri Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(3):145-153.
16. Telatar TG, Özcebe H. (2004). Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi, *Türk Geriatri Dergisi*, 7(3):162-165.
17. Altay B, Avcı Aİ. (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Özbakım Gücü ve Yaşam Doymumu Arasındaki İlişki. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(4):275-282.
18. Borg C, Hallberg IR, Blomqvist K. (2006). Life Satisfaction Among Older People (65+) with Reduced Self-Care Capacity: The Relationship to Social, Health and Financial Aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15:607-618.
19. Şimşek TT, Yümin TE, Sertel M, Öztürk A, Yümin M. (2010). Kadın ve Erkek Yaşlı Bireylerde Depresyonun Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Türk Geriatri Dergisi*, 14(4):321-330.
20. Collins AL, Goldman N, Rodriguez G. (2008). Is Positive Well-Being Protective of Mobility Limitations Among Older Adults?. *The Journals of Gerontology: Series B*, 63:321-327.
21. Hernandez CR, Fernandez VL, Alonso TO. (2009). Satisfaction With Life Related to Functionality in Active Elderly People. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37:61-67.
22. Setiati S, Harimurti K, Dewiasty E, Istanti R. (2011). Predictors and Scoring System for Health-related Quality of Life in an Indonesian Community-Dwelling Elderly Population. *Acta Medica Indonesiana*, 43(4):237-242.
23. Stenhagen M, Ekström H, Nordell E, Elmstahl S. (2014). Accidental Falls, Health-Related Quality of Life and Life Satisfaction: A Prospective Study of the General Elderly Population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58:95-100.
24. Paskulin GL, Vianna L, Molzahn AE. (2009). Factors Associated with Quality of Life of Brazilian Older Adults. *International Nursing Review*, 56:109-115.
25. Enkvist A, Ekström H, Elmstahl S. (2012). What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old?. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54:140-145.
26. Grow S, Yeung P, Towers A, Alpass F, Stephens C. (2013). The Impact of Mobility on Quality of Life Among Older Persons. *Journal of Aging and Health*, 25(5):723-36.
27. Öztürk A, Şimşek TT, Yümin ET, Sertel M, Yümin M. (2011). The Relationship Between Physical, Functional Capacity and Quality of Life (QoL) Among Elderly People With a Chronic Disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53:27-83.
28. Yıldırım ÜN, Özengin N, Özdemir ÇÖ, Gökhan F. (2011). Yaşlı Bireylerde Fonksiyonellik, Performans ve Reaksiyon Zamanı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Türk Geriatri Dergisi*, 14(1):68-74.
29. Yümin TE, Şimşek T, Sertel M, Öztürk A, Yümin M. (2011). The Effect of Functional Mobility and Balance on Health-Related Quality of Life (HrQoL) Among Elderly People Living at Home and Those Living in Nursing Home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52:e180-184.
30. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil T. (2000). Adaptation of the Modified Barthel Index for Use in Physical Medicine and Rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 32(2):87-92.
31. Tamam B, Taşdemir N, Tamam Y. (2008). İnme Sonrası Demans: Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1):46-56.
32. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. (1985). Measuring Health Status: A New Tool For Clinicians and Epidemiologists. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35(273): 185-188.
33. Küçükdeveci AA, McKenna SP, Kutlay S, Gürsel Y, Whalley D, Arasil T. (2000). The Development and Psychometric Assessment of the Turkish Version of The Nottingham Health Profile. *International Journal of Rehabilitation Research*, 23(1):31-38.
34. Diener E., Emmons R.A., Larsen R. J. And Griffin S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*. 49:71-75.
35. Durak M, Durak EŞ, Gencoz T. (2010). Psychometric Properties of the Satisfaction with Life Scale among Turkish University Students, Correctional Officers, and Elderly Adults. *Social Indicators Research*, 99:413-429.