



Toplumda ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin fiziksel performans ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması

Suat EREL, Fatma UYGUR

[Erel S, Uygur F. Toplumda ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin fiziksel performans ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Fizyoter Rehabil. 2010;21(1):35-42. *Comparison of physical performance and quality of life of elder individuals living in the community and in nursing homes.*]

Research Article

Amaç: Çalışmamızın amacı toplumda ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin fiziksel performans ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılmasıdır. **Gereç ve yöntem:** Çalışmaya, 70 yaş ve üstü 120 yaşlı olgu dahil edildi. Yaşlı bireyler yaşam ortamları dikkate alınarak 4 farklı gruba ayrıldı. Huzurevinde yaşayan olgular 1. gruba, yalnız yaşayan olgular 2. gruba, eşyle birlikte yaşayan olgular 3. gruba ve çocukları ile beraber yaşayan olgular ise 4. gruba dahil edildi. Olguların yaşam kaliteleri ve fiziksel performansları değerlendirildi. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için Hastalık Etki Profili ve 12 Maddeli Sağlık Statüsü Anketi, fiziksel performans değerlendirmesi için ise Fiziksel Performans Testi uygulandı. **Sonuçlar:** Gruplar arasında test ve anket sonuçları açısından bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Olguların eğitim düzeylerinin uygulanan test ve anket sonuçlarına olan etkisine bakıldığında sadece Fiziksel Performans Test sonuçlarında eğitim düzeyi daha yüksek olanlar lehine fark bulundu ($p<0.05$). Olguların test ve anket sonuçları cinsler arasında karşılaştırıldığında erkeklerin lehine fark bulundu ($p<0.05$). **Tartışma:** Olguların fiziksel performans ve yaşam kalitelerinin yaşadıkları ortam açısından farklılık göstermediği görüldü.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, Yaşam ortamı, Yaşam kalitesi.

Comparison of physical performance and quality of life of elder individuals living in the community and in nursing homes

Purpose: The aim of our study is to compare the physical performance and quality of life of older adults living in the community and nursing homes. **Material and methods:** 120 subjects, older than 70 years of age were included in the study. Elder individuals were separated into four different groups according to their living environments. Subjects living in a nursing home consisted the first group, subjects living alone consisted the second group, subjects living with their spouses consisted the third group and subjects living with their children consisted the fourth group. Physical performance and quality of life of the subjects were assessed. To assess quality of life, Sickness Impact Profile and 12 Item Health Status Questionnaire were used and to assess physical performance Physical Performance Test was used. **Results:** No difference was found between the test results in intergroup comparisons ($p>0.05$). When the effect of educational level of the subjects on test and questionnaire scores was investigated, the only difference found which was in favor of the subjects having higher levels of education was related to Physical Performance Test scores. When the results of the test and questionnaires were compared between genders, we found a statistically meaningful difference in favor of the male subjects ($p<0.05$). **Conclusion:** The results of this study showed that quality of life and physical performance was not affected by place of residence.

Key words: Aged, Living environment, Quality of life.

S Erel

Pamukkale University, School of Physical Therapy and Rehabilitation, Denizli, Türkiye
PT, PhD

F Uygur

Hacettepe University, Faculty of Health Sciences, Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Ankara, Türkiye
PT, PhD, Prof

Address correspondence to:

Dr. Fzt. Suat Erel
Yunusemre mah. 6429 sok 18/3
Kınıklı- DENİZLİ
E-mail: erelsuat@hotmail.com

Yaşlanma genetik olarak belirlenen, türe özgü maksimum yaşama süresine, edinsel hasarlara ve immünolojik reaksiyonlara bağlı olarak değişen, kaçınılmaz bir süreçtir.¹ Yaşlanma yaşam içinde erişkinlik dönemini takiben yavaş yavaş başlar ve hayat boyu devam eder. Belli bir başlangıç veya bitiş zamanı yoktur. Bu dönemde vücut sistemlerinde fizyolojik, biyolojik, psikolojik ve fonksiyonel bazı değişimler meydana gelir.²⁻⁴

Dünya nüfusu hızla artmaktadır. Beklenen yaşam süresinin uzaması ve doğum hızının azalması ile birlikte dünyadaki yaşlı birey popülasyonu da artmaktadır. Ülkemizde de dünyadaki duruma paralel olarak yaşlı nüfus artmaktadır ve gelecekte toplam nüfusumuzun önemli bir bölümünü yaşlı nüfusun oluşturacağı düşünülmektedir.^{5,6}

Gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzerindeki nüfus, toplam nüfusun % 12-22'sini oluştururken bu oran gelişmekte olan ülkeler arasında yaşlı nüfus oranı açısından önemli düzeyde fark olmasına karşın yaşlı nüfusa ilişkin yapılan tahminlerde dünyamızın giderek yaşlandığı görülmektedir. “Dünya Sağlık Örgütü Yaşlı Sağlığı Uzmanlar Komitesi” raporuna göre (1987) dünya genelinde 60 yaş ve üzeri nüfusun 2025 yılında 1,2 milyara, 2050 yılında 2 milyara ulaşması beklenmektedir.⁵

Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı 20. yüzyılın sonuna kadar % 5'in altında iken, 2000 genel nüfus sayımı sonuçlarına göre 3,858,949 olan 65 ve daha yukarı yaş nüfus toplam nüfusun % 5,7'sini oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun % 45,3'ü erkeklerden, % 54,7'si ise kadınlardan oluşmaktadır. Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye'de de yaşlı yüzyılı olacağına işaret etmektedir.⁷

Günümüzde yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar yaşam süresini uzatmaktan çok yaşam kalitesini arttırmaya ve genel sağlığı iyileştirmeye odaklanmıştır. Bu yüzden yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi giderek önem kazanmıştır.

Yaşam kalitesi terimi son yıllarda önemi artan ve sıkça kullanılan bir terim olmasına rağmen tanımı konusunda farklı yorumlar mevcuttur.

Fayos yaşam kalitesini, kişilerin kendi yaşamlarını değerli buldukları şekilde sürdürme yetileri olarak tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi; yalnız hastalık, bozukluk ya da yetersizliğin bulunmaması değil, aynı zamanda fiziksel, mental, sosyal iyilik halinin olması olarak tanımlanır.^{5,8-10}

Fiziksel performans testleri ise kişinin aktivitelerdeki performansını değerlendiren standardize edilmiş objektif testlerdir. Test edilen parametreler genel günlük yaşam aktiviteleridir. Fiziksel performans, genellikle becerilerin ne kadar sürede yapıldığı veya kişinin belirlenmiş bir sürede beceriyi tekrarlama sayısı ile değerlendirilir.¹¹⁻¹³

Genel olarak yaşlı bireylerde fiziksel performans değerlendirmesi fonksiyonlardaki değişikliği belirlemek ve ölüm riskini azaltmak amacıyla kullanılır. Fiziksel performans değerlendirmeleri ile yaşlı bireylerin problemleri tanımlanır, durumlarındaki değişiklikler belirlenir veya değerlendirilir, fiziksel fonksiyonları saptanır ve ortaya çıkan sonuçlar doğrultusunda toplumsal sağlık ihtiyaçları için gereken planlamalar yapılır.

Literatürde, yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini ve fiziksel performanslarını değerlendirmek için geliştirilmiş, geçerlik, güvenirlik çalışmaları yapılmış pek çok anket ve test bulunmaktadır.¹³⁻¹⁹

Araştırmalarda yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini değerlendiren anketler bireylerin kendi bildirimleri ile yapılırken, fiziksel performans ölçümleri ise objektif olarak değerlendirilmektedir.^{14,15,20}

Yaşlanma ile ortaya çıkan sorunlara karşı toplumların yaklaşımı, o toplumun kültürüne göre değişmektedir. Buna bağlı olarak yaşanan ortamlar da farklılık göstermektedir. Gelişmiş batı toplumlarında yaşlı kişiler, çoğunlukla huzurelerinde ve özellikle yaşlılar için geliştirilmiş toplu yaşam alanlarında yaşarlarken, Türkiye'de ise aile bireyleri arasındaki bağın halen güçlü olması yaşlıların yaşam alanlarını belirlemedeki tercihlerinde de özellikle gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında farklılıklar göze çarpmaktadır. Devlet Planlama Teşkilatı'nın 2005 yılında ülke genelinde yaptığı aile yapısı çalışmasında, yaşlıların % 63'ünün yalnız, % 36'sının çocukları ile birlikte, % 1'inin kurumlarda yaşadığı saptanmıştır.²¹

Toplumumuzda yaşanan ortamın yaşam kalitesi üzerine etkisini araştıran bir çalışma dışında herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.²² Toplumumuzda huzurevinde yaşayan kişilerin bir anlamda terk edilmiş yalnız bireyler olarak algılanmalarından yola çıkarak yaşam kalitesi ile ilgili testlerden diğer gruptakilere oranla daha düşük puan alacaklarını, ayrıca günlük yaşama ait alışveriş yapma, yemek pişirme, çamaşır yıkama, etrafı toplama gibi pek çok etkinlik huzurevinde bakıcılar tarafından yerine getirildiği için huzurevi grubunun fiziksel performanslarının da diğerlerine göre daha düşük olacağını varsaymaktayız. Çalışmamızın amacı, toplumda ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin fiziksel performans ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Olgular

Çalışmamız, huzurevi ve toplumda yaşayan yaşlı bireyler üzerinde gerçekleştirildi. Çalışmaya 70 yaş ve üzerinde 120 olgu alındı. Çalışmaya dahil edilen olgulara çalışma anlatılarak katılımları için onayları alındı. Olgular yaşam ortamlarına göre dört gruba ayrıldı. Birinci gruba huzurevinde yaşayan, ikinci gruba yalnız yaşayan, üçüncü gruba eşiyile beraber yaşayan ve dördüncü gruba çocuklarıyla beraber yaşayan 30'ar olgu dahil edildi. Olguların fiziksel özellikleri Tablo 1'de gösterildi.

Grupların benzerliğini sağlamak amacıyla olgulara Mini Mental Test, Fonksiyonel Görme İndeksi ve İşitme Testi uygulandı ve bu testlerden belirli bir yeterlilik derecesi gösteren bireyler çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya alınan olguların hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalığı gibi bazı sağlık sorunları olmakla birlikte yaşamlarını bağımsız olarak sürdürmelerini engelleyecek bir yetersizlik ve buna bağlı olarak gelişen bir özrün bulunmamasına dikkat edildi.

Çalışmaya alınan olgulara aşağıdaki değerlendirmeler yapıldı.

Hikaye: Olguların yaş, cins, vücut ağırlığı, boy gibi fiziksel özelliklerinin yanı sıra eğitim düzeyleri, medeni durumları, sağlık güvenceleri kaydedildi.

Fiziksel Performans Testi (Physical Performance Test): Fiziksel Performans Testi

günlük yaşam aktivitelerindeki temel becerilerin simüle edilerek doğrudan performansın değerlendirilmesine dayanır. Fiziksel Performans Testi dokuz veya yedi maddeli olmak üzere iki şekilde uygulanabilir. Yedi maddeli test merdiven aktivitelerini içermez. Çalışmada 7 maddeli test kullanıldı. Testte dönme aktivitesini kapsayan altıncı madde hariç diğer maddeler için aktiviteleri tamamlama süresi temel alınır. Testin puanlamasında önceden belirlenmiş ve 0-4 arasında puanlanmış süre aralıkları kullanılır. Altıncı madde için puanlama ise aktivitenin sürekli olması "2", sürekli olmaması "0", muntazam olması "2" ve muntazam olmaması "0" ifadelerine göre yapılır. Testten alınacak en kötü puan "0", en iyi puan "28"dir.^{14,16}

12-Maddeli Sağlık Statüsü Anketi (Twelve-Item Health Status Questionnaire): Olguların sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla uygulandı. Oniki Maddeli Sağlık Statüsü Anketi fiziksel fonksiyonlar, mental sağlık, sağlığın algılanması, sosyal fonksiyonlar, fiziksel sağlıkla ilgili rollerin kısıtlanması, enerji-yorgunluk, emosyonel sağlıkla ilgili rollerin kısıtlanması ve vücut ağrısı olmak üzere sekiz sağlık ögesini değerlendirir. Anketin puanlanması "kötü, mükemmel, her zaman veya hiçbir zaman" gibi ifadelerle yapılır. Ankettten alınabilecek en kötü puan "0", en iyi puan "100"dür.^{23,24} Anket bireylere karşılıklı görüşme yoluyla uygulandı.

Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile): Davranışsal olarak kronik veya akut sağlık problemleri ile ilişkili fonksiyon bozukluklarının ölçümünde kullanılan güvenilir, geçerli ve hassas bir ankettir. Kişinin o anki sağlık durumunu yansıtır. Anket günlük yaşam aktivitelerini sorgulayan 12 bölüm ve 136 ifadeden oluşmuştur. Anket bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki performansını yansıtacak şekilde tasarlanmıştır. Oniki bölümün her biri özel bir alandaki aktiviteyi içerir. Anketteki ifadeler şimdiki zamanda ve birinci tekil şahıs için hazırlanmıştır.^{23,25} Toplam puan işaretlenen ifadelerin skala değerlerinin toplanması ve sabit bir değer olan maksimum fonksiyon bozukluğu puanına bölünmesi ile elde edilen değer 100 ile çarpılması ile hesaplanmıştır. Anketin skor aralığı

0-100'dür. Hastalık Etki Profilinde, yüksek skor fonksiyon bozukluğunun büyüklüğüne işaret eder.²³ Anket karşılıklı görüşme yoluyla uygulandı ve olgudan o günkü sağlık durumunu göz önünde bulundurarak ifadeleri değerlendirmesi istendi. Anketin oldukça uzun olması nedeniyle, yaşlı bireylerin dikkat durumları da göz önüne alınarak uygulama sırasında birkaç kez ara verilerek anket tamamlandı.

İstatistiksel analiz:

Çalışmanın istatistikleri SPSS for Windows Release 10.00 istatistik paket programı ile yapıldı. Değerlendirme sonuçları aritmetik ortalama± standart sapma (X±SD) olarak verildi. Gruplar arasındaki farkın değerlendirilmesi için Kruskal Wallis Testi, cinslerin test ve anket sonuçlarını karşılaştırmak için ise Mann Whitney U Testi kullanıldı. İstatistiklerde p değeri 0.05 olarak alındı.

SONUÇLAR

Çalışmaya dahil edilen olguların cinsiyet, öğrenim durumları, medeni durumları ve sağlık güvencelerinin gruplara göre dağılımları Tablo 2'de verildi. Fiziksel Performans Testi, 12 Maddeli Sağlık Statüsü Anketi ve Hastalık Etki Profilinden almış oldukları sonuçlar Tablo 3'de gösterildi. Bireylerin test ve anketlerden almış oldukları sonuçlar açısından gruplar karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak fark bulunmadı (p>0.05).

Eğitim düzeyleri ile Fiziksel Performans Testi sonuçlarında eğitim düzeyi yüksek olanlar lehine fark bulundu (p<0.05). Eğitim düzeyleri ile 12 Maddeli Sağlık Statüsü Anketi ve Hastalık Etki Profili arasında ilişki bulunmadı (p>0.05) (Tablo 4). Bireylerin test ve anketlerden almış oldukları sonuçlar açısından kadın ve erkek grubu karşılaştırıldığında; iki grup arasında erkeklerin lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (p<0.05) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Yaşlanma ile birlikte bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde ve yaşam kalitelerinde belirgin bir

düşüş gözlenmektedir. Bu nedenle, yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin korunarak, aktif bir yaşam sürdürmeleri sağlanmalıdır. Bu da fizyoterapi ve rehabilitasyonun temel amaçlarından birisini oluşturmaktadır. Ayrıca yaşlı bireylerde fiziksel performansın değerlendirilmesi sağlık bakım programının önemli bir parçasını oluşturmaktadır.^{5,8,14}

Sağlık bakım uzmanları, fiziksel performans değerlendirmelerini problemlerin tanımlanması, problemlere yönelik tedavinin belirlenmesi, fiziksel fonksiyonların tahmin edilmesi ve yaşlı bireyler için halk sağlığı planlarının yapılması amacıyla kullanılmaktadırlar. Uygun ölçümün seçilmesi, geriatrik değerlendirmenin etkinliğinin ve ölüm riskinin azaltılmasındaki müdahalelerin belirlenmesi için önemlidir.¹⁴

Yaşlı bireylerin işitme ve görme sorunları ile bireyin kendi bildiriyle yapılan yaşam kalitesi değerlendirmeleri arasında kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır.²⁶ Ayrıca yapılan çalışmalarda bilişsel fonksiyonlarla, bireylerin anketlere verdikleri yanıtlar arasında çok yakın bir ilişki olduğu saptanmıştır.¹⁵ Bu bağlamda, çalışmamızdaki grupların benzerliğini sağlamak ve sadece yaşam ortamının meydana getirdiği etkiyi ortaya çıkartmak için olguların görme, işitme ve bilişsel fonksiyonları değerlendirilerek, yeterli puan alan olgular çalışmaya dahil edilmiştir.

Yaşlı bireylerin değerlendirilmesinde sadece fiziksel performans değerlendirmesi veya sadece bireyin kendi bildirimlerine dayanan anketlerin kullanılmasının doğru sonuç vermeyeceği ileri sürülmüştür.^{14,16} Reuben ve arkadaşları ise fiziksel fonksiyonların değerlendirilmesinde bireylerin kendi bildirimleriyle, performans temelli ölçümlerin ilişkili olduklarını, ayrıca saptanan bilgilerin birbirlerini tamamladıklarını rapor etmişlerdir.²⁷

Yaşam kalitesi terimi genel olarak, bireylerin yaşamlarında önemli olan öznel deneyimlerin toplamını gösterir. Bu kavramın, fiziksel ve mesleki fonksiyonlar, psikolojik durum, sosyal etkileşimler ve ekonomik durumdan etkilendiği bilinmektedir.²²

Literatürde, yapılan çalışmalarda yaşlı bireylerin fiziksel performans test ve kendi bildirimli anket sonuçlarının genelde orta düzeyde

Tablo 1. Olguların fiziksel özellikleri.

	I. Grup (n=30) X±SD	II. Grup (n=30) X±SD	III. Grup (n=30) X±SD	IV. Grup (n=30) X±SD
Yaş (yıl)	76±5.3	74±4.4	73±3.7	75±6.1
Boy (cm)	163±6.5	165±7.6	166±6.7	167±6.6
Vücut ağırlığı (kg)	67.8±10.6	75.5±12.1	69.4±10.9	79±10

Tablo 2. Olguların cinsiyet, öğrenim durumları, medeni durumları ve sağlık güvenceleri.

	I. Grup (n=30)		II. Grup (n=30)		III. Grup (n=30)		IV. Grup (n=30)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet								
Erkek	16	53.3	12	40	16	53.3	22	73.3
Kadın	14	46.6	18	60	14	46.6	8	26.6
Öğrenim durumu								
Okur-Yazar	3	10	12	40	8	26.6	8	26.6
İlkokul	13	43.3	16	53.3	17	56.6	22	73.3
Ortaokul	6	20	-	-	2	6.6	-	-
Lise	7	23.3	1	3.33	1	3.33	-	-
Üniversite	1	3.33	1	3.33	2	6.6	-	-
Medeni durumu								
Dul	23	76.6	30	100	-	-	20	66.6
Evli	1	3.3	-	-	30	100	10	33.3
Bekar	6	20	-	-	-	-	-	-
Sağlık Güvencesi								
Emekli Sandığı	12	40	6	20	4	13.3	4	13.3
Bağ-kur	9	30	10	33.3	14	46.6	12	40
SSK	8	26.6	10	33.3	10	33.3	9	30
Özel	-	-	-	-	-	-	-	-
Yeşil Kart	1	3.3	-	-	1	3.3	-	-
Yok	-	-	4	13.3	1	3.3	5	16.6

Tablo 3. Grupların test ve anket sonuçları açısından karşılaştırılması.

	I. Grup (n=30) X±SD	II. Grup (n=30) X±SD	III. Grup (n=30) X±SD	IV. Grup (n=30) X±SD	χ^2	p
Fiziksel Performans Testi	19.06±4.6	19.4±3.6	19.96±3.5	19.7±3.2	0.774	0.856
12 Maddeli Sağlık Anketi	62.86±24.4	62.75±19.7	66.89±19.8	66.39±18.79	1.188	0.756
Hastalık Etki Profili	10.4±6.7	11.06±7.8	9.82±6.05	11.01±6.53	0.324	0.955

Tablo 4. Olguların eğitim düzeyleri ile uygulanan test ve anket sonuçlarının karşılaştırılması.

	n (%)	χ^2	p
Fiziksel Performans Testi		16.195	0.003*
Okur-Yazar	31 (25.83)		
İlkokul	68 (56.66)		
Ortaokul	8 (6.66)		
Lise	9 (7.50)		
Üniversite	4 (3.33)		
12 Maddeli Sağlık Statüsü Anketi		7.041	0.134
Okur-Yazar	31 (25.83)		
İlkokul	68 (56.66)		
Ortaokul	8 (6.66)		
Lise	9 (7.50)		
Üniversite	4 (3.33)		
Hastalık Etki Profili		7.709	0.103
Okur-Yazar	31 (25.83)		
İlkokul	68 (56.66)		
Ortaokul	8 (6.66)		
Lise	9 (7.50)		
Üniversite	4 (3.33)		

* p<0.05.

Tablo 5. Bireylerin test ve anket sonuçlarının cinsiyet açısından karşılaştırılması.

	Erkek (N=64)	Kadın (N=56)	p#
Fiziksel Performans Testi	20.51±3.3	18.45±3.9	0.002*
12 Maddeli Sağlık Statüsü Anketi	71.3±15.1	57.09±21.8	<0.001
Hastalık Etki Profili	8.46±4.6	13.08±7.8	0.001*

* p<0.05. # Mann Whitney U Testi.

oldukları görülmüştür.^{17,27,28} Çalışmamızda ise test ve anket sonuçlarına baktığımızda genel olarak puanların dağılımının alınabilecek en iyi puanlara yakın oldukları görülmüştür. Burada olguların fonksiyonel durumlarının iyi olması bu sonucu destekler niteliktedir. Ayrıca söz konusu olguların böyle bir çalışmada yer almayı kendi tercihleri ile kabul etmiş olmaları yaşama olan bağlılıklarını ve sonuçların diğer araştırmalardan daha iyi olmasını açıklar.

Fiziksel performans testlerinin dil, eğitim ve kültür seviyesinden etkilenme olasılığının düşük olduğu bildirilmiştir.²⁹ Çalışmamızda ise eğitim seviyesinin Fiziksel Performans Test sonuçlarını etkilediği sonucu ortaya çıkmıştır. Ancak bunun Fiziksel Performans Testindeki cümle yazma maddesi ile ilişkili olduğu kanısındayız. Eğitim düzeyi yüksek olan bireyler cümleyi daha kısa sürede yazarak daha yüksek puanlar almışlardır.

Literatürde, yaşlı bireyler üzerinde yapılmış birçok çalışmada yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerin yaşam kalitesi değerlendirme sonuçlarının, düşük eğitim seviyesine sahip kişilere göre daha iyi olduğu saptanmıştır.²⁹⁻³¹ Çalışmamızda ise literatürdeki sonuçların aksine yaşlı bireylerin yaşam kalitesi anket sonuçları ile eğitim seviyelerinin birbiriyle ilişkili olmadıkları sonucuna varılmıştır. Bu sonuç aşağıdaki iki farklı durumdan kaynaklanabilir. Bunlardan ilki; yaşlı bireylerin, çalışmamıza kendi istekleri ile dahil olmalarından ki bu durum yaşlı bireylerin yaşama bağlılıklarının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. İkincisi ise, yaşlı bireylerin rasgele bir yöntem ile seçilmemiş olmasıdır.

İnal ve arkadaşları huzurevinde yaşayan yaşlı bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada, basit fiziksel performans test sonuçlarında erkeklerin lehine anlamlı bir fark bulmuşlardır.³⁰ Malmgren literatür taramasında, Guralnik ve arkadaşları, kadın ve erkekler üzerinde yapmış oldukları çalışma sonucunda fonksiyonel limitasyon prevalansının kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğunu belirtmişlerdir.³² Çalışmamızda da bu iki çalışmayı destekler nitelikte hem Fiziksel Performans Test sonuçlarında hem de yaşam kalitesi anket sonuçları açısından erkeklerin lehine anlamlı bir fark çıkmıştır. Bu sonuç bize kadınların yaşam beklentileri daha uzun olmakla birlikte gençlik dönemlerinden itibaren toplumda üstlendikleri roller ve fiziksel yapıları nedeniyle yaşlılık dönemlerinde fiziksel performanslarının ve yaşam kalitelerinin erkeklere göre daha belirgin olarak azaldığını düşündürmüştür.

Elaine ve arkadaşları, toplumda ve huzurevinde yaşayan 283 yaşlı birey üzerinde yaptıkları çalışmada, bireylere Hastalık Etki Profili ve fiziksel performans ölçümleri uygulayarak, sonuçların toplumda yaşayanların lehine anlamlı çıktığını belirtmişlerdir.³³ Şahin ve arkadaşları ise huzurevinde yaşayan bireylerle kendi evlerinde aileleriyle veya yalnız başlarına yaşayan bireyleri depresyon yönünden karşılaştırdıklarında, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin bu rahatsızlığa yakalanma risklerinin daha yüksek olduğu tespit etmişlerdir.²²

Çalışmamızda ise 4 grup, test ve anket

sonuçları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırmayı tasarlarırken, toplumumuzda huzurevinde yaşayan kişilerin bir anlamda terk edilmiş yalnız bireyler olarak algılanmalarından yola çıkarak yaşam kalitesi ile ilgili testlerden diğer gruptakilere oranla daha düşük puan alacaklarını varsaymıştık, ayrıca günlük yaşama ait alışveriş yapma, yemek pişirme, çamaşır yıkama, etrafı toplama gibi pek çok etkinlik huzurevinde bakıcılar tarafından yerine getirildiği için huzurevi grubunun fiziksel performanslarının da diğerlerine göre daha düşük olacağını varsaymaktaydık. Sonuçların beklentilerimizle çelişir olması iki şekilde açıklanabilir. Birincisi; yaşlanma olgusunun bireylerin yaşadıkları ortam açısından farklılık göstermediğini ve yaşlanmanın bireylerde meydana getirdiği olumsuz etkilerin her yaşam ortamında kendisini belli ettiğini düşündürmektedir. İkincisi ise; çalışmanın yapıldığı huzurevinin ortamı ile ilgili olabilir. Huzurevinin sosyal etkinliklere önem veren, bireylerin fiziksel aktivitelerini sürdürmelerine özen gösteren bir yapıya sahip olması da sonuçları etkilemiş olabilir. Benzer bir çalışma farklı yaş grupları belirlenerek çok merkezli bir biçimde ileriye yönelik bir çalışma olarak planlanabilir.

KAYNAKLAR

- Özgül A. Geriatrik Patolojinin Esasları In: Kutsal YG, Beyzova M, eds. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara, Güneş Kitapevi; 2000:1341-1352.
- Carole BL, Jenifer MB. Comparing and Contrasting Age Related Changes in Biology, Physiology, and Anatomy In: Carole BL, eds. Geriatric Physical Therapy. Appleton-Lange; 1994:41-67.
- Çağatay G. Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık. Kutsal YG, eds. Geriatri. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997:50-60.
- Sarı A: Geriatrik kişilerde farklı yaşam tarzının fiziksel uygunluk düzeylerine olan etkisi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara 1999.
- Bilir N. Türkiye'de ve dünyada yaşlılarda demografik özellikler In: Arnoğul S, eds. Geriatri ve Gerontoloji. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi; 2006: 3-9.
- Neugarten BL, Reed SC. Social and Psychological Characteristics In: Cassel CK, eds. Geriatric Medicine, New York, Springer; 1997:45-53.

7. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü 2007, Yayın No DPT: 2741.
8. Kayhan H, Yıldırım SA, Yücel H. Geriatrik rehabilitasyonda değerlendirme In: Arnoğul S, eds. Geriatri ve Gerontoloji. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi; 2006: 183-196.
9. Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56: 23-35.
10. White SM, Wójcicki TR, McAuley E. Physical activity and quality of life in community dwelling older adults. Health Qual Life Outcomes. 2009; 6;7:10.
11. Guralnik JM, Branch LG, Cumming SR, et al. Physical performance measures in aging research. J Gerontol. 1989;44: M141-M146.
12. Steffen TM, Hacker TA, Mollinger L. Age- and gender-related test performance in community-dwelling elderly people: Six-Minute Walk Test, Berg Balance Scale, Timed Up & Go Test, and gait speeds. Phys Ther. 2002;82:128-137.
13. Brooks D, Davis AM, Naglie G. Validity of 3 physical performance measures in inpatient geriatric rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil. 2006;87:105-110.
14. VanSwearingen JM, Brach JS. Making geriatric assessment work: selecting useful measures. Phys Ther. 2001;81:1233-1252.
15. Cress ME, Schechtman KB, Mulrow CD, et al. Relationship between physical performance and self-perceived physical function. J Am Geriatr Soc. 1995; 43:93-101.
16. Reuben DB, Siu AL. An objective measure of physical function of elderly outpatient: the physical performance test. J Am Geriatr Soc. 1990; 38: 1105-1112.
17. Rozzini R, Frisoni GB, Bianchetti A, et al. Physical Performance Test and Activities of Daily Living scales in the assessment of healthy status in elderly people. J Am Geriatr Soc. 1993;41:1109-1113.
18. Vestergaard S, Patel KV, Walkup MP, et al. Stopping to rest during a 400-meter walk and incident mobility disability in older persons with functional limitations. J Am Geriatr Soc. 2009;57:260-265.
19. Shumway-Cook A, Patla A, Stewart AL, et al. Assessing environmentally determined mobility disability: self-report versus observed community mobility. J Am Geriatr Soc. 2005;53:700-704.
20. Judge JO, Schechtman K, Cress E. The relationship between physical performance measures and independence in instrumental activities of daily living. The FICSIT Group. Frailty and Injury: Cooperative Studies of Intervention Trials. J Am Geriatr Soc. 1996;44: 1332-1341.
21. Akdemir N, Özdemir L. Evde Bakım Sistemleri Ve Ülkemizde Yaşlı Sağlığı Hizmetleri In: Arnoğul S, eds. Geriatri ve Gerontoloji. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi; 2006: 25-35.
22. Şahin EM, Yalçın MB. Huzurevinde veya Kendi Evlerinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Sıklıklarının Karşılaştırılması. Geriatri. 2003; 6:10-13.
23. Bowling A. Measuring Health. A review of quality of life measurement scales 2nd ed. Philadelphia: Open University Press; 1999: 38-60.
24. Mc Gee J, Goldfield N, Riley K, Morton J. Collecting Information from Health Care Consumers. Gaithersburg, Maryland, Aspen Publishers Inc; 1996: 13:1-13:108.
25. Ozsoğut B, Salek MS, Demirdamar R. Development of the Turkish Sickness Impact Profile (TRSIP): Translation Phase. Qual Life Res. 1998;7: 646-647.
26. Ray F, Claire D. Assessing quality of life. In: Grimley J, Williams FT, eds. Geriatric Medicine. New York, Oxford University Press; 2000: 1147-1153.
27. Reuben DB, Valle LA, Hays RD, et al. Measuring physical function in community-dwelling older persons: a comparison of self-administered, interviewer-administered, and performance-based measures. J Am Geriatr Soc. 1995; 43:17-23.
28. Reuben DB, Siu AL et al. The predictive validity of self-report and performance-based measures of function and health. J Gerontol. 1992; 47: M106-M110.
29. Naglie G. Frailty. In: Grimley J, Williams FT, eds. Geriatric Medicine, Oxford University Press, 2000: 1181-1192.
30. İnal S, Subaşı F, Mungan S ve diğ. Yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Geriatri. 2003;6:95-99.
31. Kinsella K, Suzman R. Demography of older populations in developed countries In: Grimley J, Williams FT, eds. Geriatric Medicine, Oxford University Press, New York, 2000:7-19.
32. Malmgren R. Epidemiology of Aging. In: Coffey E, Cummings LJ, eds. Textbook of Geriatric Neuropsychiatry, American Psychiatric Press, New York, 2000:17-31.
33. Andresen EM, Patrick DL, Carter WB, et al. Comparing the performance of health status measures for healthy older adults. J Am Geriatr Soc. 1995;53:1030-1034.