

Araştırma Makalesi

Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler

Özgür Özerdoğan ^a, Buse Yüksel ^a, Merve Çelik ^a, Sibel Oymak ^b, Coşkun Bakar ^c

^a Araş. Gör. Dr., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Çanakkale, TÜRKİYE

^b Doç. Dr., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Çanakkale, TÜRKİYE

^c Prof. Dr., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Çanakkale, TÜRKİYE

Geliş tarihi: 25.07.2017, Kabul tarihi: 01.06.2018

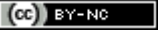
Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı; Çanakkale il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzerindeki kişilerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesidir. **Yöntem:** Kesitsel tipteki çalışmada örneklem büyüklüğü 961 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmada 1 001 kişiye ulaşılmıştır ve veriler yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu kullanılarak elde edilmiştir. **Bulgular:** Tek değişkenli analiz sonuçlarına göre yapılan ileri analizde; geçmişe yönelik pişmanlık duymanın, geçmişteki amaçlara ulaşamamanın, gelecekte umutlu olmamanın, son altı ay içinde düşmenin, hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren en az bir kronik hastalık varlığının, gelir durumu azlığının ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olmanın Avrupa Sağlık Etki Ölçeği (EUROHIS) toplam puanını azalttığı bulunmuştur. **Sonuç:** Yaşlı nüfusun ihtiyaçlarının yerel ve ulusal düzeylerde yapılacak izlem çalışmalarıyla takip edilmesinin gerekli müdahalelerin yapılmasına katkı sunacağı düşünülmektedir. Bu amaçla Çanakkale ilindeki yaşlı nüfusun sosyal destek hizmeti aldığı Altın Yıllar Yaşam Merkezinde izlem çalışması başlatılmıştır.

Anahtar kelimeler: Yaşam kalitesi, yaşlı, EUROHIS, kronik hastalık, Çanakkale

Sorumlu Yazar: Özgür Özerdoğan, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Terzioğlu yerleşkesi, 17100, Çanakkale. E-mail: drozgurozerdogan@gmail.com, Tel: 0544 299 00 30

Copyright holder Turkish Journal of Public Health

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.  This is an open Access article which can be used if cited properly.

Associated factors affecting the quality of life of the elderly

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate factors affecting the quality of life of people aged 65 and over, living in the center of Çanakkale province. **Method:** The sample size in this cross-sectional study was determined as 961. 1001 participants were reached and data was collected using a face-to-face interview technique and questionnaires. **Results:** Following univariate analyses of the data, it was found that the following variables reduced the EUROHIS scores of the respondents: regretting the past, not accomplishing previous life goals, not being hopeful for the future, experiencing a fall in the last six months, having at least one chronic illness diagnosed by a physician requiring the long-term use of the medication, decrease in income status and dependence on activities within daily life. **Conclusions:** Longitudinal studies have been initiated, in cooperation with local authorities, in order to improve the quality of life of the elderly. These studies will follow up the biopsychosocial aspects of risk factors which reduce the quality of life of elderly individuals in our study group. Further investigations at the local and national levels will contribute to the implementation of the necessary interventions to address the unique needs of the elderly population.

Key words: Quality of life, elderly, EUROHIS, chronic illness, Çanakkale

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşlanma, biyolojik değişikliklerin ötesinde emeklilik, arkadaşların ve eşlerin ölümü gibi diğer yaşam geçişleriyle ilişkilidir. Bu açıdan bakıldığında, yaşlanmaya karşı halk sağlığı politikaları geliştirirken yalnızca ileri yaşla ilişkili kayıpları iyileştiren yaklaşımları değil aynı zamanda yaşlanmaya uyum ve psikososyal büyümeyi güçlendirecek yaklaşımları değerlendirmek de önemlidir¹. DSÖ 1989 yılında 65 yaş ve üstünü, kronolojik olarak yaşlılık olarak tanımlamakla birlikte, Birleşmiş Milletler (BM) ise yaşlılıkta yaş sınırını 60 yaş ve üzeri olarak temel almaktadır. Ancak, ulusal ve uluslararası yaşlılık çalışmalarının genelinde DSÖ'nün tanımının esas alındığı görülmektedir². Son yıllarda yaşlı nüfus, dünyada hem sayısal hem de toplam nüfus içindeki pay olarak artmıştır^{3,4}. Yaşlı nüfusun yaşadığı sorunlara bağlı olarak sağlıkla ilgili daha fazla kaynak talep etmesi beklenmektedir. Dünya üzerinde yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin toplam nüfus içindeki payının 2015-2050 yılları arasında %12'den

%22'ye yükseleceği tahmin edilmektedir¹. Türkiye'ye baktığımızda, yaşlı nüfusun genel nüfus içerisinde 1990 yılında %4.3'lük, 2015 yılında %8.2'lik paya sahip olduğu görülmektedir, 2023 ve 2050 yıllarında ise sırasıyla %10.2 ve %20.8'lik paya sahip olması beklenmektedir⁵⁻⁷.

DSÖ, 1999 Sağlıklı Yaşlanma Deklerasyonu'nda, Sağlıklı/Sağlıkla Yaşlanma hedeflerini bireylerin sağlıklı davranışlar benimseyerek fiziksel ve mental işlevselliklerini sürdürme ve güçlendirmeleri, aktif ve üretici olmaları, toplumun içinde olma ve toplumsal katılımında bulunmaları, kişiler arası ilişkilerini sürdürmeleri şeklinde belirlemiştir⁸.

Yaşanan demografik ve epidemiyolojik dönüşüm, toplumların yaşlanan nüfusun sağlığını ve yaşam kalitesini sürdürebilmesi için stratejik planlar geliştirmelerini gerekli kılmıştır⁹. DSÖ'ye göre toplumlar sağlık ve sosyal sistemlerini bu dönüşüme hazırlayabilmek için büyük zorluklarla mücadele etmek zorunda kalacaklardır¹. Bu bağlamda yaşam kalitesi kavramı ilk kez 1960'larda gündeme gelmiş, sağlığın korunması ve geliştirilmesi

yaklaşımının 1980'li yıllardan sonra yaygınlaşması ile birlikte giderek daha öncelikli hale gelmiştir¹⁰. Yaşam kalitesi yaşamı tüm yönleriyle değerlendirmeyi amaçlayan geniş bir kavramdır, bu nedenle hemen hemen her bilimsel disiplinin ilgi alanına girmektedir. Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi (SYK) ise, "algılanan sağlık ve mutluluk" üzerine odaklanmış, görece yeni bir kavramdır. SYK, süregelen hastalıkların yaşlanmış nüfustaki zararlı ve yıkıcı etkilerinin ölçülmesinde çok duyarlı bir kavramdır¹¹.

Yaşam Kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerde çeşitlilik ve farklı sınıflandırmalar mevcuttur. Uygulandıkları popülasyona göre sınıflandırmada, herkese uygulanabilen genel yaşam kalitesi ölçekleri ve belirli bir hastalığı olanlara uygulanabilen hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri bulunmaktadır. Kronik dejeneratif hastalıklar, fiziksel yetersizlikler, ağrı, bilişsel bozukluklar, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sosyal izolasyon, yaşamdan alınan doyum, azalmış yaşam beklentisi ve çalışma durumu gibi faktörler önemli yaşam kalitesi değişkenleridir¹². Yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelendiği ve buna yönelik farklı ölçeklerin kullanıldığı birçok çalışma mevcuttur ve çoğu değişken bu yönden incelenmiştir. Çoğu zaman bu değişkenler birbirini etkileyerek veya kümülatif etki ile yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Yaşlı nüfusa yönelik yaşam kalitesinin yerel izlem çalışmaları ile değerlendirilmesi ihtiyaç duyulan yaşlı sağlığı politikalarının geliştirilmesi için yararlı olacaktır.

Bu araştırmanın amacı, Çanakkale Merkezde yer alan 65 yaş ve üzerindeki kişilerin yaşam kalitesinin ve olumsuz yaşam kalitesi için risk faktörlerinin araştırılmasıdır. Çanakkale yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının yüksek olduğu illerin başında gelmektedir. Bu çalışmanın sonuçları ile yaşlı nüfusun günlük yaşama daha aktif ve verimli olarak katılabilmelerini sağlayacak düzenlemeler yapılırken dikkat edilmesi gereken hususların ortaya çıkartılması ve böylelikle buna yönelik düzenlemelerin

yapılabilmesine öncülük edilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Bu makale, Çanakkale Belediyesi için hazırlanan "Yaşlılık Atlası" çalışmasının bir parçasıdır. Bu çalışma Çanakkale il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzerindeki kentlilerin sosyo-kültürel-ekonomik ve sosyo-bilişsel özellikleri ile mevcut sağlık sorunlarının ve bu sorunlar arasındaki etkileşimlerin saptanmasına yönelik bir profilin çıkarılması amacıyla yapılmıştır. Bu makalede de yaşam kalitesi ile ilgili veriler sunulmuştur^{13,14}.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni Çanakkale Merkez İlçesidir. Merkez ilçesinin 2012 yılı nüfusu Adrese Dayalı Nüfus kayıt sistemine göre 143 041'dir. Bu nüfusun 72 798'i erkek, 70 243'ü kadındır. Çanakkale il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri nüfus (bağlı köyler dâhil) 12 308 kişidir (%8.6). Bu nüfusun 5 520'si (%44.8) erkek, 6 788'i de (%55.2) kadınlardan oluşmaktadır. Çanakkale il merkezi nüfusunun %77.7'si şehir merkezinde yaşarken %22.3'ü belde ve köylerde yaşamaktadır. Bu noktadan yapılan bir tahminle il merkezinde 65 yaş ve üzerinde yaklaşık 9 565 kişi (8 500-10 000) bulunması beklenmektedir¹⁵.

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında evren oranını (hızını) tahmin etmek için kullanılan örneklem büyüklüğü formülü kullanılmıştır. Bu formülde olayın görülüş sıklığı, birden fazla konu araştırıldığı için, hızın bilinmediği durumlarda alınan $P=0.50$ değeri olarak alınmıştır (alfa değeri 0.05, sapma %3) ve evren değeri (N) için Çanakkale ilinde ikamet etmekte olan 65 yaş ve üzeri nüfus (9 565) kullanılmıştır. Sonuç olarak örneklem sayısı minimum 961 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmanın uygulanması sırasında 1 001 kişi ile görüşülmüştür. Hesaplanan örneklem büyüklüğüne ulaşılması iki aşamada yapılmıştır. Birinci aşamada Çanakkale Belediyesinin kayıtlarında bulunan yaşlıların evlerine

doğrudan bir ziyaret gerçekleştirilmiştir. Ancak Belediye kayıtlarında önemli eksiklikler olduğundan ve bu kayıtlardan yeterince büyüklükteki bir sayıya ulaşılmasının olanaklı olmadığı gözlemlendiğinden ikinci aşamaya geçilmiştir. Bu aşamada Çanakkale il merkezinin farklı bölgelerinde bulunan ve özellikle yaşlı nüfusun tercih ettiği sosyal mekânlara gidilmiştir. Bu mekânlarda yaşlılarla yüz yüze görüşme tekniği uygulanmıştır. Burada herhangi kura yöntemi, rastgele sayılar yöntemi gibi bir tercihe gidilmemiştir. Bu merkezler Belediye'ye ait sosyal programların yürütüldüğü yaşam merkezleri ve mahalle meclisleri ile genellikle yaşlıların sosyal amaçlı buldukları merkezler olmuştur. Bu merkezler Çanakkale il merkezinin farklı mahallelerinde bulunmaktadır. Bu haliyle örneklem seçimi olasılıksız gelişigüzel örnekleme yöntemi olarak ifade edilebilir.

Araştırmanın uygulanması ve uygulayanlar

Bu araştırma Çanakkale Belediyesi, Altın Yıllar Yaşam Merkezi uzmanları, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Öğretim elemanları tarafından yürütülmüştür.

Araştırma Mayıs-Ekim 2013 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Araştırmanın anket formunun hazırlanması Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Öğretim elemanları tarafından yapılmıştır.

Veri toplama aşaması için Altın Yıllar Yaşam Merkezi bünyesinde oluşturulan anketör ekibi kullanılmıştır. Bu amaçla Merkez Bünyesindeki uzmanların denetiminde 10 kişilik bir ekip oluşturulmuş ve görüşmeler bu ekip tarafından yapılmıştır. Anketörlere öğretim elemanları tarafından eğitim verilmiş olup, 30 kişilik ön deneme yapılmıştır. Yapılan ön deneme sonucunda anket formuna son hali verilmiştir.

Bu araştırma yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu kullanılarak

yapılmıştır. Çanakkale Belediyesi'nde kayıtlı bulunan kentte yaşayan yaşlı nüfusa ilişkin listelerden de yararlanılarak, her mahallede hane ziyaretleri yapılmış ve yaşlıların en sık bir araya geldikleri sosyal mekânlara gidilmesi suretiyle anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın veri kaynakları

Bu araştırmada anket formu kullanılmıştır. Anket formu demografik özellikler, yaşlılığa yüklenen anlamlar, gündelik yaşam aktiviteleri, yaşlılıkta yaşam kalitesi ve sosyal network, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık sorunları, zararlı alışkanlıklar ile Avrupa Sağlık Etki Ölçeği (EUROHIS) bölümlerinden oluşmuştur.

Bu araştırmanın bağımlı değişkeni yaşam kalitesi puanı olarak kullanılan EUROHIS toplam puanıdır. Bağımsız değişkenleri cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, çocuk sahibi olma, geçmişe yönelik pişmanlık, geçmişteki amaçlarına ulaşma, gelecekte umutlu olma durumu, son altı ay içinde düşme öyküsü, sosyal yardımlardan yararlanma, belediye hizmetlerinden yararlanma, tütün kullanma durumu, hekim tanımlı kronik hastalık varlığı, bedensel ve/veya zihinsel engel durumu, gelir, bağımsızlık, sosyal uğraşı ve sosyal destek durumudur.

EUROHIS-QOL.8 (WHOQOL-8): Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2010 yılında yapılan bu ölçek, WHOQOL-Bref ölçeğinden üretilmiş olan genel amaçlı sağlıkta yaşam kalitesi ölçeğidir. İki genel soru olmak üzere 8 sorudan oluşmaktadır. Yanıt seçenekleri 5'li Likert tipindedir. Ölçek, soruların ortalaması alınarak, sorular toplanarak ya da bu toplamın 100'e dönüştürülmesi ile puanlanmıştır. Puan arttıkça yaşam kalitesinin iyileştiği ölçek, özellikle farklı grupların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması ve bu anlamda risk gruplarının tanımlanmasında kullanılmıştır¹⁶.

İstatistiksel analiz

Araştırmanın verileri SPSS 20.0 istatistik programına aktarılmış ve veri kontrolleri sonrasında istatistiksel analiz bu programda yapılmıştır.

EUROHIS toplam puanı (100 puan üzerinden) ortanca değeri 71.9 olarak bulunmuş ve bu nedenle istatistiksel analizlerde bağımlı değişken olarak, EUROHIS toplam puanı (100 puan üzerinden) 70 puan altı ve 70 puan ve üzeri olma durumu alınmıştır.

EUROHIS toplam puanı üzerine etki eden bağımsız faktörler Ki-Kare analizi ile incelenmiştir. Katılımcıların bağımsızlık durumu; kendi yeme içme gereksinimini mecbur kaldığı takdirde karşılayabilme, vücut temizliğini (banyo ve tuvalet) sağlayabilme, kendi başına oturup kalkabilme, hareket edebilme, kendi başına giyinip soyunabilme, kendi başına evin içinde dolaşabilme, kendi başına dışarda dolaşabilme soruları ile değerlendirilmiş ve tüm bu günlük yaşam aktivitelerini tek başına yapabilme durumu 'bağımsızlık', diğer durumlar ise 'bağımlılık' olarak istatistiksel analize dahil edilmiştir. Sosyal uğraşı durumu, 'daha önce ilgi duyulup zaman ayıramayan kişisel becerileri geliştirmeye yönelik uğraşılara, emekli olduktan sonra zaman ayırma fırsatı bulabilme' ve 'herhangi bir dernek, sivil toplum örgütü, yardım kuruluşu veya sivil inisiyatif etkinliklerine gönüllü olarak katılma' durumları ile sorgulanmıştır. Katılımcılar tarafından her iki durumun da gerçekleştiriliyor olması 'Sosyal uğraşı var', iki durumun da gerçekleştirilmiyor olması 'Sosyal uğraşı yok' ve bu iki durumdan herhangi birinin gerçekleştirilmiyor olması 'Kısmen sosyal uğraşı var' şeklinde kategorize edilmiştir ve sonrasında istatistiksel analize katılmıştır. Katılımcıların başkalarıyla birlikte yaşama durumu sorgulanarak, sosyal destek durumu verisi elde edilmiştir. Tek başına yaşama 'Sosyal destek yok', anne, baba, eş ve çocuklardan en az biriyle birlikte yaşama 'Birinci derece akraba desteği', anne, baba, eş ve çocuk harici başka bir kişiyle yaşama 'Diğer sosyal destek' olarak kategorize edilmiştir.

Tek değişkenli analiz sonuçlarına göre EUROHIS toplam puan ile ilişkisi olabileceği tahmin edilen bağımsız değişkenlerin (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, geçmişe yönelik pişmanlık duyma, geçmişteki amaçlarına ulaşma,

gelecekte umutlu olma durumu, son altı ay içinde ev ve/veya ev dışında düşme, sosyal yardımlardan yararlanma, hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren en az bir kronik hastalığın bulunması, bedensel ve/veya zihinsel engel durumunun varlığı, gelir durumu, bağımsızlık, sosyal uğraşı, sosyal destek) etkilerini incelemek için enter yöntemiyle lojistik regresyon analizi kullanılarak farklı modelleme çalışmaları yapılmıştır. Bu modellemeler oluşturulurken cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu demografik özellikler; geçmişe yönelik pişmanlık duyma, geçmişteki amaçlarına ulaşma, gelecekte umutlu olma durumu geçmişe ve geleceğe yönelik özellikler; son altı ay içinde ev ve/veya ev dışında düşme, sosyal yardımlardan yararlanma, hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren en az bir kronik hastalığın bulunması, bedensel ve/veya zihinsel engel durumunun varlığı sağlık durumu özellikleri; gelir, bağımsızlık, sosyal uğraşı ve sosyal destek durumu sosyoekonomik özellikler olarak ele alınmıştır. Bu amaçla demografik özelliklerin EUROHIS toplam puanı (100 puan üzerinden) ile ilişkisinin incelendiği (Model 1), demografik özellikler ile geçmişe ve geleceğe yönelik özelliklerin EUROHIS toplam puanı (100 puan üzerinden) ile ilişkisinin incelendiği (Model 2), demografik özellikler, geçmişe ve geleceğe yönelik özellikler, sağlık durumu özelliklerinin EUROHIS toplam puanı (100 puan üzerinden) ile ilişkisinin incelendiği (Model 3) ve demografik özellikler, geçmişe ve geleceğe yönelik özellikler, sağlık durumu özellikleri ve sosyoekonomik özelliklerin EUROHIS toplam puanı (100 puan üzerinden) ile ilişkisinin incelendiği (Model 4) dört ayrı model oluşturulmuştur. Modellerin uygunluğunu incelemek için Hosmer-Lemeshow istatistik uygunluk testi kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirme için $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Araştırmanın Finansmanı

Bu araştırma Güney Marmara Kalkınma Ajansı tarafından desteklenen Çanakkale Belediyesi'nin Altınyıllık Yaşam Merkezi Projesi çerçevesinde Çanakkale

Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyoloji Bölümü öğretim elemanlarından Doç. Dr. Şeref ULUOCAK, Doç. Dr. Cumhuri ASLAN, Yrd. Doç. Dr. Gökhan GÖKULU ve Arş. Gör. Olgun BİLİR ile Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim elemanı Doç. Dr. Coşkun BAKAR arasındaki protokol kapsamında gerçekleştirilmiştir. Bu proje kapsamında Çanakkale Yaşlı Atlası Raporu sunulmuştur¹⁴.

Etik Onay

Bu çalışma Çanakkale Belediyesi'nin isteği üzerine, Çanakkale Belediyesi ile Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi arasında imzalanan protokol çerçevesinde yürütülmüştür. Gerekli izinler Çanakkale Belediyesi tarafından alınmış olup, etik kurul iznine gerek duyulmamıştır. Çalışmaya katılmak gönüllük esasına göre yapılmış olup katılmak istemeyenler dahil edilmemiştir. Ayrıca anket sırasında yaşlılar istedikleri anda çalışmadan çekilme haklarını kullanmışlardır. Çalışma öncesinde çalışmanın amacı, verilerin nasıl değerlendirileceği, nasıl saklanacağı konusunda kendilerine yazılı ve sözlü bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır.

Bulgular

Tanımlayıcı bulgular

Bu araştırmada 65 yaş ve üzeri toplam 1 001 kişi ile görüşülmüştür. Katılımcıların %55.0'ı kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması 74.1±6.8 yıldır (Ortanca=73.0, Min-Maks=65-100). Çalışmaya katılanların %56.0'ı 65-74 yaş aralığındadır. Katılımcıların %51.3'ü ilköğretim mezunudur. Çalışma grubunun %16.0'ı herhangi bir tütün mamülü kullanmaktadır. Kadınların %9.5'inin, erkeklerin ise %24.2'sinin herhangi bir tütün mamülü kullandığı tespit edilmiştir. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p<0.001). Çalışmaya katılanların %56.6'sı 803 TL ve üzeri aylık geliri olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 1).

Bu çalışmada yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla sekiz soruluk Avrupa Sağlık Etki Ölçeği (EUROHIS) kullanılmıştır. Ölçek puanının artması yaşam kalitesinin iyileştiği anlamında yorumlanmaktadır.

Tablo 1. Çalışma grubumuzun demografik özellikleri, Çanakkale, 2013

| Değişkenler | n | % |
|---|-----|------|
| Cinsiyet (n=1001) | | |
| Kadın | 551 | 55.0 |
| Erkek | 450 | 45.0 |
| Yaş (Yıl) (n=999) | | |
| 65-74 | 559 | 56.0 |
| 75-84 | 351 | 35.1 |
| ≥85 | 89 | 8.9 |
| Eğitim durumu (n=1001) | | |
| Okuryazar değil | 130 | 13.0 |
| Okuryazar | 96 | 9.6 |
| İlköğretim | 514 | 51.3 |
| Ortaokul | 26 | 2.6 |
| Lise | 122 | 12.2 |
| Lise üzeri | 113 | 11.3 |
| Tütün mamülü kullanma durumu (n=997) | | |
| Evet | 160 | 16.0 |
| Hayır | 837 | 84.0 |
| Gelir durumu (TL)* (n=956) | | |
| <803 | 415 | 43.4 |
| ≥803 | 541 | 56.6 |

n=sayı, %=yüzde, *=Çalışmanın yapıldığı dönemdeki asgari ücret miktarı kesim noktası olarak alınmıştır, Her soruya verilen cevaplar üzerinden (n) analizler yapılmıştır

Bu araştırmada EUROHIS toplam puan ortalaması (100 puan üzerinden) 8.2 ± 16.1 (ortanca=71.9, Min-Maks=6.25-100.0) olarak tespit edilmiştir. Çalışma grubundaki 467 kişinin (%47.4) EUROHIS toplam puanı 70 altında, 519 kişinin (%52.6) 70 puan ve üzerinde saptanmıştır.

Tek değişkenli analiz sonuçları:

Tek değişkenli analiz sonuçlarında; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, geçmişe yönelik pişmanlık, geçmişteki amaçlarına ulaşma, gelecekte umutlu olma, son altı ay içinde ev ve/veya ev dışında düşme, sosyal yardımlardan yararlanma, hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren en az bir kronik hastalığın varlığı, bedensel ve/veya zihinsel engel, gelir, bağımsızlık ve sosyal uğraşı durumları ile EUROHIS toplam puanı (100 puan üzerinden) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (Tablo 2).

Lojistik regresyon analizi (Enter modeli):

Dört adet enter lojistik regresyon modeli oluşturuldu (Tablo 3). Model 1'deki enter lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre, EUROHIS toplam puanının 70 altında olmasını; kadın olmanın 1.337 (%95 GA= 1.008-1.774) kat, 85 yaş ve üzeri yaş grubunda olmanın 1.843 (GA= 1.145-2.966) kat, herhangi bir partnerle yaşamamanın 1.453 (GA= 1.094-1.928) kat arttırdığı saptandı. Model 2'deki enter lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre, EUROHIS toplam puanının 70 altında olmasını; 85 yaş ve üzeri yaş grubunda olmanın 2.225 (GA= 1.333-3.715) kat, herhangi bir partnerle yaşamamanın 1.432 (GA= 1.060-1.936) kat, geçmişe yönelik pişmanlık duygusunun 1.425 (%95 GA= 1.044-1.944) kat, geçmişteki amaçlarına bugün ulaşamamış olduğunu düşünmenin 2.178 (GA= 1.619-2.930) kat, gelecekte umutlu olmamanın 2.661 (GA= 2.020-3.505) kat arttırdığı saptandı.

Model 3'teki enter lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre, EUROHIS toplam puanının 70 altında olmasını; 85 yaş ve üzeri yaş grubunda olmanın 1.843 (GA= 1.078-3.149) kat, geçmişe yönelik pişmanlık duygusunun 1.410 (%95 GA= 1.022-1.945)

kat, geçmişteki amaçlarına bugün ulaşamamış olduğunu düşünmenin 2.140 (GA= 1.574-2.910) kat, gelecekte umutlu olmamanın 2.584 (GA= 1.941-3.438) kat, sosyal yardımlardan yararlanmanın 3.611 (%95 GA= 1.243-10.493) kat, son altı ay içinde düşme öyküsünün bulunmasının 1.939 (%95 GA= 1.391-2.703) kat, hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren en az bir hastalığın bulunmasının 2.191 (GA= 1.401-3.427) kat, bedensel ve/veya zihinsel engelin bulunmasının 2.185 (GA= 1.407-3.394) kat arttırdığı saptandı. Model 4'teki enter lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre ise, EUROHIS toplam puanının 70 altında olmasını; geçmişe yönelik pişmanlık duygusunun 1.454 (%95 GA= 1.030-2.052) kat, geçmişteki amaçlarına bugün ulaşamamış olduğunu düşünmenin 1.856 (GA= 1.331-2.589) kat, gelecekte umutlu olmamanın 2.647 (GA= 1.946-3.600) kat, son altı ay içinde düşme öyküsünün bulunmasının 1.813 (%95 GA= 1.260-2.607) kat, hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren en az bir hastalığın bulunmasının 2.242 (GA= 1.398-3.595) kat, gelir durumunun 803 TL altında olmasının 2.183 (GA= 1.513-3.150) kat, gündelik yaşam aktivitelerini yerine getirirken herhangi birine bağımlı olmanın 3.504 (GA= 2.275-5.397) kat arttırdığı saptandı. Ayrıca Model 4'te ilköğretim üstü eğitim düzeyine sahip olmanın EUROHIS toplam puanını düşürdüğü belirlendi.

Model 1'de cinsiyet durumu ile bağımlı değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, Model 2, Model 3 ve Model 4'te bu durumun ortadan kalktığı görüldü. Model 1, Model 2 ve Model 3'te 85 yaş ve üzeri olma ile bağımlı değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı; Model 4'te bu durum ortadan kalktı. Medeni durum değişkeni ile bağımlı değişkenimiz arasındaki ilişki Model 1 ve 2 'de istatistiksel olarak anlamlı iken, Model 3 ve Model 4'te bu istatistiksel anlamlılık durumu ortadan kalktı. Eğitim durumu ile bağımlı değişken arasında Model 1, Model 2 ve Model 3'te istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, Model 4'te eğitim durumu ile bağımlı değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. (Tablo 3).

Tablo 2. İncelenenlerin EUROHIS Toplam puanı (100 puan üzerinden) ile ilişkili risk faktörlerinin ki-kare istatistiksel analizi ile incelenmesi, Çanakkale, 2013

| Değişkenler | EUROHIS Toplam Puanı (100 Üzerinden) | | p değeri |
|--|--------------------------------------|--------------|------------------|
| | 70'in altında | 70 ve üzeri | |
| Cinsiyet (n=986) | n (%) | n (%) | |
| Kadın | 288 (52.7) | 258 (47.3) | |
| Erkek | 179 (40.7) | 261 (59.3) | <0.001 |
| Yaş (yıl) (n=984) | | | |
| 65-74 | 243 (43.5) | 316 (56.5) | |
| 75-84 | 168 (49.7) | 170 (50.3) | 0.003 |
| ≥ 85 | 54 (62.1) | 33 (37.9) | |
| Medeni durum (n=986) | | | |
| Evli/Birlikte yaşıyor | 225 (41.0) | 324 (59.0) | <0.001 |
| Bekar/Dul/Ayrı | 242 (55.4) | 195 (44.6) | |
| Eğitim durumu (n=986) | | | |
| İlköğretim ve altı | 373 (49.5) | 380 (50.5) | 0.014 |
| Lise ve üzeri | 94 (40.3) | 139 (59.7) | |
| Çocuk sahibi olma durumu (n=986) | | | |
| Var | 442 (47.8) | 482 (52.2) | 0.251 |
| Yok | 25 (40.3) | 37 (59.7) | |
| Geçmişe yönelik pişmanlık durumu (n=980) | | | |
| Evet | 163 (56.2) | 127 (43.8) | <0.001 |
| Hayır | 298 (43.2) | 392 (56.8) | |
| Geçmişteki amaçlarına ulaşma durumu (n=982) | | | |
| Evet | 246 (38.4) | 394 (61.6) | <0.001 |
| Hayır | 218 (63.7) | 124 (36.3) | |
| Gelecekte umutlu olma durumu (n=978) | | | |
| Evet | 165 (34.3) | 316 (65.7) | <0.001 |
| Hayır | 294 (59.2) | 203 (40.8) | |
| Son altı ay içinde düşme öyküsü (n=985) | | | |
| Var | 158 (63.7) | 90 (36.3) | <0.001 |
| Yok | 309 (41.9) | 428 (58.1) | |
| Sosyal yardımlardan yararlanma (n=986) | | | |
| Evet | 26 (83.9) | 5 (16.1) | <0.001 |
| Hayır | 441 (46.2) | 514 (53.8) | |
| Belediye hizmetlerinden yararlanma (n=986) | | | |
| Evet | 38 (48.7) | 40 (51.3) | 0.803 |
| Hayır | 429 (47.2) | 479 (52.8) | |
| Tütün kullanma (n=984) | | | |
| Evet | 74 (46.8) | 84 (53.2) | |
| Hayır | 392 (47.5) | 434 (52.5) | 0.886 |
| Hekim tanılı kronik hastalık (n=985) | | | |
| Var | 429 (50.9) | 414 (49.1) | <0.001 |
| Yok | 38 (26.8) | 104 (73.2) | |
| Bedensel ve/veya zihinsel engel (n=982) | | | |
| Var | 86 (68.8) | 39 (31.2) | <0.001 |
| Yok | 379 (44.2) | 478 (55.8) | |

n=sayı, %=sattır yüzdesi, p=ki-kare testi sonucu elde edilen anlamlılık değeri, Her soruya verilen cevaplar üzerinden (n) analizler yapılmıştır

Tablo 2 (Devam). İncelenenlerin EUROHIS Toplam puanı (100 puan üzerinden) ile ilişkili risk faktörlerinin ki-kare istatistiki analizi ile incelenmesi, Çanakkale, 2013

| Değişkenler | EUROHIS Toplam Puanı (100 Üzerinden) | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------|------------------|
| | 70'in altında | 70 ve üzeri | p değeri |
| Gelir durumu (TL) (n=942) | n (%) | n (%) | |
| <803 | 245 (60.2) | 162 (39.8) | <0.001 |
| ≥803 | 197 (36.8) | 338 (63.2) | |
| Bağımsızlık durumu (n=982) | | | |
| Bağımsız | 301 (39.0) | 470 (61.0) | <0.001 |
| Bağımlı | 162 (76.8) | 49 (23.2) | |
| Sosyal uğraşı (n=982) | | | |
| Yok | 374 (52.5) | 338 (47.5) | <0.001 |
| Kısmen var | 75 (34.4) | 143 (65.6) | |
| Var | 16 (30.8) | 36 (69.2) | |
| Sosyal Destek (n=981) | | | |
| Birinci derece akraba desteği | 286 (44.6) | 355 (55.4) | 0.066 |
| Diğer sosyal destek | 24 (54.5) | 20 (45.5) | |
| Yok | 154 (52.0) | 142 (48.0) | |

n=sayı, %=satur yüzdesi, p=ki-kare testi sonucu elde edilen anlamlılık değeri, Her soruya verilen cevaplar üzerinden (n) analizler yapılmıştır

Tartışma

Yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen çeşitli risk faktörlerinin incelendiği ulusal ve uluslararası birçok çalışma mevcuttur¹⁷⁻²². Çoğu çalışmada kronik hastalık mevcudiyeti ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişki gösterilmiştir, yaşlılık döneminde kronik hastalıklar ve bunlara bağlı sekeller yaşam kalitesini azaltmaktadır^{17,23-26}. Bu çalışmada, incelenenlerde doktor tarafından tanısı konulmuş kronik hastalık varlığı sorgulanmış ve hem tek değişkenli analizlerde hem de lojistik regresyon analizlerinde kronik hastalık varlığı risk faktörü olarak saptanmıştır. Bu durum literatürle de uyumludur. Kronik hastalıklar yaşam kalitesi için önemli bir risk faktörüdür. Yaşlılık döneminde başarılı kronik hastalık yönetiminin, bu yaş grubundaki insanların yaşam kalitelerine olumlu katkı sağlaması beklenmektedir.

Çoğu çalışmada ileri yaş da yaşam kalitesini düşüren etkenlerden biri olarak bulunmuştur²⁷⁻²⁸. Örneğin yaşla birlikte kadının kemik ve kas yapısındaki değişimler hareket yeteneğinde azalmaya neden olarak yaşam kalitesini azaltabilmektedir²⁹. Bizim çalışmamızda ise, tek değişkenli analizlerde yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü

gösterilmiştir. Yapılan lojistik regresyon analizinde ise Model 1-3'te özellikle 85 yaş ve üzeri yaş grubunda yaşam kalitesinin düştüğü gösterilmiştir. Model 4'te ise yaş faktörünün etkisi ortadan kalkmıştır. Bu sonucun modele has bir durum olduğu düşünülmüştür. Yaşlanmak doğal bir süreçtir, ancak yaşlanma ile birlikte yaşam kalitesinin azalması beklentisi gerek sağlık hizmetleri açısından gerekse sosyal hizmetler açısından yaş gruplarına özgü farklı politika uygulamalarını gerekli kılmaktadır. Bunun için de bu uygulamaların tartışıldığı yeni çalışma alanlarına ihtiyaç bulunmaktadır.

Cinsiyet faktörü incelendiğinde de, çoğu çalışmada kadınların yaşam kalitesi puanları erkeklere göre düşük bulunmuştur^{18,24,28-30}. Bizim çalışmamızda da tek değişkenli analizlerde kadınlarda yaşam kalitesinin düştüğü gösterilmiş, yapılan lojistik regresyon analizlerinde ise Model 1 'de kadın olmanın yaşam kalitesini anlamlı derecede düşürdüğü gösterilmiştir. Ancak oluşturulan Model 2-4'te regresyon analizlerinde bu anlamlılığın ortadan kalktığı görülmüştür. Lojistik regresyon modelleri arasında farklı sonuçlara ulaşmakla birlikte kadınlarda yaşam kalitesi puanlarının daha

Tablo 3. İncelenenlerin EUROHIS Toplam puanı (100 üzerinden) ile ilişkili risk faktörlerinin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi, Çanakkale, 2013

| Değişkenler Kesim Noktası | MODEL 1 | | MODEL 2 | | MODEL 3 | | MODEL 4 | |
|---------------------------------------|---------------------|--------------|---------------------|--------------|----------------------|--------------|---------------------|--------------|
| | OR (%95 GA) | p | OR (%95 GA) | p | OR (%95 GA) | p | OR (%95 GA) | p |
| | 0.502 (-) | <0.001 | 0.203 (-) | <0.001 | 0.099 (-) | <0.001 | 0.080 (-) | <0.001 |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek (0) | 1.0 | | 1.0 | | 1.0 | | 1.0 | |
| Kadın (1) | 1.337 (1.008-1.774) | 0.044 | 1.298 (0.959-1.756) | 0.091 | 1.048 (0.757-1.451) | 0.779 | 0.781 (0.536-1.137) | 0.198 |
| Yaş | | | | | | | | |
| 65-74 (0) | 1.0 | 0.031 | 1.0 | 0.007 | 1.0 | 0.075 | 1.0 | 0.742 |
| 75-84 (1) | 1.210 (0.918-1.595) | 0.177 | 1.251 (0.930-1.683) | 0.139 | 1.165 (0.859-1.581) | 0.326 | 0.877 (0.628-1.224) | 0.440 |
| ≥85 (2) | 1.843 (1.145-2.966) | 0.012 | 2.225 (1.333-3.715) | 0.002 | 1.843 (1.078-3.149) | 0.025 | 0.948 (0.508-1.766) | 0.866 |
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Evli/ Birlikte yaşıyor (0) | 1.0 | | 1.0 | | 1.0 | | 1.0 | |
| Bekar/ Dul/ Ayrı (1) | 1.453 (1.094-1.928) | 0.010 | 1.432 (1.060-1.936) | 0.019 | 1.302 (0.952-1.779) | 0.098 | 1.223 (0.759-1.969) | 0.408 |
| Eğitim durumu | | | | | | | | |
| İlköğretim üstü (0) | 1.0 | | 1.0 | | 1.0 | | 1.0 | |
| İlköğretim ve altı (1) | 1.187 (0.867-1.624) | 0.285 | 1.203 (0.863-1.679) | 0.275 | 1.155 (0.819-1.629) | 0.411 | 0.631 (0.423-0.942) | 0.024 |
| Geçmişe yönelik pişmanlık | | | | | | | | |
| Yok (0) | | | 1.0 | | 1.0 | | 1.0 | |
| Var (1) | | | 1.425 (1.044-1.944) | 0.026 | 1.410 (1.022-1.945) | 0.036 | 1.454 (1.030-2.052) | 0.033 |
| Geçmişteki amaçlarına ulaşma | | | | | | | | |
| Evet (0) | | | 1.0 | | 1.0 | | 1.0 | |
| Hayır (1) | | | 2.178 (1.619-2.930) | <0.001 | 2.140 (1.574-2.910) | <0.001 | 1.856 (1.331-2.589) | <0.001 |
| Gelecekte umutlu olma | | | | | | | | |
| Evet (0) | | | 1.0 | | 1.0 | | 1.0 | |
| Hayır (1) | | | 2.661 (2.020-3.505) | <0.001 | 2.584 (1.941-3.438) | <0.001 | 2.647 (1.946-3.600) | <0.001 |
| Sosyal yardımlardan yararlanma | | | | | | | | |
| Hayır (0) | | | | | 1.0 | | 1.0 | |
| Evet (1) | | | | | 3.611 (1.243-10.493) | 0.018 | 2.943 (0.903-9.597) | 0.073 |

Tablo 3 (Devam). İncelenenlerin EUROHIS Toplam puanı (100 üzerinden) ile ilişkili risk faktörlerinin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi, Çanakkale, 2013

| | | | | |
|--|---------------------|------------------|---------------------|------------------|
| Son altı ay içinde düşme öyküsü | | | | |
| Hayır (0) | 1.0 | | 1.0 | |
| Evet (1) | 1.939 (1.391-2.703) | <0.001 | 1.813 (1.260-2.607) | 0.001 |
| Kronik hastalık varlığı* | | | | |
| Hayır (0) | 1.0 | | 1.0 | |
| Evet (1) | 2.191 (1.401-3.427) | 0.001 | 2.242 (1.398-3.595) | 0.001 |
| Bedensel/zihinsel engel bulunması | | | | |
| Hayır (0) | 1.0 | | 1.0 | |
| Evet (1) | 2.185 (1.407-3.394) | 0.001 | 1.440 (0.879-2.356) | 0.147 |
| Gelir durumu (TL) | | | | |
| ≥803 (0) | | | 1.0 | |
| <803 (1) | | | 2.183 (1.513-3.150) | <0.001 |
| Bağımsızlık | | | | |
| Bağımsız (0) | | | 1.0 | |
| Bağımlı (1) | | | 3.504 (2.275-5.397) | <0.001 |
| Sosyal uğraşı | | | | |
| Var (0) | | | 1.0 | 0.005 |
| Kısmen var (1) | | | 1.100 (0.536-2.258) | 0.795 |
| Yok (2) | | | 1.939 (0.980-3.835) | 0.057 |
| Sosyal destek | | | | |
| Birinci derece akraba desteği (0) | | | 1.0 | 0.397 |
| İkinci derece akraba/ diğer destek (1) | | | 0.641 (0.274-1.497) | 0.304 |
| Yok (2) | | | 1.112 (0.689-1.796) | 0.663 |

* Hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren en az bir hastalığın bulunması

Enter logistic regresyon analizi, OR=Odds ratio, GA=Güven aralığı

Model 1-bağımsız değişkenleri=cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu bağımlı değişken=EUROHIS toplam puanı (100 üzerinden), Nagelkerke R Square= 0.044, Hosmer and Lemeshow ChiSquare= 6.265, p= 0.509

Model 2-bağımsız değişkenleri=cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, geçmişe yönelik pişmanlık duygusu, geçmişteki amaçlarına ulaşmış olma, gelecekte umutlu olma bağımlı değişken=EUROHIS toplam puanı (100 üzerinden), Nagelkerke R Square= 0.173, Hosmer and Lemeshow ChiSquare= 6.476, p= 0.594

Model 3-bağımsız değişkenleri=cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, geçmişe yönelik pişmanlık duygusu, geçmişteki amaçlarına ulaşmış olma, gelecekte umutlu olma, sosyal yardımlardan yararlanma, son altı ay içinde düşme öyküsü, hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren en az bir hastalığın bulunması, bedensel ve/veya zihinsel engel bulunması bağımlı değişken=EUROHIS toplam puanı (100 üzerinden), Nagelkerke R Square= 0.239, Hosmer and Lemeshow ChiSquare= 3.213, p= 0.920

Model 4- bağımsız değişkenleri=cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, geçmişe yönelik pişmanlık duygusu, geçmişteki amaçlarına ulaşmış olma, gelecekte umutlu olma, sosyal yardımlardan yararlanma, son altı ay içinde düşme öyküsü, hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren en az bir hastalığın bulunması, bedensel ve/veya zihinsel engel bulunması, gelir durumu, bağımsızlık, sosyal uğraşı, sosyal destek bağımlı değişken=EUROHIS toplam puanı (100 üzerinden), Nagelkerke R Square= 0.312, Hosmer and Lemeshow ChiSquare= 4.321, p= 0.827

düşük olması literatürle uyumludur. Bu durumun nedenlerini irdeleyecek daha fazla veriye ihtiyaç vardır. Özellikle farklı yaşam kalitesi puanına sahip kadın ve erkeklere yönelik niteliksel çalışmalar ile kadınların hangi nedenlerle daha düşük düzeyde olduğu sorgulanmalıdır. Böylece müdahale alanları da ortaya çıkarılabilecektir.

Yalnız yaşamının da yaşam kalitesini düşürdüğüne dair yayınlar mevcuttur²⁴. Bazı çalışmalarda da ailesi ile birlikte yaşayan yaşlı kadınların tek yaşayan yaşlı kadınlara göre, sosyal bilişsel yeti ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir¹⁹⁻²⁰ ve medeni durumu evli olanların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur²⁰⁻²³. Bizim çalışmamızda ise, tek değişkenli analizlerde herhangi bir partnerle beraber yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Yapılan lojistik regresyon analizlerinde ise, Model 1 ve Model 2'de anlamlılık gösterilmiş, Model 3 ve 4'te ise bu anlamlılığın ortadan kalktığı görülmüştür. Yalnız yaşamın ileri yaşlarda yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki yaptığı düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda da bunu doğrulayan bulgulara ulaşılmıştır. İnsanların yaşamlarının bir döneminde yalnız kalmaları bazen kaçınılmaz olmaktadır. Ancak bu durumu destekleyecek sosyal programlar ile bu dönemin yarattığı olumsuz etkiyi zayıflatmak olanaklıdır.

Günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık durumunun da yaşam kalitesinin bir belirleyicisi olarak gösterildiği çalışmalar mevcuttur^{24,30-31}. Bu araştırmada da tek değişkenli analizler ve lojistik regresyon analizinde günlük yaşam aktiviteleri yaşam kalitesi için belirleyici bulunmuştur. İnsanların günlük aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirebilmeleri yaşamları için önemli bir faktördür. Ancak bazı durumlarda kaçınılmaz olarak bağımlılık ortaya çıkabilmektedir. Bu durumdan korunmak ve ortaya çıktığında mücadele etme, birden fazla disiplinin bir arada ortaya koyacağı çalışmalarla mümkün olabilecektir.

Literatürde; aylık düzenli gelir varlığı, gelir miktarı ile yaşam kalitesinin

ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur²¹⁻²³. Bizim çalışmamızda da, çalışmanın yapıldığı dönemdeki asgari ücret miktarı (803 TL) kesim noktası alınarak gelir durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Lojistik regresyon analizinde (Model 4); asgari ücretten daha düşük gelire sahip olmanın yaşam kalitesi bağımlı değişkeni için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. Düşük gelir düzeyi yarattığı sosyal olanaksızlıklar nedeniyle yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki potansiyeline sahiptir. Bu çalışma bu düşüncüyü doğrulamıştır. Bu nedenle özellikle yaşlı gruplara yönelik planlanacak sosyal politikalarda düşük gelirli insanlara yönelik öncelikler göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda tütün mamülü kullanımı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamasına karşılık, nikotin bağımlılığı ile yaşam kalitesinin negatif ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur^{28,32}. Bu çalışmada herhangi bir tütün mamülü kullanımı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamasının, yaşam kalitesi puanı erkeklere göre düşük olan kadınlarda sigara kullanım sıklığının düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yaşlılarda düşme ve düşmeye bağlı engellilik durumunun gelişmesi, bireylerde fiziksel ve sosyal aktivitelerin kısıtlanmasına, bağımsızlık ve güven duygusunun azalmasına ve sonuçta yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir³³. Bizim çalışmamızda da, tek değişkenli analizlerde, son altı ay içinde evde ve/veya ev dışında düşme öyküsü bulunan bireylerde yaşam kalitesi daha düşük olarak bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizlerinde de son altı ay içinde düşme durumunun yaşam kalitesi düşüklüğü için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. Yaşlılıkta düşmeye neden olan çeşitli faktörler de mevcuttur. Yaşlılıkla beraber hareket yeteneğindeki azalma ve görme sorunları düşmeye neden olabilmektedir. Knudtson ve arkadaşları (2005), yaşlı bireylerdeki görme sorununun günlük yaşam aktivitelerini kısıtladığını ve yaşam kalitesini azalttığını belirtmişlerdir³⁴.

Bizim çalışmamızda da, tek değişkenli analizlerde bedensel ve/veya zihinsel engelli olma durumuyla yaşam kalitesi arasındaki negatif ilişki gösterilmiştir ve yapılan lojistik regresyon analizlerinde bedensel ve/veya zihinsel engel bulunması durumunun yaşam kalitesi düşüklüğü açısından bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. Ancak Model 4'te bu değişkenin bağımlı değişken üzerine etkisinin ortadan kalktığı saptanmıştır.

Çalışmanın Sınırlılıkları:

Çanakkale kent merkezinde yaşayan yaşlıların adreslerine dair yeterli bilgi bulunmamaktadır. Yaşlı nüfusa ilişkin hali hazırda bir veri tabanının bulunmaması araştırmamızın örnekleminin oluşturulması süreci açısından temsil kısıtlılıkları yaratmıştır. Çalışmada temsil eden bir örneklem yerine olasılıksız ve gelişigüzel ulaşılan bir örneklem söz konusu olduğundan elde edilen bulgular farklı çalışmalarda değişiklik gösterebilir. Elde ettiğimiz bulgular büyük olasılıkla, yaşlıların evden çıkmasını engelleyen ve yaşam kalitesini de bozan rahatsızlıkları olan kişileri daha az temsil etmektedir. Dolayısıyla gerçekte bölgede yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin bizim bulduğumuzdan daha kötü olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Buna karşılık araştırma evreni olan 9500 kişinin 1000'ine ulaşılmış olması nedeniyle, bulgularımız yine de bölgedeki yaşlıların durumu hakkında kabaca bir fikir verebilir.

Çalışmamız yaşlı popülasyonda yaşam kalitesini etkileyen, çoğu literatürle uyumlu birçok risk faktörünü belirlemeye yardımcı olmakla beraber, literatürde özellikle anksiyete ve depresyon durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği ve bu durumlara müdahale edildiğinde yaşam kalitesi düzeylerinde elde edilen olumlu etkinin gösterildiği çok sayıda çalışma olduğu da görülmektedir³⁵.

Bu çalışmada katılımcılara geçmişe ve geleceğe yönelik duygu-durum soruları yönlendirilmiştir, ancak bu sorular herhangi bir depresyon ölçeği çalışmada kullanılmadığı için kişilerin depresyon

durumunu ölçmek açısından yeterli değildir. Bu nedenle kişilerin depresyon durumu ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiyi sunacak herhangi bir veri sunulamamıştır. Çalışmamızda, tek değişkenli analizlerde eğitim durumu ile EUROHIS toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır, ancak oluşturulan Model 1, Model 2, Model 3 lojistik regresyon analizlerinde bu anlamlılığın ortadan kalktığı görülmektedir. Model 4'te ise eğitim düzeyinin düşük olması yaşam kalitesi için bir koruyucu faktör olarak saptanmıştır. Tek değişkenli analizlerde ve oluşturulan regresyon modellerinde bu bağımsız değişken açısından birbiriyle çelişkili sonuçların ortaya çıkması nedeniyle, bu çalışma eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi göstermede yetersiz kalmıştır.

Sonuç ve Öneriler:

Bu araştırmada Çanakkale İl Merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri insanların yaşam kalitelerini etkileyen faktörler araştırılmış ve önemli sonuçlara ulaşılmıştır. Yaşlı popülasyonun arttığı ve yaşlı popülasyonundaki sosyomedikal sorunların diğer popülasyonlara göre daha fazla olduğu, bununla birlikte yaşam kalitesi kavramının çoğu zaman kümülatif etki gösteren risk faktörlerinden etkilendiği düşünülecek olursa, yaşam kalitesi komplike bir kavram olarak ele alınması ve alınacak önlemlerin de bu risk faktörlerinin çoğunu kapsayacak şekilde planlanması gerekmektedir. Bu araştırmaya göre kadınlar, ileri yaşta olanlar, kronik hastalığı olanlar, geçmişten pişmanlık duyanlar, gelecekte umutsuz olanlar, gelir durumu düşük olanlar, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olanlar, yalnız yaşayanlar öncelikli risk gruplarıdır. Yaşlılara yönelik çalışmaların bu risk gruplarını önceleyecek şekilde planlanması önerilmektedir.

Sadece yaşlılar değil her yaş grubundaki insanlar bu konuda bilinçlendirilmeli ve her yaş grubu için gerekli düzenlemeler yapılabilirdir. Tüm popülasyon için yapılan çalışmalar geçmişten geleceğe etki eden risk faktörlerinin de azalmasını sağlayarak tüm

toplumun yaşam kalitesi ve yaşam doyumunun artmasını sağlayacaktır.

Çıkar çatışması:

Bu çalışmada, çıkar çatışması veya çatışması yoktur.

Çalışma için aynı katkı veya parasal destek alınmamıştır.

Teşekkür

Bu araştırma Güney Marmara Kalkınma Ajansı tarafından desteklenmiştir. Çanakkale Belediyesi'nin Altın Yıllar Yaşam Merkezi Projesi kapsamında Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi ile Çanakkale Belediyesi arasında gerçekleştirilen protokol çerçevesinde uygulanmıştır.

Bu çalışmada emeği geçen Çanakkale Belediyesi personeline ve Doç. Dr. Şeref ULUOCAK, Doç. Dr. Cumhur ASLAN, Doç. Dr. Gökhan GÖKULU, Araş. Gör. Olgun BİLİR'e, değerli katkılarını esirgemeyen Prof. Dr. Erhan ESER'e, Altın Yıllar Yaşam Merkezi Proje Koordinatörü Nadide BİLİR'e, Proje uzmanları Işıl KARDEŞ'e ve Ceren TURGUT'a, anketörler Hazal NURAL, Bumin Kaan DİNÇER, Özlem KİLİSLİ, Hediye SALİHOĞLU, Seda BAŞOK, Tarık YILMAZ, Püren BAŞUĞUR, Elvan Ecem BAŞEL, Ezgi ERİ ve Yusuf DEMİROK'a teşekkür ederiz.

Makalede adı geçen yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. WHO. Ageing and health September 2015. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>. Accessed: January 20, 2017.
2. Tezcan S, Seçkiner P. Türkiye'de demografik değişim; yaşlılık perspektifi. Aslan D, Ertem M, editörler. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. HASUDER 2012-1:1-8.
3. Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini

etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 2016;15(3):181-189.

4. Akça F, Şahin G. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılar İle Aile ortamında Yaşayan Yaşlıların Psikolojik Belirtilerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2008;11(4):190-199.
5. T.C Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Erişim adresi: http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf. Erişim tarihi: Şubat 19, 2017.
6. TÜİK. Cinsiyete göre yaşlı nüfus ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520>. Erişim tarihi: Ocak 18, 2017.
7. TÜİK. Cinsiyete göre yaşlı nüfus ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı, 1935-2075. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620>. Erişim tarihi: Ocak 18, 2017.
8. Öztürk H, Oran N. Yaşlanmayla Birlikte Sık Görülen ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Vulva Problemleri. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(4):237-240.
9. Aktaş D, Şahin E, Terzioğlu F. Kadın sağlığı açısından yaşlılık ve yaşam kalitesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16(1):65-71.
10. Aslan D. Yaşlılık döneminde yaşam kalitesi kavramı: kadın sağlığı bakışı- 1 Ekim Uluslararası Yaşlılar Günü (2009) Nedeniyle Düzenlenmiş Olan "YAŞLANAN KADIN SEMPOZYUMU" nda Sunulmuş. Erişim Adresi: <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/YaslilikDone mindeYasamKalitesiKavrami.doc>. Erişim tarihi: Ocak 20, 2017.
11. Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik

- ve Güvenilirlik Sonuçları. Türk Psikiyatri Dergisi 2010;21(1): 37-48.
12. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(3):162-165.
 13. Cevizci S, Uluocak S, Aslan C, Gokulu G, Bilir O, Bakar C. Prevalence of falls and associated risk factors among aged population: Community based cross-sectional study from Turkey. Cent Eur J Public Health 2015;23(3):233-239.
 14. Bakar C, Uluocak Ş, Aslan C, Gökulu G, Bilir O. Çanakkale Yaşlı Atlası, Çanakkale Kent Merkezinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Sosyo-Kültürel, Demografik, Ekonomik Özellikleri ile Sağlık Durumları ve Yaşam Kalitesi. Çanakkale Belediyesi,2013.
 15. TÜİK. Seçilmiş Göstergelerle Çanakkale 2012. Erişim adresi: <https://happyplanners.files.wordpress.com/2014/02/canakkale.pdf>. Erişim tarihi: Ocak 20,2017.
 16. Eser E, Lağarlı L, Baydur H ve ark. EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2010;8(3):136-152.
 17. Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Tebe C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic condition. Social Science & Medicine 2006;63:2367-2380.
 18. Guallar-Castillon P, Sendino AR, Banegas JR, Lopez-Garcia E, Rodriguez-Artalejo F. Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. Social Science & Medicine 2005;60:1229-1240.
 19. Kaya M, Aslan D, Acar-Vaizoğlu S ve ark. Ankara Keçiören İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesi Özellikleri ve Etkileyen Faktörler. Türk Geriatri Dergisi 2008;11(1):12-17.
 20. Özyurt BC, Eser E, Çoban G, Akdemir SN, Karaca İ, Karakoç Ö. Manisa Muradiye Bölgesinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2007;10(3):117-123.
 21. Unalan D, Gocer S, Basturk M, Baydur H, Ozturk A. Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. European Geriatric Medicine. 2015;6:319-324.
 22. Bilgili N, Arpacı F. Quality of life of older adults in Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2014;59:415-421.
 23. Aydın S, Karaoğlu L. Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler. Türk Geriatri Dergisi 2012; 15(4): 424-433.
 24. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. Internal Journal of Nursing Studies 2006;43:293-300.
 25. Soyuer F, Ünalın D, Öztürk A. Kronik Beyin Damar Hastalıklarında Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006;13(3):157-162.
 26. Ghorbani A, Ziaee A, Esmailzadehha N, Javadi H. Association between health-related quality of life and impaired glucose metabolism in Iran: The Qazvin Metabolic Diseases Study. Diabetic Medicine 2014;31:754-758.
 27. Combalbert N, Pennequin V, Ferrand C, Armand M, Anselme M, Geffray B. Cognitive impairment, self-perceived health and quality of life of older prisoners. Criminal Behavior and Mental Health 2017; doi: 10.1002/cbm.2023 [Epub ahead of print].
 28. Sucaklı MH, Bakan B, Çelik M. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörler. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2013;17(3):96-100.
 29. Keskin D, Borman P, Eser F, Bodur H, Köse K. Yaşlılarda Fiziksel Aktivite, Mineral Yoğunluğu ve Yaşam

- Kalitesinin Değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2008;11(3):113-118.
30. Stenzelius K, Westergren A, Thorneman G, Hallberg IR. Patterns of health complaints among people 75+ in relation to quality of life and need of help. Archives Gerontology and Geriatrics 2005;40:85-102.
31. Luleci E, Hey W, Subasi F. Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey. Archives Gerontology and Geriatrics 2008;46:57-66.
32. Zahran HS, Zack MM, Vernon-Smile ME, Hertz MF. Health-Related Quality of Life and Behaviors Risky to Health among Adults Aged 18-24 Years in Secondary or Higher Education-United States, 2003-2005. Journal of Adolescent Health 2007;41:389-397.
33. Yeşilbalkan ÖU, Karadakovan A. Narlıdere Dinlenme ve Bakım evinde yaşayan yaşlı bireylerdeki düşme sıklığını ve düşmeyi etkileyen faktörlerin incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2005;8(2):72-77.
34. Knudtson MD, Klein BE, Klein R, Cruickshanks KJ, Lee KE. Age-Related Eye Disease, Quality of Life, and Functional Activity. Arch Ophthalmol 2005;123:807-814.
35. Xie X, Chen Y, Chen H, Au A, Guo H. Predictors of quality of life and depression in older people living in temporary houses 13 months after the Wenchuan earthquake in western China: A cross-sectional study. Nursing Health Sciences 2017; 19(2):170-175.