

Manisa’da Yarıkentsel Bir Bölgede Yaşayan 65 Yaş Üstü Bireylerde, Fiziksel Bağımlılık, Ruhsal İyilik Hali ve Sosyal Etkileşimin, Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Evaluation of the Effects of Physical Dependence, Mental Well-Being and Social Interaction on Quality of Life in Individuals Over 65 Living in a Peri-Urban Area in Manisa

Nesibe E. ŞEN GÜNDOĞAN¹, Erhan ESER²

ÖZ

Amaç: Yaşlılarda görülen fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda azalma, kronik hastalıklar, zayıf sosyal destek, gelirin düşmesi gibi durumlar yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı yaşlılarda yaşam kalitesi düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırma Manisa’da yarı-kentsel bir bölgede gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bağımlı değişkeni; yaşlılarda yaşam kalitesi düzeyidir. WHOQOL-AGE ölçeği ile değerlendirilmiştir. Student’s t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmış, cinsiyete göre tabakalandırılmış çoklu analizlerde ise doğrusal regresyon yapılmıştır. Tip 1 hata değeri 0,05 kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmamızda WHOQOL-AGE puan ortalaması 63.19 ± 12.56 bulunmuştur. Kadınlarda, ileri yaşta, eğitimsizlerde, kronik hastalığı olanlarda, sedanterlerde ve depresif bireylerde, yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha düşüktür.

Sonuç: Yaşlılarda yaşam kalitesiyle ilişkili her iki cinsiyet için ortak ve öne çıkan faktörler yaş, ruhsal iyilik hali, aile ilişkileri ve gelir düzeyidir. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olmak kadınlar için izole ek bir belirleyicidir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, yaşlı, WHOQOL-AGE, bağımlılık, sosyal destek

GİRİŞ

Birleşmiş Milletlerin “Yaşlanan Dünya Nüfusu: 1950-2050” raporuna göre, tüm dünya ülkelerinde yaşam beklentisinin artması ve doğurganlık oranlarının azalmasıyla 65 yaş ve üstü insanların sayısı diğer yaş gruplarından daha hızlı artmaktadır. (1)

TÜİK’in nüfus projeksiyonlarına göre ülkemiz yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2’ye 2050 yılında %20,8’e, 2075 yılında %27,7’ye yükseleceği öngörülmüştür ve yakın zamanda

1- Dr. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D. Manisa, Türkiye, E-posta: efruzsen@hotmail.com
ORCID: 0000-0003-0308-0256

2 Prof. Dr. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D. Manisa, Türkiye,
E-posta: erhanese@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-2514-0056

Gönderim Tarihi:28.12.2020 - Kabul Tarihi: 07.07.2022

ABSTRACT

Purpose: Decreases in physical and cognitive capacity, chronic diseases, lack of social support and a decrease in income in the elderly affect the quality of life. The aim of this study is to measure the quality of life in the elderly and determine the factors affecting it.

Method: This cross-sectional study was conducted in a peri-urban area in Manisa. The dependent variable of the research is the quality of life in the elderly. WHOQOL-AGE scale was used for evaluation. Student’s t test and one-way analysis of variance were used, and linear regression was performed in multiple analyzes stratified by gender. Type 1 error value was accepted as 0,05.

Results: In our study, the mean WHOQOL-AGE score was 63.19 ± 12.56. Quality of life scores were statistically significantly lower in women, elderly, uneducated, chronic disease, sedentary and depressive individuals.

Conclusion: Common and main factors for both sexes related to quality of life in the elderly are age, mental well-being, family relationships and income level. Being independent in activities of daily living is an additional isolated determinant for women.

Keywords: Quality of life, elderly, WHOQOL-AGE, independence, social support.

Birleşmiş Milletlerin tanımına göre, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %10’u aşacağı için “çok yaşlı” nüfuslu ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir. (2) Bu nedenle yaşlı sağlığı halk sağlığı açısından giderek daha fazla önem arz etmektedir.

Yaşamın kaçınılmaz bir dönemi olan yaşlılık pek çok farklı şekillerde tanımlanabilir.

Kişinin doğumu ile başlayan ve yaş alması ile ilerleyen süreç kronolojik yaşlanma olarak isimlendirilir. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre 65 yaş ve üzeri kişiler kronolojik olarak yaşlı kabul edilmektedir. Bu tanıma göre 65-74 yaş genç yaşlılık, 75-84 yaş ileri yaşlılık, 85 yaş ve üstü ise çok ileri yaşlılık olarak adlandırılmaktadır. (3)

Bireyin gelişimi boyunca vücudun yapısal ve işlevsel olarak değişim göstermesi biyolojik yaşlanma, (4) yaşın ilerlemesiyle beraber üretkenlikte görülen sürekli düşüşler fizyolojik yaşlanmadır. (5) Psikolojik yaşlanmada ise davranış değişiklikleri meydana gelir ve kişinin uyum yeteneğinde değişimler ortaya çıkar. Kişi geçmişe özlem duyabilir, geleceğe dair umutsuz ya da kaygılı olabilir, bunun yanısıra duygusal çöküntüler yaşayabilir. (4)

Kişinin emekli olmasıyla birlikte geliri azalmakta, süregelen toplumsal statüsü giderek kaybolmakta, üstelik bireylerin sağlık ve bakım maliyetleri de yaş aldıkça artmaktadır. Bu değişiklikler ise ekonomik yaşlanma kavramını oluşturur. (5)

Toplumsal yaşlanma ise doğumda beklenen yaşam süresi ve toplumun ortalama yaşı gibi birtakım ölçütlerle değerlendirilmektedir.

İnsan hayatında pek çok farklı açıdan ve genellikle olumsuz algılanması muhtemel değişimlerle karakterize yaşlılık dönemi mutlaka ayrı ele alınması gereken bir yaş grubudur ve bu değişimlerin yaşam kalitesine etkisinin de büyük olacağı muhakkaktır.

Yaşam kalitesi terimi ilk olarak Long’a ait 1960 yılında yayınlanan “On the Quantity and Quality of Life” isimli makalede geçmiştir. (6) Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, “Bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından, yaşamdaki pozisyonları algılaması” olarak tanımlamaktadır. (7) Bu tanım yaşam kalitesinin subjektif yönü açısından da dikkati çekmektedir. İnsan hakları konusunda evrensel olarak yol katedilmesi ve sağlığın geliştirilmesi kavramının yaygınlaşmasıyla yaşam kalitesi kavramı günümüzde giderek çok daha sık gündeme gelmektedir.

Literatürde yapılmış benzer çalışmalarda yaşam kalitesi göstergeleri; yaş, cinsiyet, meslek, gelir durumu, medeni durum, sosyal güvence varlığı, çocuk sahibi olma, eğitim durumu, yaşadığı çevre, kronik hastalık varlığı ve kullanılan ilaç sayısı, bedensel engel varlığı, ev ya da ev dışı düşme, bedensel bağımsızlık, fiziksel aktivite, ağrı

varlığı, sigara kullanımı, meyve-sebze tüketimi, aile ve arkadaş ilişkileri, sosyal uğraşlar, geçmişe yönelik pişmanlık duyma, geleceğe dair umutsuz olma, depresyon olarak sınıflandırılabilir. (8-12)

Bu çalışma ile toplum düzeyinde yaşlı bireylerde yaşam kalitesi düzeyini ölçmek ve her iki cinsiyet için ayrı ayrı yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM:

Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı: Kesitsel tipte olan bu çalışma, Manisa Muradiye (yarı kentsel) Aile Sağlığı Merkezi bölgesindeki toplam üç aile hekimi birimine (AHB) kayıtlı, 65 yaş ve üstü bireyler üzerinde, Aralık 2018 tarihinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Evreni ve Örnek seçimi: Manisa ili merkezinde yer alan yarı-kentsel başlıca dört Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesi bulunmaktadır ve bunlar arasından rastgele yöntem ile araştırmanın yapılacağı bölge, Muradiye ASM bölgesi seçilmiştir. Manisa İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Muradiye Aile Sağlığı Merkezinde toplam beş AHB bulunmaktadır. Muradiye ASM’de hizmet veren aile hekimi ve aile sağlığı elemanları çalışma hakkında bilgilendirilmişler. Kendilerine kayıtlı yaşlı nüfusta araştırmanın yapılmasına onay veren üç aile hekimi olmuştur. Dolayısıyla araştırmanın evreni bu üç AHB’ye kayıtlı tüm 65 yaş ve üzeri bireylerdir ve 1063 kişiden oluşmaktadır. Örnek büyüklüğü Epi-info Statcalc programında %30,6 beklenen prevalans, (13) %95 güven yüzdesi ve %5 sapma ile 250 kişi olarak hesaplanmıştır. Her bir AHB’den kaç kişi seçileceği AHB’lerin yaşlı nüfuslarıyla orantılı olacak şekilde belirlenmiştir. Hanelerine gidilecek olan yaşlı kişiler, bu üç AHB bölgesine kayıtlı adreslerden sistematik rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Benzer yöntemle 50 kişi ise yedek olarak belirlenmiştir. Veriler, kişilerin hanelerine gidilerek yüz yüze görüşme tekniği ve bir anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket formunda yer alan her bir soru, araştırmacılar tarafından yaşlı bireylere okunarak yönlendirilmiş ve verilen cevaplar yine araştırmacılar tarafından anket formuna işlenmiştir. Çalışmada, 17 kişi adresinde bulunamamış ve 29 kişi ankete

katılmayı reddetmiş ya da soruların tümünü cevaplayamamıştır; bu kişiler için yedek adreslere gidilmiştir. Çalışmamızda katılım oranı %84,4 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışma Helsinki Bildirgesi'ne uygundur. Araştırmanın etik izni Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu tarafından 21.11.2018 tarihli E.26864 numaralı belge ile verilmiştir.

Araştırmanın Değişkenleri: Araştırmanın bağımlı değişkeni yaşlılarda yaşam kalitesi düzeyidir ve bu çalışmada yaşam kalitesi düzeyi WHOQOL-AGE ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Bağımsız değişkenler ise bireyin, fiziksel bağımlılık durumu; ruhsal iyilik hali/duygudurumu; sosyal ilişkileri ve (beslenme ve fizik aktivite gibi) sağlığı geliştirme alışkanlıklarıdır. Sosyodemografik özellikler ise, istatistik analizlere eş-değişkenler (covariate) olarak dahil edilmiştir.

Kişinin duygudurumu WHO-5 iyilik durumu indeksiyle; fiziksel bağımlılık durumu Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ile ölçülmüştür. Fizik aktivite düzeyi ise Godin ve Shephard

tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlanan Serbest Zaman Fiziksel Aktivite Anketiyle elde edilmiştir.

Yukarıda sözü edilen ölçüm gereçleri aşağıda daha ayrıntılı olarak tanımlanmıştır:

WHOQOL-AGE: 60 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. (14) Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılan WHOQOL-OLD ve EUROHIS ölçeklerinden uyarlanmış bir ölçektir. (0-100 puan) 13 pozitif madde içerir; her maddesi 5 puan üzerinden değerlendirilir. Ölçeğin toplam puanı ile iki alt boyutu vardır. Ölçeğin ulusal geçerlilik çalışmasında orijinal boyut yapısı yanında yeni bir yapı tanımlanmıştır. (15) Bu çalışmada boyut skorlarının hesaplanmasında önerilen alternatif boyut yapısı yerine ölçeğin orijinal yapısı dikkate alınmıştır.

Boyut skorları aşağıdaki algoritmaya göre hesaplanmıştır:

Boyut1: $(q1/2) + q2 + [(q3+q5) / 2] + q4 + q6 + q7 + q8$

Boyut2: $(q1/2) + [(q9+q10+q11) / 3] + q12 + q13$

Tablo1. WHOQOL-AGE Ölçeği alt boyutları ve alt boyutlarında yer alan maddeler, Manisa, 2019

Boyut 1	
Madde no:	
1	Yaşam kalitesinin nasıl olduğu
2	Duyuları ile ilgili işlevlerinin nasıl olduğu
3	Sağlığından ne kadar hoşnut olduğu
4	Kişinin kendinden ne kadar hoşnut olduğu
5	Günlük uğraşlarını yürütebilme becerisinden ne kadar hoşnut olduğu
6	Diğer kişilerle ilişkilerinden ne kadar hoşnut olduğu
7	Yaşadığı evin koşullarından ne kadar hoşnut olduğu
8	Zamanını kullanma biçiminden ne kadar hoşnut olduğu
Boyut 2	
Madde no:	
1	Yaşam kalitesinin nasıl olduğu
9	Günlük yaşamını sürdürebilmek için yeterli gücünün ve kuvvetinin olup olmadığı
10	Yapmak istediklerini ne ölçüde yapabileceğine inandığı
11	Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarından ne kadar memnun olduğu
12	Gereksinimlerini karşılamak için yeterli parasının olup olmadığı
13	Yaşamında dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşayıp yaşamadığı

WHO-5 (DSÖ-5) İyilik Durumu İndeksi: Bireylerin ruhsal iyilik halini ve duygudurumunu ölçmek için geliştirilmiş ve son iki haftalık süreçte katılımcının duyguları ile ilgili olumlu ifade içeren beş maddeden oluşur. Ölçek 32 dilde araştırmacıların kullanımına sunulmuş ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. (16,17)

5 madde şu şekildedir:

“Kendimi neşeli ve keyifli hissettim.”

“Kendimi sakin ve gevşemiş hissettim,”

“Kendimi aktif ve dinç hissettim,”

“Sabahları kendimi taze ve dinlenmiş hissederek uyandım,”

“Günlük yaşantım beni ilgilendiren şeylerle dolu”.

Her madde 0-5 arasında 6 puanlık likert tipi ölçekle değerlendirilir; 0 puan son iki hafta içerisinde olumlu duygu olmadığını, 5 puan ise sürekli olumlu duyguların olduğunu belirtir. Ham puanlar toplanıp dört ile çarpılarak yüzdeye dönüştürülür, puan arttıkça ruhsal iyilik hali de artmaktadır. 50 puan altı düşük mod ve depresif duygudurumu ifade etmektedir ve depresyon açısından ileri tanı için kişinin yönlendirilmesi önerilir, 50 puan ve üstü ise ruhsal sağlık açısından olumlu (pozitif) duygudurumu ifade etmektedir.

KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi: Katz tarafından 1983'te geliştirilmiş (18) ve Türkçe'ye uyarlanmış (19) olan bu ölçek kişinin günlük yaşam aktivitelerindeki yani banyo, giyinme, tuvalet, transfer, kişisel bakım ve beslenme olmak üzere altı fonksiyondaki performansları inceler. Bireyler altı işlevin her biri için aktivite bağımsızlıklarını evet / hayır olarak belirtir. 6 puan tam bağımsız, 0 puan tam bağımlı, aradaki değerler ise orta düzeyde bağımlı olduğunu gösterir.

Serbest Zaman Fiziksel Aktivite Anketi-GLTEQ (Godin leisure-time exercise questionnaire): Godin ve Shephard 1985 yılında Serbest Zaman Egzersiz Anketi'ni, bireylerin serbest zamanlarında katıldıkları egzersiz düzeylerini değerlendirmelerindeki ölçümleri

kolaylaştırmak amacıyla geliştirmişlerdir. (20) 2011 yılında yayınlanan tekrar çalışmasında Godin anket ismini Serbest Zaman Fiziksel Aktivite Anketi olarak değiştirmiştir. (21) Yerlisu Lapa ve Yağar tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. (22)

Geliştirdikleri ankette her bir egzersiz düzeyinin şiddetini belirlemek amacıyla maksimum oksijen kapasitelerini ölçerek zorlayıcı, orta ve hafif şiddetli egzersiz düzeylerine ayırmışlardır. Bu skorlamada kişinin yedi günlük bir süreçte boş zamanı boyunca ortalama olarak kaç kere on beş dakikadan uzun süreli yorucu egzersizler (örneğin koşu, ağır bahçe işleri, futbol vs), orta yorucu egzersizler (örneğin hızlı yürüyüş, kısa mesafe bisiklet vs) ve hafif egzersizler (örneğin balık tutma, temposuz yürüyüş vs) yaptığı sorgulanıp yorucu egzersiz yaptığı gün sayısı 9 ile, orta yorucu egzersiz yaptığı gün sayısı 5 ile, hafif egzersiz yaptığı gün sayısı 3 ile çarpılıp bulunan değerler toplanarak kişinin haftalık boş zaman aktivite skoru elde edilir.

Bu skorlamada, skorun 14'ün altında olduğu bireyler yetersiz aktif/sedanter, skorun 14-23 arasında bulunduğu bireyler orta aktif ve skorun 24'ün üzerinde olduğu bireyler aktif olarak sınıflandırılmıştır.

İstatistiksel Çözümler: Araştırma verileri IBM SPSS 23.0 istatistik programı ile analiz edilmiştir. Tek değişkenli analizlerde, sürekli değişkenlerde, bağımsız gruplarda Student's t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Genel ve cinsiyete göre tabakalı olma üzere yapılan çok değişkenli analizlerde ise doğrusal regresyon analizleri yapıldı. Bütün istatistik çözümlerinde tip 1 hata değeri 0,05 olarak kabul edildi.

BULGULAR:

Çalışma grubumuzun %64,0'ı kadındır, yaş ortalaması 72,06 ± 8,75'tir. Yaşlıların %38,8'inin eğitim düzeyi ortaokul ve üzerinde, %30,0'ı ise eğitimsizdir. Bireylerin %35,6'sı eşiyile, %28,0'ı yalnız yaşamaktadır. Kişilerin %76,0'ının sağlık güvencesi Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Genel Sağlık Sigortası şeklinde olup, %55,2'si gelirinin giderine eşit olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlığı Geliştirme Davranışları, Manisa, 2019

Değişken		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	160	64,0
	Erkek	90	36,0
Yaş (ortalama \pm sd)		72,06 \pm 8,75	
Eğitim düzeyi	Eğitimsiz	75	30,0
	İlkokul	78	31,2
	Ortaokul ve üstü	97	38,8
Medeni durum	Evli/evli gibi	143	57,2
	Bekar	6	2,4
	Eşinden ayrılmış/eşi ölmüş	101	40,4
Sağlık güvencesi	Yok	17	6,8
	Yeşilkart	30	12,0
	SGK	190	76,0
	Özel/Diğer	13	5,2
Evde kiminle yaşadığı	Yalnız	70	28,0
	Yalnızca eşiyile	89	35,6
	Diğer	91	36,4
Gelir düzeyi	Giderden fazla	51	20,4
	Gidere eşit	138	55,2
	Giderden az	61	24,4
Kronik hastalık durumu	Var	176	70,4
	Yok	74	29,6
Fiziksel aktivite yapma sıklığı	Hiç	131	52,4
	1-2gün/hafta	79	31,6
	3+gün/hafta	40	16,0
Beden kütle indeksi	Zayıf/ Normal	72	28,8
	Fazla kilolu	122	48,8
	Obez	56	22,4

Kişilerin %16,4'ünün kendine ait özel odası bulunmamaktadır. Yaşlıların %46,0'ı aile bireyleri ya da profesyonel bakım verenler tarafından destek almaktadır ve bakım alanların %21,2'si ise bakım veren kişi tarafından kötü muameleye maruz kaldığını belirtmiştir.

Aile veya akran ilişkilerinden memnuniyetsiz olduğunu ifade edenlerin oranı %17,2'dir.

Araştırmaya katılanların %16,0'ı ara sıra da olsa alkol kullanmaktadır, düzenli sigara tüketenlerin oranı %1,6'dır. Bireylerin yalnızca %28,8'i zayıf ya da normal vücut kütle indeksine sahiptir. Fiziksel aktiviteyi hiç yapmadığını ifade edenlerin oranı %52,4'tür. Çalışma grubundakilerin %24,8'i düzenli beslenmediğini veya öğün atladığını belirtmiştir.

Çalışmamızdaki yaşlı bireylerin %17,2'sinin herhangi bir bedensel engeli, %70,4'ünün ise kronik bir sağlık problemi bulunmaktadır. En sık kronik hastalık, katılımcıların yaklaşık yarısında görülen hipertansiyon iken bunu %30,4 ile diyabetes mellitus izlemektedir. Bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvurdukları sağlık kuruluşu sorulduğunda %49,2'si aile sağlığı merkezine gittiğini ifade etmiştir. Yaşlıların %14,0'ının düşme öyküsü vardır.

Araştırma grubumuzun WHO-5 iyilik durumu indeksi skoru ortalaması 45,53 \pm 21,77 bulunmuş olup, buna göre katılımcıların %59,2'si depresif duygudurumuna sahiptir. KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeğine göre yaşlıların %27,2'si orta düzeyde veya tam bağımlıdır. GLTEQ serbest zaman fiziksel aktivite anketine göre ise kişilerin %64,8'inin sedanter olduğu bulunmuştur.

Tablo 3. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi İle İlişkili Bulunan Tek Değişkenli Analiz Bulguları, Manisa, 2019

Değişkenler	WHOQOL-AGE Yaşam Kalitesi Skoru		p değeri
Cinsiyet	Kadın	61,72 ± 12,53	0,014*
	Erkek	65,79 ± 12,26	
Yaş	65-69 (a)	66,70 ± 12,97	0,001** a>c ***
	70-74 (b)	63,07 ± 9,98	
	75 yaş ve üstü (c)	59,01 ± 12,73	
Medeni durum	Evli/evli gibi	65,77 ± 12,18	0,001*
	Diğer	59,73 ± 12,28	
Eğitim durumu	Diplomasız (a)	62,09 ± 12,11	0,002** c> (b=a) ***
	İlkokul (b)	60,08 ± 12,86	
	Ortaokul ve üstü (c)	66,26 ± 10,96	
Sağlık güvencesi	Yok (a)	57,26 ± 11,84	0,004**** (b=d) > (a=c) ***
	SGK (b)	64,55 ± 11,36	
	Yeşilkart (c)	56,47 ± 12,90	
	Özel /Diğer (d)	66,49 ± 8,64	
Gelir durumu	Gelir giderden fazla (a)	71,16 ± 11,81	0,001** a>b>c ***
	Gelir giderine eşit (b)	64,21 ± 10,22	
	Gelir giderden az (c)	54,21 ± 12,71	
Kendine ait özel oda varlığı	Var	64,61 ± 12,21	0,001*
	Yok	55,92 ± 11,92	
Bakım alma durumu	Evet	59,43 ± 11,97	0,001*
	Hayır	66,37 ± 12,25	
Kötü muameleyle maruziyet	Hiç	65,38 ± 12,06	0,001*
	Nadiren/Bazen/Sıklıkla	55,06 ± 11,05	
Kronik hastalık varlığı	Evet (a)	61,87 ± 12,69	0,003***** b> (a=c) ***
	Hayır (b)	67,88 ± 11,12	
	Bilmiyorum (c)	60,24 ± 12,54	
Bedensel engel durumu	Var	54,97 ± 12,49	0,001*
	Yok	64,89 ± 11,91	
Alkol kullanımı	Evet, düzenli (a)	66,65 ± 14,15	0,031**** (a=b) >c ***
	Evet, ara sıra (b)	67,99 ± 12,08	
	Hayır, hiç içmedim (c)	62,32 ± 12,45	
Akran ilişkileri memnuniyeti	Memnuniyetsiz (a)	53,34 ± 12,83	0,001** c>b>a ***
	Orta (b)	60,98 ± 11,59	
	Memnun (c)	67,50 ± 10,86	
Aile ilişkileri memnuniyet düzeyi	Memnuniyetsiz (a)	53,77 ± 12,34	0,001** c>b>a ***
	Orta (b)	58,73 ± 11,34	
	Memnun (c)	67,89 ± 10,78	
Serbest zaman fiziksel aktivite anketi (GLTEQ)	İnaktif (a)	60,54 ± 12,04	0,001** (b=c) >a ***
	Yarı aktif (b)	67,19 ± 10,35	
	Aktif (c)	69,15 ± 14,06	
KATZ günlük yaşam aktiviteleri indeksi	Tam bağımsız (a)	67,08 ± 11,03	0,001** a> (b=c) ***
	Yarı bağımlı (b)	52,98 ± 10,51	
	Tam bağımlı (c)	50,20 ± 7,80	
WHO-5 iyilik durumu indeksi	Depresif duygudurum	57,57 ± 11,39	0,001*
	Pozitif duygudurum	71,34 ± 9,32	

*: Student's t testi, **: ANOVA testi, ***: Post hoc (Tukey's-b), ****: Kruskal- Wallis H testi

Tablo 4. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi İle İlişkili Bulunan Çok Değişkenli Analiz Bulguları: Doğrusal Regresyon Analizi İndirgenmiş Son Model Sonuçları, Manisa, 2019

Cinsiyet	Değişken	Standardize β değeri	p*	VIF
Kadın <i>R²=0,68</i>	Yaş	-0,11	0,034	1,48
	Gelir düzeyi	0,18	0,043	1,13
	Aile ilişkileri memnuniyeti	0,28	0,001	1,25
	Fiziksel bağımlılık	0,13	0,023	1,72
	Ruhsal iyilik hali	0,42	0,001	1,49
Erkek <i>R²=0,59</i>	Yaş	-0,16	0,022	1,09
	Gelir düzeyi	0,24	0,004	1,44
	Aile ilişkileri memnuniyeti	0,25	0,001	1,13
	Ruhsal iyilik hali	0,39	0,001	1,39

*Doğrusal regresyon analizi, cinsiyete göre tabakalı

Modele alınan değişkenler: Yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, sağlık güvencesi, hanede kimlerle yaşadığı, algılanan gelir düzeyi, kendine ait özel oda varlığı, kötü muamele/şiddet durumu, kronik hastalık varlığı, bedensel engel varlığı, günlük su tüketimi, alkol kullanımı, aile içi ilişkilerinden memnuniyeti, akran ilişkilerinden memnuniyeti, haftalık boş zaman fizik aktivite skoru, ruhsal iyilik hali, fiziksel bağımlılık düzeyi, bakım alma durumu

Çalışma grubumuzun WHOQOL-AGE ölçek toplam puanı $63,19 \pm 12,56$ olarak bulunmuştur.

Tek değişkenli analizlerde; kadınlarda, 75 yaş ve üstü yaş grubunda, evli olmayanlarda, eğitimi olmayanlarda veya ilkokul mezunu olanlarda, yalnız yaşayanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda veya yeşil kartlılarda, profesyonel kişilerce ya da aile üyeleri tarafından bakım alanlarda, kendine ait özel odası olmayanlarda, herhangi bir kronik hastalığa sahip olanlarda, bedensel bir engeli bulunanlarda, alkol tüketmeyenlerde, fizik aktivite yönünden sedanter olanlarda, aile içi şiddet/kötü muameleye maruz kalanlarda, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımlı olanlarda ve depresif duyguduruma sahip kişilerde yaşam kalitesi daha kötü bulunmuştur. Aile ve akran ilişkilerinden memnuniyet düzeyi ve gelir durumu azaldıkça yaşam kalitesinin de doğrusal olarak azaldığı saptanmıştır.

Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan tüm değişkenler çok değişkenli modele dahil edildi. Yapılan çok değişkenli analizde ise: WHOQOL-AGE yaşam kalitesi puanı her iki cinsiyette de

gelir düzeyi, aile ilişkilerinden memnuniyet düzeyi ve ruhsal iyilik hali ile pozitif yönde; yaş ile negatif yönde anlamlı bulunmuştur. Kadınlarda bunlara ek günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olma yaşam kalitesi ile pozitif yönde anlamlıdır. (Model 1: kadınlarda r^2 değeri = 0,68, Model 2: erkeklerde r^2 değeri = 0,591)

TARTIŞMA

Çalışmamızda WHOQOL-AGE ölçeği toplam skoru $63,19 \pm 12,56$ olarak belirlenmiştir.

Ankara'da yaşayan 65-80 yaş arası yaşlı bireylerde yürütülen benzer bir çalışmada WHOQOL-AGE ölçeği toplam skoru $68,21 \pm 17,83$ saptanmıştır. (23)

2016'da Ankara'nın merkez ilçesinde 65 yaş ve üstü bireylerde yapılan farklı bir çalışmada ise WHOQOL-AGE toplam ölçek puanı $70,63 \pm 12,84$ bulunmuştur. (24) Araştırmamızda yaşam kalitesi ölçek skorlarının kısmen daha düşük olması yarı kentsel bir bölgede yürütülmesinden kaynaklanmış olabilir.

Üç farklı ülkede yapılan kapsamlı bir çalışmada WHOQOL-AGE ölçeği toplam skoru ülkeler için

ve her bir yaş grubu için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Finlandiya, Polonya ve İspanya için sırasıyla 60-69 yaş WHOQOL-AGE skoru ortalaması 76,83, 63,44 ve 72,76 olarak bulunmuştur. 70-79 yaş WHOQOL-AGE skoru ortalaması 76,80, 59,53 ve 70,40 olarak saptanmıştır. 80 yaş ve üzeri için ise WHOQOL-AGE skoru ortalaması 73,18, 54,03 ve 66,60'tır. (14) Bizim çalışmamızda ise tüm yaş grupları için WHOQOL-AGE skoru ortalaması Finlandiya ve İspanya'dan düşük ancak Polonya'dan yüksek bulunmuştur. Ülkeler arasındaki bu farklı sonuçların sebebi, beklenen yaşam süresinin farklı olması ve demografik yapıların benzememesi ile açıklanabilir. Ayrıca sosyoekonomik gelişmişlik düzeylerinin farklılığı da muhtemelen bu sonuca katkıda bulunmaktadır.

Yapılan tek değişkenli analizde anlamlı bulunan, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sağlık güvencesi, alkol kullanımı, bakım alma durumu, kronik hastalık/bedensel engel durumu, fiziksel aktivite düzeyi, kötü muamele görme gibi eş değişkenler, çok değişkenli doğrusal regresyon indirgenmiş son modelinde anlamlılığını yitirmiştir. Doğrusal regresyon indirgenmiş son modelinde, yaş, gelir durumu, aile ilişkilerinden memnuniyet düzeyi ve ruhsal iyilik hali anlamlı değişkenler olarak ortaya çıkmıştır.

Çalışmamızda yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir ve fark özellikle de 65-69 yaş ile 75 yaş ve üstü arasında saptanmıştır. Ayrıca araştırma bulgularımızda gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de doğrusal olarak arttığı görülmektedir. Yaşam kalitesi puanlarının yaş arttıkça düştüğü, gelir arttıkça yükseldiği çok sayıda araştırma ile gösterilmiştir. (11,25-27)

Çanakkale il merkezinde yaşlıların sosyalleşme amacıyla sık vakit geçirdiği yaşam merkezlerinde yapılan araştırmada da yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü gösterilmiştir ve benzer şekilde 85 yaş ve üzeri yaş grubunda olmanın; yaşam kalitesi skorunun düşük olmasını, 65-74 yaş grubunda yer alanlara nazaran yaklaşık 1,8 kat artırdığı bulunmuştur. Bunun yanı sıra gelirin asgari ücretin altında olması riski 2,1 kat artırmıştır. (11) Manisa'da çeşitli huzurevlerinde yürütülen bir çalışmada da yaşam doyumu geliri

giderini karşılayanlarda, karşılamayanlara göre daha iyidir. (26) İzmir'de 75 yaş üstü kişilerde yapılmış toplum tabanlı bir çalışmada da geliri, giderinden fazla ya da giderine eşit algılayanların yaşam kalitesi fiziksel ve ussal alt bileşen skorları, giderinin gelirinden fazla olduğunu algılayanlara göre daha yüksektir. (27)

Araştırmamızda akran ve aile ilişkilerinden memnuniyet düzeyi arttıkça yaşam kalitesi de doğrusal olarak artmaktadır. WHOQOL-OLD ölçeğinin geliştirilme sürecinde Türk yaşlıları üzerinde yapılan odak grup çalışmasında da yaşlılarda sosyal ilişkiler içinde aile içi sosyal ilişkilerin çok önemli bir yeri olduğu saptanmıştır. (28) Ankara'da üç farklı huzurevinde yapılan bir çalışmada kişinin çocuklarıyla görüşüp görüşmemesi, bir yakınının olup olmaması ve yaşlıların birbirleriyle olan ilişkileri yaşam kalitesi ile anlamlı bulunan değişkenler arasındadır. (29) Samsun'da bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşlılar üzerinde yapılmış farklı bir çalışmada da aile ilişkilerinin çok iyi olduğunu belirtenlerin yaşam kaliteleri diğerlerine göre daha iyidir. (30)

Yaptığımız çalışmada WHO-5 iyilik durumu indeksine göre pozitif duyguduruma sahip bireylerin depresif duyguduruma sahip olanlara göre yaşam kalitesi daha iyi bulunmuştur. Kayseri Büyükşehir Belediyesi Huzurevinde yaşayan yaşlılar üzerinde gerçekleştirilmiş bir araştırmada da yaşam kalitesi alt ölçekleri ile depresyon değişkeni arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur, özellikle de esenlik alt boyutu ile depresyon arasında yüksek düzeyde negatif bir ilişki saptanmıştır. (31) Bursa'da bir devlet hastanesi polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerde yapılmış bir araştırmada da yaşam kalitesi ile depresyon arasında ters yönlü bir ilişki bulunmuştur. ($r=-0,602$) (32) Bitlis il merkezindeki yaşlılarda yapılan benzer bir araştırmada da kesin depresyon düzeyinde olan yaşlıların yaşam kalitesi ölçek puanının diğer gruplardan anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir. (33)

Bulgularımıza göre günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken bağımlı olmak kadın cinsiyette yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Yine yaşlılarda yapılmış bir çalışmada yaşam doyumu

ile fiziksel bağımsızlık düzeyi arasında kuvvetli düzeyde ($r= 0,745$, $p= 0,001$) anlamlı bir ilişki ve pozitif bir korelasyon elde edilmiştir. (34) Aydın'da evinde yaşayan yaşlılarda gerçekleştirilmiş benzer bir araştırmada da WHOQL-OLD yaşam kalitesi ölçeği ile KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir ($r= 0.482$, $p<0.05$) (35) Benzer bir çalışmada düşük yaşam kalitesi skorunu gündelik yaşam aktivitelerini yerine getirirken herhangi birine bağımlı olmanın 3,50 (GA= 2,27-5,39) kat arttırdığı saptanmıştır. (11)

Kadın ve erkek yaşlılar için yapılan çoklu analizlerde- yaş ve gelir gibi sosyoekonomik eşdeğişkenler dışında- her iki cinsiyet için yaşam kalitesini anlamlı düzeyde etkileyen değişkenler, aile içi sosyal ilişkiler ve ruhsal iyilik halidir. Farklılık, fiziksel bağımlılık açısından ortaya çıkmıştır. Bizim çalışmamızda fiziksel bağımlılığın kadınların aksine, yaşlı erkeklerin yaşam kalitesini anlamlı düzeyde etkilememesi ilginç bir bulgudur. Genel olarak fiziksel bağımlılığın hemen hemen tüm toplumlarda kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü bir gerçektir. Bu nedenle burada saptadığımız kadınlara özel olan bu ilişki, bağımlılık ile yaşam kalitesi arasında bir birlikte nedenselliği düşündürülebilir.

KISITLILIKLAR:

Bu çalışmada katılımcılar, araştırmaya dahil edilmeden önce, bilişsel fonksiyonların değerlendirildiği bir ön teste tâbi tutulmamışlardır. Yaşlılarda, demans gibi bilişsel fonksiyonlarda azalmaya sebep olan komorbidite durumları ile sık karşılaşmaktadır. Bu sağlık problemleri, hem elde edilen bilgilerin geçerliliğini ve güvenilirliğini azaltabilmekte hem de iletişim problemleri oluşturabilmektedir. Bu nedenle özellikle yaşlı bireylerde yürütülecek benzer çalışmalarda, araştırma öncesi katılımcılara minimal test gibi bilişsel fonksiyonları basit ve kısa sürede değerlendirmeye olanak tanıyan ön testlerin yapılması ve uygun olmayan/demansı mevcut kişilerin çalışmaya dahil edilmemesi yararlı olacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER:

Yapılan çok değişkenli analiz sonucu, yaşam kalitesi ile ilişkili her iki cinsiyet için ortak ve öne çıkan esas faktörler yaş, ruhsal iyilik hali, aile ilişkileri ve gelir düzeyidir. Kadınlar için yaşam kalitesinin ek belirleyicisi ise günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olma durumudur.

Yaşam kalitelerinin daha kötü olması beklenen yoksul, yalnız yaşayan/aile ilişkileri zayıf, depresif duyguduruma sahip yaşlı kişiler tespit edilmeli ve bu gruba yönelik sosyal çalışma programları geliştirilmelidir.

Hali hazırda birinci basamakta yürütülen 15-49 yaş kadın, gebe ve bebek-çocuk-ergen risk grupları gibi yaşlılar da Sağlık Bakanlığı izlem protokollerine dahil edilmelidir. Ayrıca, yaşlıların ruhsal iyilik haline ilişkin ön değerlendirilmeleri yapılmalı, depresif duygudurumu olan yaşlı bireyler erken dönemde tespit edilerek gerekli önlemler alınmalıdır.

Ek olarak Türk toplumunda özellikle de kadınlarda, fiziksel yönden bağımsız ve kendine yetebilen bir yaşlılık dönemi için genç yaşlarda düzenli fiziksel aktivite alışkanlığının edinilmesi teşvik edilmelidir. Ayrıca bu yaş grubuna, kas gücünü artırmaya yönelik egzersizler tüm sağlık kurumlarınca önerilmeli; bu açıdan özellikle birinci basamak sağlık kuruluşları ve sağlıklı yaşam merkezlerinde görev alan hekim, fizyoterapist gibi sağlık profesyonelleri tarafından fizik aktivite konusunda sağlığı geliştirici programların düzenlenmesi ve uygulanması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. BM "Dünya Nüfus Projeksiyonları: 2006", 2007. www.un.org.
2. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), İstatistiklerle Yaşlılar, 2015, TÜİK Haber Bülteni 2016; 21520.
3. The uses of epidemiology in the study of the elderly. Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging. World Health Organ Tech Rep Ser. 1984; 706: 1-84.
4. Tümerdem Y. Editöre Mektup. Gerçek Yaş. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9 (3): 195-196.
5. Hablemitoğlu Ş, Özmete E. Yaşlı Refahı. Ankara: Kilit Yayınları, 2010.

6. Long PH. *On the quantity and quality of life. Medical Times* 1960; 88: 613-619.
7. World Health Organization Quality of Life Group. *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. Psychological Medicine.* 1998; 28 (3): 551–558.
8. Onat ŞŞ. Yaşlı bireylerde sosyodemografik özellikler ve kognitif fonksiyonların yaşam kalitesine etkisi. *Türk Osteoporoz Dergisi* 2013; 19:69-73.
9. İlhan N, Arpacı S, Havaoğlu D, et al. *Quality of life and factors affecting the quality of life of elderly nursing home residents. Clinical and Experimental Health Sciences* 2016; 6.2: 56-65.
10. Dörter SS. *Huzurevinde ya da yerinde yaşlanmayı tercih eden yaşlı bireylerde yaşadıkları çevre ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Diss. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.*
11. Özerdoğan Ö, Yüksel B, Çelik M, Oymak S, Bakar C. *Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2018; 16.2: 90-105.*
12. Altuğ F, et al. *Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2009; 2.1: 48-60.*
13. Campos ACV, et al. *Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. Health and quality of life outcomes, 2014; 12.1: 1-11.*
14. Caballero FF, Miret M, Power M, Chatterji S, Tobiasz-Adamczyk B, Koskinen S, Leonardi M, Olaya B, Haro JM, Ayuso-Mateos JL. *Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: WHOQOL-AGE. Health Qual Life Outcomes. 2013; 11.1: 177.*
15. Özcan C, Eser E. *VALIDATION OF THE TURKISH VERSION OF THE WHOQOL-AGE AND A PROPOSED ALTERNATIVE SCALE STRUCTURE. Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi, 2020; 23.2.*
16. Topp CW, et al. *The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. Psychotherapy and psychosomatics, 2015; 84.3: 167-176.*
17. Eser E, et al. *Reliability and validity of the Turkish version of the WHO-5, in adults and older adults for its use in primary care settings. Primary health care research & development, 2019; 20.*
18. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. *Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA* 1963; 185(12): 914–919.
19. Arık G, et al. *Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. Archives of gerontology and geriatrics, 2015; 61.3: 344-350.*
20. Godin G, Shephard RJ. *A simple method to assess exercise behavior in the community. Can J Appl Sport Sci.* 1985; 10(3): 141-146.
21. Godin G. *The Godin-Shephard leisure-time physical activity questionnaire. Health and Fitness Journal of Canada* 2011; 4(1): 18-22.
22. Yerlisu Lapa T, Yağar G. *Validity and reliability study of leisure time exercise questionnaire into Turkish. 2nd international sports science, Tourism and Recreation Student Congress, 28-30 May, Afyonkarahisar, Turkey. 2015; (pp.74-75).*
23. Yılmaz A, Yılmaz F, Çolak MY. *Adherence to physical activity recommendations and quality of life among older adults. International Journal of Public Health and Clinical Sciences, 2018; 5.2: 120-134.*
24. Çağlayan Ç, Yılmaz F. *“Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri.” Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2016; 20.4: 129-140.*
25. López-Ortega M, Konigsberg M. *“Health-related quality of life among Jewish older persons in Mexico and its determinants.” Health and quality of life outcomes 2020; 18.1: 152.*
26. Altıparmak S. *Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2009; 23.3: 159-164.*
27. Sönmez Y, et al. *“İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler.” Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 21.3: 145-153.*
28. Eser S, et al. *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.*
29. Şahin NE, Emiroğlu O. *“Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler.” Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014; 1.1: 57-66.*
30. Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. *“Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler.” TAF Preventive Medicine Bulletin 2015; 15.3: 181-189.*
31. Zincir H, et al. *“HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER.” Sağlık Bilimleri Dergisi 2008; 17.3: 168-174.*
32. Daşkın G. *Yaşlı bireylerin ağrı, depresyon ve yaşam*

kalitesi düzeylerinin incelenmesi. MS thesis. Sakarya Üniversitesi, 2019.

33. Söylemez F. "Bitlis il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerde yaşam kalitesi, depresyon sıklığı, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ve ilişkili faktörler." 2020.

34. Tuncay FÖ, Fertelli T. Yaşlılarda bilişsel işlevlerin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam doyumu ile ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2018; 32.3: 183-190.

35. Baş AŞ, Evde yaşayan yaşlıların aktif yaşlanma ve yaşam kalitesi yönünden değerlendirilmesi: Nazilli örneği. MS thesis. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019.