

Dr. U. Güney ÖZER ERGÜN<sup>1</sup>  
Dr. Nafiz BOZDEMİR<sup>1</sup>  
Dr. Şükrü UĞUZ<sup>2</sup>  
Dr. Rengin GÜZEL<sup>3</sup>  
Dr. Refik BURGUT<sup>1</sup>  
Dr. Esra SAATÇI<sup>1</sup>  
Dr. Ersin AKPINAR<sup>1</sup>

## ARAŞTIRMA-RESEARCH

### ADANA HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILAR İLE AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN YAŞLILARIN MEDİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

#### EVALUATION OF THE MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF THE ELDERLY LIVING AT THE COMMUNITY RESIDENCE OF ADANA AND THOSE APPLYING TO THE FAMILY MEDICINE OUTPATIENT CLINIC

#### ÖZ

Bu çalışma, Adana Huzurevi'nde yaşayan yaşlılar ile Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran yaşlı kişilerin sosyodemografik ve medikal özelliklerini incelemek, günlük yaşam aktivite değerlerini saptamak ve karşılaştırmak amacıyla planlandı.

Aralık 2000-Ocak 2002 tarihleri arasında, Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuranlar ve Adana Huzurevi'nde yaşayanlar olmak üzere iki gruba ayrılan 65 yaş ve üzerindeki yaşlılara yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu dolduruldu. Mini Mental Durum Değerlendirme Sorgulaması (MMDDS), günlük yaşam aktivite ölçeği (Katz) ve enstrümantal yaşam aktivite (IADL) ölçeği uygulandı.

Araştırmaya 107'si (%56.6) kadın, 82'si (%43.4) erkek olmak üzere toplam 189 kişi alındı. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 72.2±6.2 yıl olup, 88'i Huzurevinde yaşıyordu. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda yaş ortalaması, erkek oranı ve eğitim seviyesi yüksek; bekar/ dul/ boşanmış sayısı fazla idi (p<0.05). Huzurevi yaşlılarının sahip oldukları yaşayan çocuk sayısı ile çocuklarını ve akrabalarını görme sıklığı daha az; radyo dinleme ve kitap okuma oranları fazla idi (p<0.0001). Aynı grupta kronik kalp yetmezliği ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı oranı fazla, bunlarla birlikte tütün kullanma durumları yüksekti (p<0.01). Katz ve IADL ölçekleri değerlendirildiğinde; Huzurevi sakinlerinin temizlik, alışveriş, ulaşım, yemek hazırlama, yıkanma ve transfer açısından daha bağımlı oldukları saptandı (p<0.01). Huzurevi grubunun %20.5'inde ve poliklinik grubunun %23.8'inde MMDDS ortalaması düşük bulundu (p>0.05).

Huzurevinde yaşayan yaşlıların daha ileri yaşta olmaları, aile ve akraba ortamından uzak yaşamaları, kronik hastalıkların varlığına rağmen tütün kullanmaları ve günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı olmaları, bu gruba giren yaşlıların birinci basamakta daha hassas ve dikkatle izlenmeleri gerektiğini düşündürmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Yaşlılık, Huzurevi, Günlük Yaşam Aktivitesi, Bilişsel durum

#### ABSTRACT

The aim was to evaluate the socio-demographic-medical characteristics and daily living activities between the elderly living at the community residence of Adana and those applying to the Family Medicine outpatient clinic at the Faculty of Medicine of Çukurova University.

A face to face survey was performed to the elderly, who were 65 years and over, from the community residence of Adana and Family Medicine outpatient clinic between December 2000-January 2002. Mini Mental State Examination Survey (MMSES), Katz daily livings activity and instrumental activity of daily living (IADL) scales were performed.

189 elderly with the mean age of 72.2±6.2 years, 88 of whom were living in the community residence, enrolled to the study. The number of males and females were 107 (%56.6) and 82 (%43.4), respectively. In the community dwelling elderly, the mean age, the level of education, and the number of the men and the single/divorced/widow were higher (p<0.05). The number of alive children was fewer, the frequency of visiting children and relatives was lower, and the ratio of listening radio and reading book was higher in the same group (p<0.0001). The community dwelling elderly were tobacco smokers although the ratio of having chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure was more (p<0.05). According to the Katz and IADL scales the community dwelling elderly were more dependent on cleaning, shopping, arrival, preparing food, bathing and transferring (p<0.01). MMSES score was found to be lower in %20.5 of the elderly from the community residence and %23.8 of those from the outpatient clinic group (p>0.05).

In the primary care, it is necessary to carefully follow-up the elderly people who live in the community dwellings due to the advanced old age, life without a bond to families, tobacco smoking even though having chronic disease, and dependency on activities of daily living.

**Key Words:** Old age, Community Dwellings, Activities of daily living, Cognitive state

Geliş: 28.04.2003

Kabul: 10.06.2003

<sup>1</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana

<sup>2</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana

<sup>3</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Adana

<sup>4</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Adana

İletişim: Yrd.Doç.Dr. U. Güney Özer Ergün, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 01330 Balcalı-Adana  
Tel: 0322-3386855 • Fax:0322-3386572 • e-mail:guneyozer@hotmail.com

\* Bu çalışma Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü Araştırma Fonu tarafından TF.2002.BAP29 numaralı proje ile desteklenmiştir.

## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre yaşlılık "çevresel faktörlere uyum sağlama yetisinin giderek azalması" dır. Yaşlanma, dejenerasyona ve dış çevreden gelen strese karşı koymak üzere iç çevrede meydana gelen değişikliklerin neden olduğu bir uyum olayıdır (1).

Yaşlanma, bugün önlenmesi mümkün olmayan kronolojik, sosyolojik, biyolojik ve psikolojik boyutlu bir gerilemedir. Bu hayat boyu devam eden bir süreçtir. Belli bir başlangıcı veya bitiş anı yoktur. Yaşlanmanın birçok organ sisteminde adolesan dönemden sonra belirsiz bir anda başladığı düşünülmektedir (2). Bununla birlikte DSÖ tarafından, 65 yaş ve üzeri kişiler 'yaşlı' olarak kabul edilmektedir. Yaşlanma bireysel olarak giderek ölümlle sonuçlanacak biçimde canlılık etkinliklerinde azalmadır. Hücre kaybı, metabolizmadaki yavaşlama, beslenme, enfeksiyonlar, yetersiz fiziksel ve zihinsel aktivite gibi çevresel etkenlerle oluşan veya spontan olarak gelişen mutasyonlar, hatalı genler ve mutajenler yaşlanmayı hızlandırmaktadır (3). Yaşlanma süreci ile birlikte oluşan fonksiyonel değişiklikler, normal koşullar altında vücut fonksiyonlarını etkilemeden, stres durumlarında devreye giren yedek kapasitenin azalmasını etkiler niteliktedir.

Fizyolojik yaşlanma sonucu bu değişimlerle birlikte, yetersizlikler ve bozukluklar da görülmektedir. Özellikle kardiyak, pulmoner, renal, merkezi sinir sistemi ve immun işlevlerde sürekli bir azalm ve buna bağlı olarak çeşitli hastalıkların gelişmesi söz konusudur (4). 65 yaşın üzerindeki nüfusun artışı ile başta demans, depresyon gibi ruhsal ve diğer bedensel hastalıkların bir arada görülme olasılığı artar (5). Bu dönemde ölüm ve hastalık gibi nedenlerle psikolojik yönden bir yıkım olabileceği gibi, fiziksel kısıtlılıklar, aile ve arkadaşların kaybı giderek artan izolasyona yol açar. Ekonomik ve sağlık sorunları nedeniyle evlerini kaybeden yaşlılar genellikle kendileri için düzenlenen huzurevi ve benzeri yerleri tercih ederler. Huzurevleri desteksiz yaşamı sıkıntısız olarak sürdüremeyen yaşlı, yalnız ve kimsesiz bireylerin huzur, güven, sağlık ve mutluluklarını sağlamak, onların fiziksel, ruhsal ve toplumsal gereksinimlerini karşılamak için kurulmuştur (6).

Bu çalışma, Adana Huzurevi'nde yaşayan yaşlılar ile Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran yaşlı kişilerin sosyodemografik ve medikal özelliklerinin incelenmesi, en sık karşılaşılan sağlık sorunlarının belirlenmesi ve günlük yaşam aktivite değerlerinin saptanması amacıyla planlandı.

## YÖNTEM VE GEREÇ

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu çalışmada, Aralık 2000-Ocak 2002 tarihleri arasında, Aile Hekimliği Polikliniği'ne

başvuranlar ve Adana Huzurevi'nde yaşayanlar olmak üzere iki gruba ayrılan 65 yaş ve üzerindeki yaşlılara, bilgilendirilmiş onayları alındıktan sonra, yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu dolduruldu. Veri toplama aşamasında, bu konuda eğitim verilen ve Aile Hekimliği stajını yapmakta olan intörn doktorlardan destek alındı. Çalışmaya çeşitli nedenlerden dolayı özel bakıma muhtaç yaşlılar, katılmak istemeyenler ve dil bilmeme yüzünden iletişim sorunu yaşanan kişiler dahil edilmedi.

Demografik verilerini, hastalık, beslenme ve sosyal öykülerini içeren bu anketi takiben bireylere, günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek amacıyla; Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği (yıkama, giyinme, tuvalete gitme, transfer, kontinans ve beslenme) ve IADL enstrümantal yaşam aktivite ölçeği (alışveriş, temizlik, ulaşım, yemek pişirme ve telefon kullanma) uygulandı. Bilişsel fonksiyonların değerlendirmek amacıyla mini mental durum değerlendirme sorgulaması (MMDDS) yapıldı. Yirmi puan ve altı bilişsel bozukluk; 21 puan ve üstü normal bilişsel durum olarak değerlendirildi (7).

İstatistiksel analizde SPSS paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra ikili grup değerlendirmelerde ki-kare testi ve ANOVA analizi uygulandı.  $P < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

Araştırmaya, 107'si (%56.6) kadın, 82'si (%43.4) erkek olan toplam 189 kişi alındı. Araştırmaya katılanların 88'si huzurevinde kalanlar, 101'i ise kendi evlerinde yaşayan yaşlılardı. Araştırma grubunun yaş ortalaması  $72.2 \pm 6.2$  yıl (65-104) olarak saptandı. Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı tablo 1 'de verilmiştir. Araştırmaya katılan huzurevi ve poliklinik grubunun diğer özellikleri ve aradaki farklılıklar tablo 2'de sunulmuştur:

Huzurevinde yaşayan yaşlılarda erkek oranı daha fazla ( $p < 0.05$ ); yaş ortalaması daha yüksek ( $p < 0.001$ ); bekar, dul ve boşanmış sayısı daha fazla ( $p < 0.001$ ); eğitim seviyesi daha yüksek ( $p < 0.0001$ ); sahip oldukları yaşayan çocuk sayısı daha az ( $p < 0.0001$ ); çocuklarını ve akrabalarını görme sıklığı daha az ( $p < 0.0001$ ); radyo dinleme ve kitap okuma oranları daha fazla ( $p < 0.0001$ ); tütün kullanma ve halen içme durumları daha yüksek ( $p < 0.01$ ); kronik kalp yetmezliği ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı oranı daha fazla ( $p < 0.05$ ); hipertansiyon oranı daha az ( $p < 0.05$ ) idi.

**Tablo 1.** Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (N=189).

	HUZUREVİ (N=88)		POLİKLİNİK (N=101)		*P
	N	%**	N	%**	
<b>Yaş Grupları</b>					<b>P&lt;0.001</b>
65-74	47	(53.4)	86	(85.1)	
75-84	33	(37.5)	13	(12.9)	
85 ve üzeri	8	(9.1)	2	(2.0)	
<b>Cinsiyet</b>					<b>P&lt;0.05</b>
Erkek	49	(59.8)	33	(40.2)	
Kadın	39	(36.4)	68	(63.6)	
<b>Medeni Durum</b>					<b>*P&lt;0.001</b>
Evlü	7	(8.0)	47	(46.5)	
Dul	61	(69.3)	50	(49.5)	
Bekar	7	(8.0)	1	(1.0)	
Boşanmış	13	(14.8)	3	(3.0)	
<b>Eğitim</b>					<b>*P&lt;0.0001</b>
Okur yazar değil	33	(37.5)	67	(66.3)	
Okur yazar	15	(17.0)	13	(12.9)	
İlkokul	22	(25.0)	19	(18.8)	
Ortaokul	10	(11.4)	1	(2.0)	
Lise/ Yüksekokul	8	(9.1)			
<b>Meslek</b>					<b>*P&lt;0.01</b>
Ev Hanımı	33	(37.5)	65	(64.4)	
Çiftçi	15	(17.0)	6	(5.9)	
Memur	1	(2)	6	(5.9)	
İşçi	10	(11.4)	6	(6.9)	
Serbest	11	(12.5)	1	(4.0)	
Diğer	16	(18.2)	13	(12.9)	
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>					<b>*P&lt;0.001</b>
0	24	(27.3)	3	(3.0)	
1-2	26	(29.5)	6	(7.9)	
3 ve üzerinde	38	(43.2)	90	(89.1)	

P: Pearson ki kare testi

\*\*%: satır yüzdesi

Her iki grup arasında sosyal güvenceye sahip olma durumu, beslenme durumları ve kullandıkları ilaç sayısı açısından bir fark gözlenmedi (p>0.05).

Araştırma grubunun günlük yaşam aktivitesi değerlendirmesi tablo 3'de verilmiştir.

Katz ve enstrümental yaşam aktivite ölçeği skorları değerlendirildiğinde, huzurevi sakinlerinin temizlik (p<0.001); alışveriş (p<0.01); ulaşım (p<0.001); yemek hazırlama (p<0.001); yıkama (p<0.01) ve transfer (p<0.01) açısından daha bağımlı oldukları saptandı. Diğer parametreler arasında bir fark bulunmadı (p>0.05).

Araştırma grubunun bilişsel fonksiyonlarının MMDDS ile değerlendirilmesi tablo 4'de verilmiştir.

MMDDS değerleri düşük bulunan huzurevinde yaşayan yaşlıların alışveriş (p<0.001), ve giyinme (p<0.000) açısından daha bağımlı; poliklinik grubunun ise ulaşım (p<0.000) ve telefon kullanma (p<0.001) açısından daha bağımlı oldukları tespit edildi.

**Tablo 2.** Araştırma grubunun özellikleri ve aradaki farklılıklar (n=189)

	HUZUREVİ (N=88)		POLİKLİNİK (N=101)		*P
	N	%**	N	%**	
<b>Çocuklarını Görme Sıklığı</b>					<b>*p&lt;0.001</b>
Her gün	2	(2.3)	84	(83.2)	
Haftada 1-2 gün	12	(13.6)	1	(1.0)	
İki haftada bir gün	10	(11.4)	1	(1.0)	
Ayda 1 gün	11	(12.5)	2	(2.0)	
Diğer	65	(73.8)	12	(11.8)	
<b>Akrabaların Görme Sıklığı</b>					<b>*p&lt;0.001</b>
Her gün	1	(3.1)	55	(54.5)	
Haftada 1-2 gün	4	(4.0)	7	(6.9)	
İki haftada bir gün	4	(4.0)	4	(4.9)	
Ayda 1 gün	11	(12.5)	7	(6.9)	
Diğer	60	(69.9)	10	(9.9)	
<b>Sosyal Ulaşınlar</b>					<b>*p&lt;0.001</b>
Radio dinleme	65	(73.9)	44	(43.6)	
Televizyon seyretme	74	(80.7)	93	(92.1)	
Gazete okuma	24	(27.3)	17	(16.8)	
Kitap okuma	15	(17.0)	1	(2.0)	
Bulmaca çözüme	51	(57.9)	4	(4.0)	
Elişi yapma	11	(12.5)	6	(5.9)	
Kıtaathaneye gitme	15	(17.0)	15	(14.9)	
<b>Tütün Kullanma</b>					<b>*p&lt;0.007</b>
Evet	35	(39.8)	22	(21.8)	
Hayır	53	(60.2)	79	(78.2)	
<b>Tütün Durumu</b>					<b>*p&lt;0.01</b>
Halen içiyor	20	(22.7)	9	(8.9)	
Hiç içmemiş	53	(60.2)	79	(78.2)	
İçmiş ama bırakmış	15	(17.0)	13	(12.9)	
<b>Kronik Hastalıklar</b>					<b>*P&lt;0.001</b>
Diabetes Mellitus	21	(23.9)	26	(25.7)	
Hipertansiyon	52	(59.1)	83	(82.2)	
Koroner Arter Hastalığı	6	(9.1)	9	(8.9)	
Kalp Yetermezliği	9	(10.2)	3	(3.0)	
KOAH***	11	(12.5)	4	(4.0)	
SVT****	6	(6.8)	4	(4.1)	

P: Pearson ki kare testi

\*\*%: Satır yüzdesi

\*\*\*: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

\*\*\*\*: Serebro Vasküler Hastalık

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Gelişmekte olan ülkelerde kırsal alandan kente göç olgusu, aile yapısını ve aile içindeki yaşlının konumunu değiştirmektedir. Kırsal alanda 'geniş aile' kavramı içinde sorun olmayan yaşlılık, kentleşme ile daha çok hissedilir olmaktadır (8). Kişinin yaşlanması ile aile içindeki rolü değişmekte, ekonomik, fiziksel, bilişsel ve ruhsal sorunların eklenmesi ile birlikte çeşitli sosyal sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Çalışmada, evlerinde yaşayan yaşlılara kıyasla, huzurevinde kalan yaşlılarda erkek oranının daha fazla, yaş ortalamasının daha yüksek, bekar, dul ve boşanmış sayısının daha fazla olduğu saptanmıştır. Ankara'da yapılan karşılaştırmalı benzer bir çalışmada, huzurevinde kalan 220, evlerinde yaşayan 153 yaşlı kişi incelenmiştir (9). Araştırmanın sonucunda, huzurevinde kalmakta olan yaşlıların daha yaşlı ve çoğunluğunun bekar/dul/boşanmış olduğu bulunmuştur. Bu sonuç çalışma ile uyumludur. Ancak çalışmada huzurevinde kalanların çoğunluğu erkek cinsiyette iken

ADANA HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILAR İLE AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YAŞLILARIN MEDİKOSYAL ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 3. Araştırma grubunun günlük yaşam aktivite değerlendirmesi (n=189)

GYA*	Huzurevi Grubu (n=88)						Poliklinik Grubu (n=101)						P**
	Bağımsız		Kısmen Bağımsız		Tamamen Bağımlı		Bağımsız		Kısmen Bağımsız		Tamamen Bağımlı		
	N	%***	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Yıkama	58	(47.5)	23	(38.3)	7	(100.0)	64	(52.5)	37	(61.7)	0		P<0.01
Giyinme	79	(46.5)	5	(33.3)	4	(100.0)	91	(53.5)	10	(66.7)	0		
Tuvalet	82	(45.8)	4	(50.0)	2	(100.0)	97	(54.2)	4	(50.0)	0		
Transfer	69	(42.3)	16	(69.9)	3	(100.0)	94	(57.7)	7	(30.4)	0		P<0.01
Kontinans	71	(44.9)	14	(51.9)	3	(75.0)	87	(55.1)	13	(48.1)	1	(25.0)	
Beslenme	85	(46.4)	2	(40.0)	1	(100.0)	93	(53.6)	3	(60.0)	0		
Temizlik	0		12	(19.4)	76	(76.0)	27	(100.0)	50	(80.6)	24	(24.0)	P<0.001
Alışveriş	37	(41.1)	20	(37.7)	31	(67.4)	53	(58.9)	33	(62.3)	15	(32.6)	P<0.01
Ulaşım	41	(41.0)	16	(33.3)	31	(75.6)	59	(59.0)	32	(66.7)	10	(24.4)	P<0.001
Yemek	0		23	(39.7)	65	(85.5)	55	(100.0)	35	(60.3)	11	(14.5)	P<0.001
Hazırlama													
Telefon Kullanma	56	(47.9)	10	(45.5)	22	(44.0)	61	(52.1)	12	(54.5)	28	(56.0)	

\*GYA: Günlük Yaşam Aktivitesi

\*\*P: Pearson ki kare testi

\*\*\* %: Sütun yüzdesi

Tablo 4. Huzurevi ve Poliklinik gruplarının MMDDS değerlendirmesi (n=189)

MMDDS	Huzurevi grubu (n=88)		Poliklinik grubu (n=101)	
	n	%*	n	%*
Yüksek (≥21)	70	79.5	77	76.2
Düşük (<=20)	18	20.5	24	23.8

\*%: satır yüzdesi

benzer araştırmada huzurevinde kalanlarda kadın cinsiyet ön plandadır. Huzurevlerinde yapılan diğer çalışmalarda, huzurevlerinde yaşayanlar arasında erkeklerin fazla olduğu bildirilmiştir (10,11). Bu durumun nedenleri arasında; erkeklerin huzurevini çeşitli sebeplerden dolayı daha fazla tercih etmeleri veya, erkekler arasında boşanmış/dul/bekar oranının daha fazla olması ve bu kişiler için huzurevinin bakım alabilecekleri en uygun ortam olması sayılabilir.

Tablo 5. MMDDS değerleri düşük bulunan yaşlıların günlük yaşam aktivite değerlendirmesi (n=189)

GYA*	Huzurevi Grubu (n=88)						Poliklinik Grubu (n=101)						**P
	Bağımsız		Kısmen Bağımsız		Tamamen Bağımlı		Bağımsız		Kısmen Bağımsız		Tamamen Bağımlı		
	N	%***	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Yıkama	7	(12.1)	7	(30.4)	1	(14.3)	7	(10.9)	8	(16.2)	0		
Giyinme	10	(12.7)	4	(80.0)	1	(25.0)	12	(13.2)	1	(10.0)	0		P<0.01
Tuvalet	14	(17.1)	1	(25.0)	0		13	(13.4)	0		0		
Transfer	11	(15.9)	4	(25.0)	0		13	(12.9)	0		0		
Kontinans	9	(12.7)	5	(35.7)	1	(33.3)	11	(12.6)	2	(15.4)	0		
Beslenme	15	(17.6)	0		0		11	(11.2)	2	(66.7)	0		
Temizlik	0		3	(25.0)	12	(15.8)	2	(7.4)	5	(10.0)	6	(25.0)	
Alışveriş	1	(2.7)	6	(30.0)	8	(25.8)	2	(3.8)	5	(15.2)	6	(40.0)	P<0.001
Ulaşım	4	(9.8)	4	(25.0)	7	(22.6)	3	(5.1)	5	(15.6)	5	(50.0)	P<0.01
Yemek	0		2	(8.7)	13	(20.0)	5	(9.1)	5	(14.3)	3	(27.3)	
Hazırlama													
Telefon Kullanma	3	(5.4)	4	(40.0)	8	(36.4)	5	(18.2)	2	(16.7)	6	(21.4)	P<0.001

\*GYA: Günlük Yaşam Aktivitesi

\*\*P: Pearson ki kare testi

\*\*\* %: Sütun yüzdesi

Çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlıların yaş ortalaması polikliniğe başvuran yaşlı kişilere oranla daha yüksek olarak saptanmıştır. Ankara'da yapılan benzer araştırmada, sonuçlarla uyumlu olarak, huzurevinde yaşayanlarda 75-84 yaş arası grup ve 85 yaş üzeri grup daha yüksek oranda bulunmuştur (9). Huzurevinde kalan yaşlılar arasında erkeklerin daha fazla olması, boşanmış/dul/bekar sayısının daha fazla olması bu veriyi destekler niteliktedir. Yaşlanan ve aile desteğinden yoksun kalan yaşlılar doğal olarak huzurevini tercih etmektedirler.

Huzurevlerinde yapılan çeşitli çalışmalarda, huzurevinde yaşayanların eğitim düzeylerinin, evde yaşayan yaşlıların eğitim düzeylerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır (9,12). Benzer olarak bu çalışmada da eğitim düzeyi huzurevinde yaşayan yaşlılarda daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucun nedeni, eğitim düzeyi daha yüksek olan kişilerin bilinçli olarak huzurevini tercih etmeleri olabilir. Bir diğer neden, Aile Hekimliği polikliniğine başvuran yaşlı grubun, kırsal alandan Adana'ya göç edenlerin yoğun olarak yaşadığı bölgeden gelen ve eğitim seviyesi nispeten daha düşük olan kişiler olmasıdır.

Yaşın ilerlemesi ile birlikte, hem yaşanan kayıplar hem de yeti yitiminin artışı yaşlı kişileri sosyal izolasyona oldukça duyarlı hale getirmektedir. Bu dönemde, yaşlıların en büyük sosyal desteği çocukları ve yakın akrabalarıdır. Özellikle huzurevinde yaşayan yaşlılarda çocukların ve yakın akrabaların sağladığı sosyal destek azlığına sık rastlanmaktadır (13). Çalışmada, huzur evinde yaşayan yaşlıların sahip oldukları yaşayan çocuk sayısının, çocuklarını ve akrabalarını görme sıklığının daha az olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç huzurevlerinde yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlarla uyumlu bulunmuştur (10,14).

Sosyal uğraşlar sorgulandığında, huzurevinde yaşayanlarda radyo dinleme ve kitap okuma oranı evde yaşayanlara göre daha yüksek bulunurken, televizyon seyretme oranı daha düşük bulunmuştur. Huzurevi ortamında her bireyin özel odası ve televizyonu olmayabilir, ortak alanda televizyon seyretmek her zaman kolay olmayabilir ve istenilen programlar her zaman seyredilemeyebilir. Bu nedenle televizyon izleme oranı düşük olabilir. Bununla birlikte istenilen radyo programının dinlenilmesi, kişisel radyo sahibi olanlar için daha kolaydır. Ayrıca, huzurevinde eğitim seviyesinin daha yüksek olması kitap okuma oranının daha yüksek olmasını açıklar niteliktedir.

Hem huzurevinde hem de kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, osteoartrit, serebro vasküler hastalık, kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) gibi kronik hastalıklar sık görülmektedir (5). Bu çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlılarda KOA ve konjestif kalp yetmezliği görülme sıklığı evde yaşayanlara göre

daha fazla, hipertansiyon ise daha az bulunmuştur. KOA görülme sıklığının daha fazla olması, huzurevinde yaşayanlarda tütün kullanma oranının daha yüksek olması ile açıklanabilir. Ayrıca, huzurevinde yaşayan yaşlıların, kronik hastalıkların varlığına rağmen tütün kullanma oranlarının daha fazla olması sosyal destek azlığı ile bağlantılı olabilir. Hipertansiyonun her iki grupta %50'nin üzerinde olması beklenen bir durumdur. Yaşlılarda hipertansiyon prevalansı %54 olarak bildirilmiştir (15). Bununla birlikte evde yaşayan yaşlılarda bu oranın % 82.2 olması, bu grubun polikliniğe başvuranlardan oluşması nedeni ile, hipertansiyon sıklığının göreceli olarak yüksek çıkmış olabileceğini ve popülasyondaki gerçek oranı yansıtmayabileceğini düşündürmektedir.

Yaşlılarda fiziksel, ruhsal ve bilişsel işlevlerde belirgin yetersizlikler ortaya çıkmakta ve günlük yaşam aktiviteleri sınırlanmakta, giderek engellenmektedir. Günlük ve enstrümantal yaşam aktivite ölçeği skorları değerlendirildiğinde, huzurevi sakinlerinin temizlik, alışveriş, ulaşım, yemek hazırlama, yıkanma ve transfer açısından daha bağımlı oldukları saptandı. Temizlik ve yemek hazırlama açısından elde edilen bağımlılık skoru, bu hizmetler kurum tarafından karşılanmakta olduğu için, gerçek bağımlılığı gösteremeyebilir. Ancak alışveriş yapma, yıkanma, ulaşım ve transfer açısından karşılaşılan bağımlılık, huzurevinde yaşayan yaşlıların daha yaşlı olması, bu yaş grubunda fonksiyonel yeti yitiminin daha fazla olabileceği ve bunun günlük yaşam aktivitesi üzerinde olumsuz etki yapabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bilişsel fonksiyonların değerlendirilmesi sonucunda, arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte, huzurevi grubunun %20.5'inde ve poliklinik grubunun %23.8'inde MMDDS ortalaması düşük bulundu. Benzer bir çalışmada, huzurevinde ve kendi evlerinde yaşayan yaşlıların bilişsel durumları arasında bir fark tespit edilmemiştir (7). Yapılan bazı araştırmalarda, huzurevinde yaşayan yaşlılarda bilişsel yetersizlik %28.7 (9). %35 (16) ve %84 (17) oranlarında bulunurken, evinde yaşayan yaşlılar için bu oran %29.7 (9), %84 (17) olarak bildirilmiştir. Çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlılarda eğitim seviyesi daha yüksek, radyo dinleme ve kitap okuma oranları daha fazladır. Bu durum, bilişsel fonksiyonların eğitim düzeyi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (8).

Yapılan çalışmalarda, bilişsel fonksiyonların günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkidiği bulunmuştur (19,20). MMDDS ortalaması düşük bulunan huzurevinde yaşayan yaşlıların alışveriş ve giyinme açısından daha bağımlı; poliklinik grubunun ise ulaşım ve telefon kullanma açısından daha bağımlı oldukları tespit edildi. Alışveriş ve telefon kullanma yüksek kortikal fonksiyonlarla ilgili, giyinme ise ince motor fonksiyonlarla ilgili bir beceri olduğu için, MMDDS puanı düşük olan yaşlılarda bilişsel yetersizliğe

ve ileri yaşlılarda fonksiyonel yetersizliğe bağlı olarak bu sonuç elde edilmiş olabilir. Poliklinik grubunun ulaşım açısından bağımlı olmasının nedeni, aile içinde yaşamaları ve desteksiz bir yerden bir yere gitmemeleri olabilir.

Araştırmalar, etkili ve yerinde girişimlerle yaşlılarda fiziksel ve bilişsel yetersizliklerin önenebileceğini, durdurulabileceğini, azaltılabileceğini ya da geri dönüşümlü olabileceğini göstermiştir (21). Kapsamlı, uygun bakım ve izlem ile birinci basamak hekimlik uygulamalarında hastalıkların önenebileceği, erken fark edilebileceği ve yaşam kalitesinin artırılacağı bildirilmektedir (22). Sağlıklı veya sağlık sorunları olan yaşlılara birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda, kapsamlı ve hassas yaklaşım önemli bir yer tutmaktadır.

Teşekkür; Adana Huzurevi Müdüresi Sayın Nurdan Kama ile sağlık birimi hemşireleri ve doktoruna veri toplama aşamasında sağladıkları kolaylık ve destek için teşekkür ederiz.

#### KAYNAKLAR

1. Davis BO, Holtz N, Davis JC: Postreproductive Physiology. The Aging Process. Charles E (Ed): Conceptual Human Physiology. Merrill Publishing Company, Columbus, Ohio. 1985;565.
2. Dikmenoğlu N: Yaşlıda Fizyolojik Değişiklikler. Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S (Ed): Geriatri Cilti. Hekimler Yayın Birliği Ankara 1997;1:23.
3. Beğer T: Yaşlanma ve Yaşlılık. Beğer T (Ed): Geriatrik Hasta ve Sorunları. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu Yayınlan. İstanbul. Kaya Basımevi. 1998;(9):9.
4. Evers BM, Townsend CM, Thompson JC: Organ physiology of aging. Surg Clin North Am 1991;74:23.
5. Abrahms WB, Beers MH, Berkow R (Ed): Specific Approaches: The Merck Manual of Geriatrics. 2nd Edition. Merck&Co.Jnc. 1995;205-224.
6. Huzurevleri Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarih: 24.11.1984, sayı: 18585
7. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: 'Mini-mental state.' A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-98.
8. Mandiracıoğlu A: Bornova eğitim ve araştırma bölgesinde 65 yaş üzeri popülasyonun medikososyal sorunlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İzmir, 1992;1-2.
9. İlhan MN, Maral I, Pehlivanoğlu A, Bumin MA: Ankara'da Huzurevinde ve kırsal alanda yaşayan 60 yaş ve üzeri yaşlıların bazı tanımlayıcı özellikleri. 7. Halk Sağlığı Günleri. Bildiri Özetleri Kitabı. 2001;33.
10. Kişioğlu AN, Öztürk M, Kırbıyık S, Demirel R: İsparta'da huzurevlerinde kalanların sosyo-ekonomik ve sağlık durumları ile huzurevlerinin imkanları hakkında görüşleri. 7. Halk Sağlığı Günleri. Bildiri Özetleri Kitabı. 2001;3.
11. Lüleci E, Mandiracıoğlu A: Manisa'da huzurevlerinde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinin ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi. 7. Halk Sağlığı Günleri. Bildiri Özetleri Kitabı. 2001;5.
12. Yazıcı R: Yaşlı bireylerin ölüm kaygısı ve bunun günlük yaşam aktivitelerine olan etkisinin araştırılması. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği, İstanbul, 1994.
13. Jarvik LF, Small GW: Geriatric Psychiatry; Introduction and overview. Kaplan HI, Sadock BJ (Ed): Textbook of Psychiatry. Williams&Wilkins, Baltimore, 1995;2:2507-2513.
14. Aktekin M, Erengin KH (Ed): Antalya huzurevinde kalan yaşlıların sosyodemografik durumlarının ve sorunlarının değerlendirilmesi: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı araştırma özetleri. Akdeniz Üniversitesi yayınları 1994;57:17-9.
15. National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), 1988-1991, reported in: the fifth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med 1993;153:154-83.
16. Kurtoğlu TD, Rezaki M: Huzurevindeki yaşlılarda depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi. Türk Psikiyatri Dergisi 1999;10(3):173-9.
17. Teitelbaum L, Ginsburg ML, Hopkins RW: Cognitive and behavioural impairment among elderly people in institutions providing different levels of care. Can Med Assoc J. 1991;145:196-8.
18. Ardila A: Cognitive evaluation in illiterate persons. Rev Neurol 2000;30(59):465-8.
19. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC: Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. Soc Sci Med 1999;48(4):445-69.
20. Tuna H, Birtane M, Ekuklu G, Taştekin N, Kokino S: Yaşlılarda bilişsel fonksiyonlar ve günlük yaşam kalitesi üzerine etkisi. Ege Fiz Tıp Reh Der. 2000;6(3): 15-19.
21. Bross MH, Tryon AF: Preventive care of older adult. Rudy DR, Kurovski K. (Ed): Family Medicine. William and Wilkins. Baltimore, Maryland, 1998:741-751.
22. Richardson JP, Knight AL: Common problems of the elderly. Taylor RB (Ed): Family Medicine, Principles and Practice. 5th Edition. New York. 1998;227-236.