

Çağrı YAZGAN  
Kaan KORA  
Volkan TOPÇUOĞLU  
Kemal KUŞÇU

## ARAŞTIRMA

# HUZUREVİNDE KALAN DEMANSI OLMAYAN YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

## Öz

**Giriş ve Amaç:** Ülkemizde artan yaşlı sayısı ile birlikte huzurevine yatış sayısında artış beklenmektedir. Bu çalışmada huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitelerini hangi faktörlerin etkilediğinin saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem ve Gereç:** İstanbul Anadolu yakasındaki 5 değişik huzurevinde demansı olmayan 69 yaşlı çalışmaya alındı. Temel ve instrumental günlük yaşam aktiviteleri, depresyon belirtileri, değişik sosyodemografik özellikler ile WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçek skorları arasındaki ilişkiler araştırıldı.

**Bulgular:** Temel ve instrumental günlük yaşam aktivitelerinin, depresyon belirtilerinin, kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayılarının, sosyoekonomik düzeyin, ziyaret sıklığının, sakinler ve çalışanlar ile ilişkilerin, huzurevi içi ve dışı aktivitelerin, huzurevinde olmaktan memnuniyet hissini, yalnızlık hissetmenin değişik WHOQOL-BREF alt ölçekleri ile ilişkileri gösterildi. Yapılan lineer regresyon analizinde ise, psikolojik sağlık alanı puanına depresif belirtilerin, sakinlerle ilişkinin ve huzurevinde bulunmaktan memnuniyetin, fiziksel sağlık alanı puanına temel ve instrumental günlük yaşam aktivitelerinin, toplam hastalık sayısının ve huzurevinde bulunmaktan memnuniyetin, sosyal ilgi alanı puanına ziyaret sayısı ve sakinlerle ilişkinin, çevre alanı puanına ise sosyoekonomik durumun, sakinlerle ilişkinin ve huzurevinde bulunmaktan memnuniyetin en çok etki ettiği gösterilmiştir.

**Sonuç:** İlişkisi gösterilen faktörlerde yapılacak düzeltmelerin yaşam kalitesini yükseltmesi beklenebilir. Özellikle sakinlerle ilişkinin düzeltilmesi ve huzurevinde kalmaktan memnuniyetin sorgulanması yaşam kalitesini daha fazla alanda artırabilir.

**Anahtar sözcükler:** Yaşam kalitesi, WHOQOL-BREF, Huzurevi, Yaşlı.

## RESEARCH

# FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE OF NONDEMENTED ELDERLY NURSING HOMES RESIDENTS

## ABSTRACT

**Background and Aim:** Increase in admission to nursing homes is expected while elderly population is increasing. We aimed to determine which factors may influence quality of life of elderly nursing home residents.

**Materials and Method:** Sixty nine elderly residing at 5 different nursing homes in the Anatolian region of Istanbul were admitted to the study.

**Results:** Correlations between WHOQOL-BREF subscale scores and Katz's Basic and Lawton's Instrumental Activities of Daily Living scale scores, Yesevage's Geriatric Depression Scale score and various sociodemographic characteristics were investigated. Basic and instrumental activities of daily living, depression symptoms, numbers of chronic illnesses and medications, socioeconomic status, frequency of visits by relatives, relationship with residents and employee, satisfaction with living in a nursing home, feeling of loneliness, activities inside and outside the nursing home were found correlated with different subscales of quality of life scale. Stepwise linear regression analyses determined strongest risk factors for psychological health field of quality of life as depression symptoms, relationship with residents and satisfaction with living in a nursing home, for physical health field as basic and instrumental activities of daily living, number of chronic illnesses and satisfaction with living in a nursing home, for social interest field as number of visits and relationship with residents, for environment field as satisfaction with living in a nursing home, socioeconomic status and relationship with residents.

**Conclusion:** Recognition and improvement in correlating factors may enhance quality of life. Particularly improvement of relationship of residents with each other and questioning satisfaction of residing in a nursing home may enhance quality of life in multiple fields.

**Key words:** Elderly, Nursing home, WHOQOL-BREF, Quality of life.

## İletişim (Correspondance)

Dr. Çağrı YAZGAN  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı İSTANBUL  
Tlf: 0542 583 58 10 Fax: 0216 339 93 21  
e-mail: eg yazgan@yahoo.com

**Geliş Tarihi:** 28/10/2005  
(Received)

**Kabul Tarihi:** 01/06/2006  
(Accepted)

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı İSTANBUL



## GİRİŞ

Ülkemizde dünyada olduğu gibi yaşlı nüfus hızla artmaktadır. Huzurevlerinde kalan yaşlıların yaşam kaliteleri ve bunu etkileyen etkenlerle ilgili ülkemizde yeterli veri bulunmamaktadır. Türkiye’de çalışan aile bireylerinin sayısı arttığı için ve çekirdek aile şeklinde yaşam yaygınlaştığı için hasta ve yaşlı (>65 yaş) aile bireylerine bakacak yeterli aile ferdi yoktur. Bu nedenle bakıma muhtaç yaşlıların bakımı için sadece onların ihtiyaçlarına cevap verebilecek huzurevlerinin kurulması gerekli hale gelmektedir. Bununla birlikte 2000 yılında yapılan bir araştırmaya göre 65 yaş üstü nüfus için ülkemizde 214 kişiye, Amerika Birleşik Devletleri’nde bu sayı 16 kişiye bir huzurevi yatağı düşmektedir (1). Yaşlıların uzun süreli bakım ihtiyaçları için huzur evleri gelecekte de önem kazanacak ve bu ihtiyaçların giderilmesindeki temel rolü üstlenecektir. Ülkemizde huzurevi sayısı artmaktadır. Buna rağmen huzurevlerindeki yaşam kalitesi henüz tam anlamıyla gelişmemiştir. Huzurevi sakinleri için yaşam kalitesi ne ölçüdedir? Yaşam kalitesini azaltan ve arttıran etkenler nelerdir? Yaşam kalitesini arttırmak için neler gerekmektedir? Bu ve buna benzer sorular araştırmamızda bize yön vermiştir.

“Yaşam kalitesi” karmaşık ve soyut bir kavramdır. Bu konu hakkındaki düşünceler, yaşam kalitesini maddi çevrenin uygunluğu ve insanların bunu algılayış biçimi olarak yorumlanmaktadır. Yaşam kalitesi çoğunlukla bireylerin “iyi olma” durumu olarak da değerlendirilmektedir. Meeberg yaşam kalitesini çok yönlü tatmin olma; mutluluk ve zevkin kişisel algısı olarak değerlendirmiştir (2). Buna rağmen düşünürler çoğunlukla yaşam kalitesini hayattan tatmin olma, mutluluk ve moral kavramlarının yerine de kullanırlar (3).

Yaşam kalitesini etkileyen pek çok sosyodemografik özellik vardır. Bu demografik değişkenleri anlamak, huzurevlerinde çalışanların, yüksek risk grubundaki yaşlıları ayırt etmesini ve bu insanlara daha fazla yardımcı olmasını sağlamak adına gereklidir.

Huzurevlerindeki sosyal destek önemli bir olgudur. Huzurevinde kalan yaşlılar için sosyal destek yalnızca dışarıdan bilgi, kaynak ya da yardım alma işi değil aynı zamanda manevi destek alma, bir yere ait olma duygusunu hissetme, insanlarla ilişki kurarak kendi farkındalığında olma durumlarını da içine almalıdır. Yakın arkadaşlardan ve oda arkadaşlarından alınan sosyal desteğin yaşam kalitesini belirleyen önemli bir yordayıcı olduğu ortaya konmuştur (4).

Bu çalışmada İstanbul’da bulunan birden çok huzurevinde yaşam kalitesinin sosyodemografik değişkenlerle, temel ve instrumental günlük yaşam aktiviteleri düzeyi ve depresif belirtilerle ilişkisini araştırmayı amaçladık.

## YÖNTEM VE GEREÇ

Çalışmamıza katılanlar İstanbul’un Koşuyolu, Çamlıca, Validebağ, İçerenköy ve Maltepe semtlerinde bulunan bölümümüzün bağlantısı olan beş huzurevinden seçilmiştir. Çalışma Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde düzenlenen öğrenci kongresinde sunulmak üzere planlanmıştır. Çalışmadaki anketler konu ile ilgili eğitilmiş dört üçüncü sınıf öğrencisi tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekler görme kusuru nedeniyle okuyamayanlara öğrenciler tarafından sesli olarak okunmuştur. Sakinlerin çalışmaya alınma kriterleri şunlardır: 65 yaşında ya da üstünde olma, huzurevinde 6 aydır ya da daha uzun süredir kalıyor olma, ağır görme (körlük) ya da işitme kusuru (sağırılık) olmaması, bilişsel işlevlerinin iyi olması (demansı olmama), araştırmaya katılmaya gönüllü olma. Bilişsel işlev Folstein’in Mini Mental Test’inin Türkçe çevirisi ile ölçülmüştür (5). 21 puanın üstünde skor alanlar çalışmamıza alınmıştır. Yaşam kalitesinin ölçümü için WHOQOLBREF (Dünya Sağlık Örgütü yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kısa Formu) kullanılmıştır (6). Bu ölçeğin dört alt skoru bulunmaktadır. Fiziksel Sağlık Alanı (FSA), Psikolojik Sağlık Alanı (PSA), Çevre Alanı (ÇA), Sosyal İlişkiler Alanı (SİA) Toplam skor bildirilmeyen ölçekte skorlar alt ölçek skorları olarak tanımlanmaktadır. Yüksek skorlar daha iyi yaşam kalitesini bildirir.

**Fiziksel Sağlık Alanı (FSA):** Üç temel konuyu içine almaktadır. Bunlar kişilerin, ağrı ve rahatsızlık, canlılık ve bitkinlik, uyku ve dinlenme durumlarıdır. Bu üç konu baz alarak, kişilerin yaşadığı hoş olmayan bedensel duyumları ve bunların ne derece rahatsız olduğunu ortaya çıkarır. Kişinin serbest etkinlikleri sırasındaki canlılık, coşku ve dayanıklılığını araştırır. Ne kadar uyunup dinlendiği, bu alandaki sorunlar, ve tüm bunların kişinin yaşam kalitesine olan etkileri ile ilgilidir.

**Psikolojik Sağlık Alanı (PSA):** Bu bölüm kişinin iç huzuru, denge, barışıklık, mutluluk, ümit, neşe, yaşamdaki iyi şeylerden tat alma gibi olumlu duyguların yanı sıra; ümitsizlik, suçluluk, üzüntü, sinirlilik, bunaltı, yaşamdan haz alamama gibi olumsuz duyguları da ne ölçüde yaşadığını; düşünme, öğrenme, bellek, dikkat toplama ve karar verme yetisi hakkındaki görüşünü; kişinin kendisi hakkında ne hissettiğini ve dış görünüşüne bakış açısını inceler.

**Çevre Alanı (ÇA):** Bu bölüm kişinin fiziksel emniyet ve güvenlik algısını ve yaşadığı yerin onun yaşamına olan etkisini, maddi kaynaklarına, yakın çevresindeki sağlık hizmetlerine ve sosyal yardıma bakış açısını inceler. Ayrıca kişinin neler olup bittiği hakkında fikir sahibi olma ve yeni bilgi ve beceriler edinme arzu ve fırsatlarına, boş zaman değerlendirme fırsatlarına ve çevresine bakış açısını; bir yerlere gidebilmek için ulaşım araçlarını bulabilmesinin ve onlardan yararlanabilmesinin ne kadar kolay olduğu hakkındaki görüşünü araştırır.



**Sosyal İlişkiler Alanı (SİA):** Bu bölüm, kişilerin diğer kişilerle kurduğu yakın ilişkilerinden ne ölçüde dostluk, sevgi ve destek beklediklerini, ve kişinin ailesinden aldığı destek, onay ve gündelik yardımları nasıl değerlendirdiğini araştırır. Aynı zamanda bu bölüm kişinin cinsel dürtü ve isteğini kapsar. Cinsel arzusunun uygun biçimde ifade edebilme ve yaşayabilme düzeyi ile ilgilidir.

Bunun dışında sakinlerin yaşadığı huzurevi ile ilgili bilgilerin, sosyodemografik bilgilerin ve sosyal yaşamları ile ilgili özelliklerin, huzurevinde bulunmaktan memnuniyetin, yalnız hissedip hissetmediğinin sorgulandığı soruların bulunduğu bir anket uygulandı. Tıbbi öyküleri ve kullandıkları ilaç sayıları (kaç çeşit ilaç kullandıkları) sorgulandı ve huzurevi kayıtlarından doğrulandı. Günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve instrumental günlük yaşam aktiviteleri (İGYA) Katz'ın GYA ve Lawton'un İGYA ölçekleri ile değerlendirildi (7,8). Depresif belirtilerin belirlenmesine yönelik olarak da Yesevage'in Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin Türkçe çevirisi kullanıldı (9).

SPSS for Windows version 11 istatistik programında yaşam kalitesi alt ölçek puanları ile, saptadığımız diğer değişkenler arası ilişkiyi Pearson korelasyon analizi ile, non parametrik olanların ilişkisini Spearman korelasyon analizi ile araştırdık. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak  $p < 0,05$  kabul edildi. Tüm değişkenlerin yaşam kalitesi üzerine risk faktörü olarak etkisini belirlemek için de adım adım lineer regresyon testi yapıldı.

## BULGULAR

Beş huzurevindeki toplam yatak sayısı 246 idi. Bu kişilerin 181'i dışlama kriterlerine bağlı olarak çalışmaya alınmadı. Gönüllü olmayı kabul ederek çalışmamıza katılan huzurevi sakinlerinin sayısı 69 idi. Sosyodemografik veriler Tablo 1'de sunulmuştur.

Ortalama standardize (420 puan) WHOQOLBREF alt ölçek puanları ve standart sapmaları şöyledir: PSA: 13,28 ( $\pm 2,74$ ), FSA: 12,49 ( $\pm 3,52$ ) SİA: 11,96 ( $\pm 3,32$ ) ÇA: 14,25 ( $\pm 2,23$ )

İstatistiksel olarak anlamlı korelasyon gösteren değişkenlerin WHOQOLBREF alt ölçek puanları ile ilişkisi Tablo 2'de gösterilmiştir.

Temel günlük yaşam aktiviteleri ve instrumental günlük yaşam aktivitelerinin yaşam kalitesi ölçeği alt puanları ile korelasyonunda, GYA ve İGYA skorları, PSA, FSA ve SİA skorları ile anlamlı düzeyde ters yönde korele bulundu. Aynı şekilde, GDÖ skorunun yaşam kalitesi ölçeği alt puanlarının korelasyonu incelendiğinde ise, PSA, FSA ve ÇA skorları ile ters yönde korelasyon bulunmuştur.

Kullanılan günlük ortalama ilaç sayısı ise PSA ve FSA alt ölçek puanları ile istatistiksel olarak anlamlı ters yönde ilişki göstermektedir. Toplam kronik hastalık sayısı Pearson korelasyon testinde, FSA ve PSA alt ölçek puanları ile istatistiksel

**Tablo 1—** Sosyodemografik Özellik

Özellik	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	44	63.8
Erkek	25	36.2
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	9	13.0
Bekar	12	17.4
Dul	48	69.6
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar	3	4.4
İlkokul	13	18.8
Ortaokul	16	23.2
Lise	27	39.1
Yüksek Okul	10	14.5
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>		
Evet	46	66.6
Hayır	23	33.4
<b>Yaş Ortalaması (<math>\pm SS</math>)</b>		
Kadın	77.11 ( $\pm 8.63$ )	
Erkek	76.96 ( $\pm 6.61$ )	
Genel	77.06 ( $\pm 7.91$ )	
<b>Huzurevinde kalış süresi (<math>\pm SS</math>)</b>		
	4.9 yıl ( $\pm 3.6$ )	
<b>Kullanılan ilaç sayısı ortalaması (<math>\pm SS</math>)</b>		
	4.57 ( $\pm 3.85$ )	
<b>Kronik hastalık sayısı ortalaması (<math>\pm SS</math>)</b>		
	3.26 ( $\pm 1.82$ )	

olarak anlamlı ters yönde ilişki göstermektedir. Görme ve işitme kusurunun yaşam kalitesi üzerine herhangi bir etkisi ise saptanamadı.

Yaş, eğitim seviyesi, çocuk sahibi olma ve huzurevinde kalış süresi ile, yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı bir korelasyon bulunamaz iken, sosyoekonomik durumun yaşam kalitesi ölçeğinin FSA ve ÇA skorları ile Spearman korelasyon testinde istatistiksel olarak olumlu yönde bir korelasyon bulundu.

Sakinlere yapılan arkadaş ve akraba ziyaretlerinin yoğunluğu ile yaşam kalitesi ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, FSA, PSA ve SİA ile Spearman korelasyon testinde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir.

Diğer sakinlerle ilişkinin kalitesinin yaşam kalitesi ölçeği puanları ile ilişkisi incelendiğinde tüm alt ölçek puanlarında Spearman korelasyon testinde olumlu yönde kuvvetli bir ilişki gösterilmiştir. Çalışmaya katılan sakinlerin huzurevinde çalışanlar ile ilişkisinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisine bakıldığında ise, Spearman korelasyon testinde yalnızca FSA üzerinde olumlu yönde bir korelasyon bulunmuştur.

Huzurevi içinde ve dışında yapılan aktivitelerin yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde, her ikisinin de ayrı ayrı ÇA, PSA, ve FSA üzerinde olumlu yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır.

**Tablo 2—** Değişkenlerin WHO-QOL- Bref Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları ile Korelasyonları

	FSA	PSA	SİA	ÇA
Temel GYA	-0,552, p<0,001	-0,376, p=0,001	-0,277, p=0,02	a.d.
PKD				
İGYA	-0,538, p<0,001	-0,316, p<0,01	-0,286, p<0,02	a.d.
PKD				
GĐÖ	-0,363, p<0,01	-0,596, p<0,001	a.d.	-0,286, p< 0,02
PKD				
İlaç sayısı	-0,277, p<0,03	-0,279, p= 0,02	a.d.	a.d.
PKD				
hastalık sayısı	0,353, p=0,003	-0,347, p=0,003	a.d.	a.d.
PKD				
Sosyoekonomik durum	0,280, p=0,02	a.d.	a.d.	0,278, p<0,03
SKD				
Ziyaret sıklığı	0,300, p< 0,02	0,264, p< 0,03	0,265, p< 0,03	a.d.
SKD				
Sakinlerle ilişki	0,352, p=0,003	0,443, p<0,001	0,375, p=0,002	0,339, p=0,004
SKD				
Çalışanla ilişki	0,280, p=0,02	a.d.	a.d.	a.d.
SKD				
İç etkinlik	0,308, p=0,01	0,369, p=0,002	a.d.	0,260, p<0,04
SKD				
Dış etkinlik	0,321, p=0,007	0,342, p=0,004	a.d.	0,334, p=0,005
SKD				
Memnuniyet	-0,452, p<0,001	-0,374, p=0,002	-0,270, p<0,03	-0,380, p=0,001
SKD				
Yalnız hissetme	a.d.	0,268, p<0,03	a.d.	a.d.
SKD				

PKD: Pearson korelasyon değeri

SKD: Spearman korelasyon değeri

İstatistiksel anlamlılık : p&lt;0,05

a.d.: istatistiksel olarak anlamlı değil

“Yalnız hissediyor musunuz?” sorusuna verilen hayır yanıtının yaşam kalitesi alt ölçek puanları ile ilişkisine bakıldığında Spearman korelasyon testinde ters yönde anlamlı bir ilişki gösterilmiştir.

“Burada olmaktan memnun musunuz” sorusuna verilen hayır yanıtının yaşam kalitesi alt ölçek puanları ile ilişkisi ise, Spearman korelasyon testinde tüm alt ölçek puanları ile ters ilişki göstermektedir. Sakinlerin dini etkinliklere önem vermesinin yaşam kalitesi alt ölçek puanları ile herhangi bir ilişkisi saptanamamıştır.

Adım adım lineer regresyon testinde FSA bağımlı değişken olarak alındığında ( $r^2= 0,582$ ,  $F(4,64) = 22,293$ ,  $p<0,001$ ), temel günlük yaşam aktiviteleri skoru, “burada olmaktan memnun mu” sorusu, toplam kronik hastalık sayısı ve instrumental günlük yaşam aktiviteleri ile ters yönde ilişkili olduğu gösterildi. PSA bağımlı değişken olarak alındığında

( $r^2=0,484$ ,  $F(3,65) = 20,329$ ,  $p<0,001$ ), geriatrik depresyon ölçeği, sakinlerle ilişki ve “burada olmaktan memnun mu” sorusu ile ilişki gösterildi. ÇA bağımlı değişken olarak alındığında ( $r^2 = 0,272$ ,  $F(3,65) = 8,083$ ,  $p<0,001$ ) “burada olmaktan memnun mu” sorusu, sakinlerle ilişki ve sosyoekonomik durum ile ilişki gösterildi. SİA bağımlı değişken olarak alındığında ise ( $r^2 = 0,177$ ,  $F(2,66) = 7,103$ ,  $p = 0,002$ ), sakinlerle ilişki ve ziyaret yoğunluğu ile ilişki gösterildi.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada depresif belirtiler, günlük yaşam aktivitesizliği, sosyodemografik özellikler, toplam hastalık sayısı, kullanılan günlük ilaç sayısı, ziyaret sıklığı, huzurevindeki etkinlikler, dine bağlılık, yalnız hissetme, huzurevinde bulunmaktan memnuniyet gibi değişkenlerin yaşam kalitesi ile ilişkileri incelendi.



Yaşam kalitesi ölçek puanının ortalaması, genelde yaşam kalitesinin orta seviyede olduğunu göstermekte idi.

Yaşam kalitesinin temel günlük yaşam aktivite düzeyi ve instrumental günlük yaşam aktivite düzeyi ile olan ilişkisinin incelenmesi sonucu, fiziksel sağlık alanı (FSA), psikolojik sağlık alanı (PSA) ve sosyal ilişkiler alanı (SİA) alt ölçeklerinin anlamlı düzeyde etkilendiği gösterildi. Temel ve instrumental günlük yaşam aktivite düzeyleri düştükçe yaşam kalitesinde de düşme görülmekte idi. Günlük yaşam aktivitelerindeki gelişmenin yaşam kalitesi ve moral üzerine doğrudan etkisi olduğu gösterilmiştir (10,11). Edirne'de bir huzurevinde yapılan araştırmada günlük yaşam aktivitelerindeki azalmanın yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi gösterilmiştir (12). Çalışmamızda, regresyon analizi sonucu bu etkinin en fazla FSA üzerinde olduğu gösterildi. Huzurevinde yaşayanların günlük yaşam aktivite düzeyleri ayrıntılı araştırılmalı ve düzenli olarak kontrol edilmelidir. Huzurevi sakinleri için insan kaynaklı (özel bakıcı gibi) ya da araç kaynaklı yardımlar (yürüme cihazları, büyük tuşlu telefon, kolay ayarlanabilir musluk gibi) ile günlük yaşam aktivite düzeyinde artış sağlanacağı düşünülebilir. Çevre alanı (ÇA) alt ölçeğinin temel günlük yaşam aktivite ve instrumental günlük yaşam aktivite düzeyinden etkilenmemesi ise, huzurevlerinin evlere göre daha güvenli, sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılabilir ve başka yerlere ulaşımında daha elverişli yerler olmasından kaynaklanabilir.

Depresyon özellikle huzurevlerinde önemli bir sağlık sorunudur. Huzurevinde yaşayanların hemen hemen yarısı depresyon tanısı alabilmektedir (13). Huzurevi sakinlerinin depresif belirtilerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelediğimizde, FSA, PSA ve ÇA alt ölçek puanlarının depresif belirtiler arttıkça olumsuz yönde etkilendiğini gösterdik. Buna karşın, depresif belirtileri fazla olan huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesinin daha kötü olduğu, sadece depresyon tedavi edildiğinde ise bu kişilerin yaşam kalitesinin düzelmediği bildirilmiştir (14). Regresyon analizinde ise PSA üzerindeki etkinin daha güçlü olduğu gösterilmiştir. Aynı model içinde sakinlerle ilişkinin de bir risk faktörü olarak gösterildiğinden, her iki risk faktörünün birlikte ele alınması ile daha etkin bir sonuç alınabileceğini düşünmekteyiz. Depresyon belirtilerinin fiziksel ve ruhsal sağlığa bakışı bozduğu bunun yanında depresyon sonucu ortaya çıkabilecek sosyal izolasyonun SİA üzerinde olumsuz etkiler ortaya çıkarabileceği beklenen sonuçlar iken, ÇA üzerinde etki etmemesi gene huzurevi ortamının getirdiği güven ile açıklanabilir.

Günlük ortalama ilaç sayısı ve hastalık sayısı toplamı FSA ve PSA üzerine olumsuz etki oluşturmaktadır. Regresyon analizinde ise toplam hastalık sayısının FSA üzerinde daha güçlü etkisi olduğu saptandı. Samsun'da kronik hastalığı bulunan ve alanda yaşayan yaşlılarda, yaşam kalitesi SF36 ile ölçüldüğü

de kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (15). Bizim çalışmada önemli bir eksiklik hastalıkların durumu, yani ne derecede stabil olup olmadıkları konusunda yeterli bilgi toplayamamamızdır. Bizim deneyimimize göre, huzurevlerindeki hastaların var olan hastalıklarının stabil hale gelmesi için ilaç sayısını arttırmamız hastaların işlevselliğini arttırmaktadır. Bizim çalışma grubumuzdaki sakinler muhtemelen kronik hastalıkları kontrol altına alamayan ilaçlar da almakta olabilirler. Kronik hastalıkların stabil hale getirilmesi çalışmamızdaki verilere göre öncelikle fiziksel sağlık alanında yaşam kalitesini düzeltebilir.

Sosyoekonomik durumun iyiliğinin yaşam kalitesini artırıcı etkisi bir çok çalışma ile uyumludur (16-18). Ülkemizde yapılan bir çalışmada sosyoekonomik durumun kötü olmasının yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi olduğu gösterilmiştir (19). Sosyoekonomik durumun FSA ve ÇA (regresyon analizinde ÇA üzerindeki etkinin daha kuvvetli olduğu görülmüştür) üzerindeki olumlu etkisi daha iyi sağlık bakımı alma, huzurevi dışı aktivitelerle daha kolay ulaşılabilme, daha bağımsız davranabilme gibi etkenlere bağlanabilir. Bu nedenle yaşlıların ülkemizde emeklilik gelirlerinin yüksek tutulması ya da düşük gelirli olanların en azından huzurevi ödentilerinin kamu tarafından karşılanmasının yaşam kalitesini arttırabileceği öngörülebilmektedir.

Yaşın yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisini gösteren bir çok çalışma bulunmaktadır (20). Yaşlı kadınların daha düşük yaşam kalitesi olduğu bildirilmiştir (21,22). Avustralya'da yapılan bir çalışmada yaş artışının yaşam kalitesinde azalma ile ilişkisi gösterilmesine karşın, bizim çalışmamızda yaşın yaşam kalitesi ile ilişkisi gösterilememiştir (23).

Çalışmamızda huzurevinde kalma süresinin yaşam kalitesi üzerine herhangi bir etkisi saptanmamıştır. Yeh ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada huzurevinde daha uzun süre kalan yaşlılarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (24). Gülseren ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise huzurevinde kalış süresinin uzamasının yaşam kalitesine olumsuz etki yaptığı bildirilmiştir (19). Ortalama kalış süresinin yeteri kadar uzun olmaması bu farklılığı doğuruyor olabilir.

Sakinlere yapılan ziyaretlerin sıklığı FSA, PSA ve SİA üzerinde olumlu etki yapmaktadır. Benzer bir bulgu haftada bir yapılan ziyaretin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etki olarak Tayvan'da yapılan bir çalışmada elde edilmiştir (25). Aile üyeleri ile iyi ilişkilerin yaşam kalitesini güçlendirdiği de iki çalışmada gösterilmiştir (20,26). Regresyon analizinde özellikle SİA üzerindeki etkinin belirgin olduğu saptanmıştır. Yalnız hissetmenin PSA üzerindeki olumsuz etkisi de gösterilmiştir. Bu verilerin ışığında huzurevine yatırılan kişilerin izolasyonun azaltılması için yönetimin devamlı olarak sakinin dost ve akraba çevresini ziyarete cesaretlendirmesi ve eğitmesi yararlı olacaktır.



Huzurevi içi ve dışı aktivitelerin geliştirilmesi, sayısının artırılması fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevreye bakış açısından yaşam kalitesini arttırabilir. Bolu'daki bir huzurevinde yapılan bir çalışmada, düzenli yürüyüş ve el sanatları ile ilgili aktivitelerin yaşam kalitesi üzerine olumlu etki yaptığı bildirilmiştir (27).

Sakinlerin birbirleri ile olan ilişkilerinin iyiliği doğru orantılı şekilde yaşam kalitesinin tüm alanları ile ilişkilendirildi. Çalışanlar ile olan ilişkinin kötü olması ise fiziksel sağlık alanı ile olumsuz bir ilişki gösterdi. Bu veriler ışığında huzurevi yönetiminin sakinlerin yaşam kalitesini arttırmak için onları kaynaştırmayı, birbirleri ile ilişkilerini üst düzeyde tutmayı sağlamayı ön planda tutması gereklidir. Çalışanlar ve sakinler arası kötü ilişkiler sakinlerin iyi bir sağlık bakımı almalarını engelliyor (ilaçların aksaması, randevuları kaçırmaya gibi) ve bu alanda yaşam kalitesi algısını zayıflatıyor olabilir.

Dinin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisini bildiren bir çalışma bulunmaktadır (20). Bizim çalışmamızda ise bunu destekleyen bir veri bulunmadı. Bundan sonraki çalışmalarda dini yaklaşımları ölçmek için ayrı bir ölçek kullanmak gereklidir.

Yaşamdan memnuniyet ile ilgili tek bir soruya verilen yanıtın yaşam kalitesinin tüm alt ölçek puanları ile ters ilişkisi de ölçeğin sonuçlarını güçlendirmektedir.

Regresyon analizinde dört yaşam kalitesi alanından üçü ile ilişkilendirilen sakinler arası ilişkiler ve huzurevinde bulunmaktan memnuniyet idi. Memnuniyetin sık sorgulanması ve sakinler arası ilişkinin güçlendirilmesi tüm bu yaşam kalitesini etkileyen etkenler içinde üzerinde daha fazla durulmasının yarar sağlayacağı etkenlerdir.

Sonuç olarak, yaşam kalitesi algısı huzurevinde yaşayan yaşlılar için özellikle dikkat edilmesi gereken bir olgudur. Demansı olmayan bu grubun huzurevini seçme nedenleri artık evde bağımsız yaşayamayacak olmalarıdır. Huzurevi yönetimlerine düşen ise, yaşlıların yaşam kalitelerini arttırmak için en yüksek çabayı sarf etmek ve gereken önlemleri almaktır. Bu çalışmadaki verilere dayanarak, depresif belirtiler ile mücadele etmek, temel ve enstrumental günlük yaşam aktivitelerini iyileştirmeye çalışmak, sakinlere etkinlik yapma olanağı sağlamak, izolasyondan kurtarmak, yeterli ve etkin sağlık bakımlarını sağlamanın yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olabileceği söylenebilir.

## KAYNAKLAR

- Vehid S. Ülkemizdeki huzurevlerinin dağılımı ve bu dağılımın düşündürdükleri. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* 2000; 31: 239-244.
- Meeberg GA. Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 1993; 18: 32-38.
- Ferrans CE ve Powers MJ. Psychometric assessment of quality of life index. *Research in Nursing and Health* 1992; 15: 29-38.
- Aller LJ ve Coeling HVE. Quality of life: Its meaning to the long term care resident. *Journal of Gerontological Nursing* 1995; 21(2): 20-25.
- Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(4):273-281.
- Fidaner H, Elbi H, Fidaner C ve ark. WHOQOL100 ve WHOQOL BREF'in psikometrik özellikleri. *3P Dergisi* 1999; 7 (Ek sayı 2): 23-47.
- Katz S, Ford, AB, Maskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL. *JAMA* 1963; 185: 914-919.
- Lawton MP ve Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-186.
- Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin Türk Yaşlı Nüfusunda Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1997; 34(2):62-71.
- Pearson A, Hocking S, Mott S, Riggs A. Quality of care in nursing home: from the resident's perspective. *Journal of Advanced Nursing* 1993; 18(1): 20-24.
- Lin LC, Ou M, Wu SC. Factors influencing morale in long term care. *Kaohsiung Journal of Medicine Science* 1998;14:357-366.
- Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. Edirne huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. *Turk J Geriatrics* 2000; 3(4): 141-145.
- Teresi J, Abrams R, Holmes J, Ramirez M, Eimicke J. Prevalance of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36(12): 613-620.
- Nagatomo I, Nomaguchi M, Matsumoto K. Depression and quality of life in the elderly in a special nursing home. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1993; 47(3):52-59.
- Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Pekşen Y. The prevalance of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. *Turkish Journal of Medical Sciences* 2003; 33: 335-340.
- Jenkins CD, Jono RT, Stanton BA, StroubBenham CA. The measurement of health related quality of life: major dimensions identified by factor analysis. *Social Science and Medicine* 1990; 31: 925-931.
- King RB. Quality of life after stroke. *Stroke* 1996; 27(9): 1467-1472.
- Zhan L. Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing* 1992; 17: 795-800.
- Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A, Vural N. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. *Turk J Geriatrics* 2000; 3(4): 133-140.



20. Oleson M, Heading C, Shadick KM, Bistodeau JA. Quality of life in long stay institutions in England: nurse and resident perceptions. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 20:23-32.
21. Huang LH. A causal model of life satisfaction among the elderly. *Nursing* 1992; 39 (4): 37-47.
22. Lu L ve Chang CJ. Health and satisfaction among the elderly with chronic conditions: demographic differentials. *Kaohsiung Journal of Medicine Science* 1998; 14: 139-149.
23. Hawthorne G ve Osborne R. Population norms and meaningful differences for the Assessment of Quality of Life (AQoL) measure. *Aust N Z J Public Health*. 2005; 29(2):136-142.
24. Yeh SH, Lin LW, Lo SK. A longitudinal evaluation of nursing home care quality in Taiwan. *J Nurs Care Qual* 2003; 18(3):209-216.
25. Tseng SZ ve Wang RH. Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in southern Taiwan. *Public Health Nursing* 2001; 18(5): 304-311.
26. Hinds C. Personal and contextual factors predicting patient's reported quality of life: exploring congruency with Betty Newman's assumptions. *Journal of Advanced Nursing* 1990; 15: 456-462.
27. İnal S, Subaşı F, Mungan Ay S, Uzun S, Alpkaya U, Hayran O, Akarçay V. Yaşlıların fiziksel kapasiteleri ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Türk J Geriatrics* 2003; 6(3):95-99.