

Dr. Şeref GÜLSEREN<sup>1</sup> Dr.  
Hikmet KOÇYİĞİT<sup>2</sup> Dr.  
Almila EROL<sup>1</sup> Dr. Havva  
BAY<sup>2</sup> Dr. Savaş KÜLTÜR<sup>1</sup>  
Dr. Asuman MEMİŞ<sup>2</sup> Dr.  
Nükhet VURAL<sup>3</sup>

## HUZUREVİNDE YAŞAMAKTA OLAN BİR GRUP YAŞLIDA BİLİŞSEL İŞLEVLER, RUHSAL BOZUKLUKLAR, DEPRESİF BELİRTİ DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİ

COGNITIVE FUNCTIONS, MENTAL  
DISORDERS, LEVEL OF DEPRESSIVE  
SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE IN  
ELDERLY RESIDENTS OF A NURSING HOME

### ÖZET

Son yüzyılda ortalama yaşam süresinin uzaması, yaşlılık döneminde karşılaşılan bedensel ve ruhsal sorunların dağılımını değiştirmiştir. Altmış yaşın üzerindeki nüfusun artışı ile başta demans, depresyon gibi ruhsal ve diğer bedensel hastalıkların bir arada görülme olasılığı da artmaktadır. Hastalıklara ek olarak başka etkenlerin katkısı ile yaşlılıkta yaşam kalitesi de bozulabilmektedir. Bu çalışmada huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda, bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesinin kesitsel, kontrollü bir desende araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya bir huzurevinde yaşamakta olan 30 yaşlı ile kontrol grubu olarak kendi evlerinde yaşamakta olan 20 yaşlı alınmıştır. İki grup yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiştir. Örneklem ve kontrol grubuna alınabilmesi için yaşlılarda okuryazar olma, görüşme ve ölçek doldurmayı engelleyecek nitelikte bir sağlık sorununun olmaması ve araştırmaya gönüllü olarak katılması koşulları aranmıştır, iki gruptaki yaşlılara yaşam kalitesi ölçümü için (KF 36: Kısa Form36); psikiyatrik yönden tanınal görüşme için SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV: DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme); bilişsel işlevler için ERFC ve depresif belirti düzeyi için GDÖ (Geriatrik Depresyon Ölçeği) uygulandı. Sosyodemografik açıdan huzurevindeki yaşlılarda toplam çocuk sayısı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük bulundu. Huzurevi grubunda yaşam kalitesi üzerine olumsuz yönden etkili bulunan değişkenler ekonomik durumun kötü olması ve huzurevinde geçen sürenin daha uzun olmasıdır. Sonuç olarak çalışmamızda huzurevi ve kontrol grubundaki yaşlılar arasında psikiyatrik tanı, depresif belirti şiddeti, bilişsel işlev düzeyleri açısından fark bulunmamıştır. İki grubun yaşam kalitesi üzerine etkili olan değişkenlerin farklılıklar gösterdiği saptanmış ve özellikle ekonomik durumu kötü olan ve kalış süresi daha uzun olan huzurevi yaşlılarında yaşam kalitesi açısından dikkatli olunması gerektiği düşünülmüştür.

**Anahtar Sözcükler:** Yaşlılık, Depresyon, Bilişsel işlevler, Ruhsal hastalık, Yaşam kalitesi, Kesitsel, Kontrollü bir çalışma.

### ABSTRACT

The lengthening of the life span in last century is changing the dispersion of physical and psychological problems in the elderly. With the increase of the population over 60, the possibility of coexistence of physical diseases and psychological diseases such as dementia and depression are increased. In addition to these diseases, in the elderly the quality of life may be impaired with other factors. In this cross-sectional and controlled study, it was aimed to investigate the cognitive functions, psychiatric disorders, severity of depressive symptoms and quality of life in a group of elderly living in a nursing home. 30 elderly living in a nursing home and 20 elderly living in the community are included in the study. The nursing home group and control group were matched in terms of age and sex. The participants were all volunteered and shouldn't have been any disability to complete the questionnaires and interview. SF-36, SCID-I, ERFC and GDQ were used to evaluate the quality of life, mental disorders, cognitive functions and level of depression, respectively. From sociodemographic point of view, the total number of children of the elderly living in the nursing home was significantly lower than the control group. The factors affecting the quality of life in the nursing home group were poor economic conditions and long residence. In conclusion, no statistical significance was found between the nursing home and the control group in terms of psychiatric diagnose, severity of depressive symptoms and level of cognitive functions. Variables effecting the life quality of two groups showed difference, so in our opinion, we should especially pay attention to the quality of life of elderly with poor economic conditions and long residence in nursing homes

**Key Words:** Elderly, Depression, Cognitive functions, Mental disorder, Quality of life, Cross-sectional, Controlled study.

Geliş: 04.09.2000

Kabul: 11.12.2000

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, <sup>1</sup>Psikiyatri Kliniği, <sup>2</sup>Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği,  
<sup>3</sup>İzmir SHÇEK Yaşlılar Huzurevi Kurum Hekimi-İZMİR

**İletişim:** Dr. Şeref GÜLSEREN: Atatürk Eğitim ve araştırma Hastanesi. 'Psikiyatri Kliniği, Basın Sitesi-İZMİR  
Tel: (0232) 244 4444/2484 e-mail: seref.gulseren@veezy.com

## GİRİŞ

Son 25-30 yıl içinde enfeksiyon hastalıkları ile mücadele edilmesi, beslenme koşullarının daha iyiye doğru gitmesi ve genel sağlık koşullarının düzelmesi, ortalama yaşam süresini uzatmış ve dolayısıyla bu da dünyada yaşlı nüfusun artışına yol açmıştır. 2010 yılında dünya nüfusunun %7.3'ünün 65 yaşın üzerinde olacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde son sayıma göre 60 yaşın üzerinde olanların genel nüfusa oranı %7.14'tür. Bu oran 65 yaş üstü için %4.28'dir (6). Altmış beş yaş üzerindeki yaşlılar için Avrupa'da bu oran yüzyılın başında %5 iken günümüzde %15 (9); Amerika Birleşik Devletleri'nde yine yüzyılın başı için %4, 2000 yılı için de % 12 olarak bildirilmektedir (18). Yaşlı nüfusun artışına bağlı olarak organik beyin hastalıklarının (başta demans olmak üzere) ve depresyon belirtilerinin görülme olasılığı artmıştır (6).

Yaşlılıkta bedensel sağlık sorunları ile karşılaşma riskinin artmaktadır. Bu nedenle bedensel ve ruhsal hastalıkların tanınması önemlidir, ayrıca yaşlılarla ilgilenen uzmanların sosyal bilimler, sağlık sistemleri, hastalarının ekonomik ve sosyal destek sistemlerinin ne durumda olduğunu bilmeleri gerekebilmektedir. Bu dönemde ölüm, hastalık ve göç gibi nedenlerle psikolojik yönden bir yıkım olabildiği gibi; fiziksel kısıtlılıklar ve arkadaşların kaybı giderek artan izolasyona yol açar. Genellikle ekonomik ve sağlık sorunları nedeni ile evlerini kaybeden yaşlılar kendileri için düzenlenmiş huzurevi ve benzeri yerleri tercih ederler (3,10).

Son on yıl içinde yapılan çalışmalar strese karşı yaşlıların korunmasında sosyal destek sistemlerinin önemini ortaya çıkarmıştır. Özellikle aile desteğinin, ekonomik zorlukları olan yaşlılarda depresif belirtileri azalttığı bulunmuştur. Son dönemde yaşlılıkta kayıpların ve yeti yitiminin artışı ile giderek sosyal yönden geri çekilme olduğu yolundaki görüş değişmektedir. Bu görüş yerini sosyoemosyonel seçicilik kuramına bırakmıştır. Bu kurama göre yaşlılıkta kişinin önceden de daha uzak ilişki kurduğu kişilerle olan sosyal bağlantısı azalırken yakın ilişkiler kurabileceği arkadaş ve akraba ilişkileri ise azalmamakta, stabil olarak sürmektedir (10).

Diğer yandan yaşlı kişiler birçok kayıp yaşamış oldukları için sosyal izolasyona oldukça duyarlıdır. Seksen beş yaş ve üzerindeki yaşlılarda sosyal ilişki temel olarak kendi çocukları ile olmaktadır. Bu grupta diğer akrabalarla olan sosyal ilişkiler giderek azalmaktadır. Bu nedenle, bu yaş grubunda yaşlıların temel olarak bağlantı kurdukları kişiler aileleri, özellikle çocukları olmaktadır (10).

Yaşlılıkta görülen yeti yitimi, bedensel ve ruhsal hastalıklar, ekonomik ve sosyal kayıplar bu döneme ilişkin sorunların ele alınmasında çok yönlü yaklaşımın önemli olduğunu düşündürmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi yaşlılıkta en önemli sosyal destek çekirdek aile gibi görünmektedir. Ancak, yakınlarının kaybı nedeni ile yalnız

yaşayan da huzurevi gibi bir ortamda kalmayı tercih eden yaşlılarda çoklu yaklaşım daha da önem kazanmaktadır.

Bu çalışmada, huzurevinde yaşamakta olan 60 yaş ve üzerindeki bir grup yaşlıda psikiyatrik lamalar, bilişsel işlevler, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesinin kendi evlerinde yaşamakta olan ve örneklem grubu ile yaş ve cinsiyet açısından fark bulunmayan bir kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Örneklem

Araştırmanın Örneklem grubu. Başbakanlık İzmir SHÇEK (Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu) Huzurevi Sürekli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşamakta olan ve 60 yaş ve üzerindeki yaşlılardan oluşturuldu. Gönüllü olarak katılmayı kabul eden 30 yaşlı araştırmada kullanılan ölçekleri tamamlayabildi. Bu grupta 16 (%53) erkek, 14 kadın (%47) bulunmakta idi ve yaş ortalaması  $70.8 \pm 5.9$  olarak bulundu. Huzurevi grubu ile yaş ve cinsiyet açısından fark bulunmayan, kendi evlerinde yaşamakta olan ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 20 yaşlı da kontrol grubu olarak alındı. Kontrol grubunda 11 erkek (%55) ve 9 kadın (%45) yaşlı bulunmakta idi ve bu grubun yaş ortalaması  $69.1 \pm 4.8$  olarak bulundu. Her iki gruba alınabilmesi için yaşlıların okuryazar olmaları ve yapılacak görüşme ve ölçeklerin doldurulmasına engel olacak düzeyde bir ruhsal ya da bedensel bir hastalığın olmaması koşulları arandı. Örneklem grubu araştırmaya alma ölçütleri nedeni ile huzurevinde yaşayan yaşlıları temsil etmediği düşünüldü. Bu durum verilerin genelleştirilmesini güçleştiren bir etmendir.

SHÇEK İzmir Huzurevinde 110 (%56) erkek ve 86 (%44) kadın olmak üzere 196 yaşlı bulunmaktadır. Huzurevinde yaşayan tüm yaşlılar dikkate alındığında yaş ortalaması  $76 \pm 7.5$  'dir. Eğitim durumu açısından %3'ü okuryazar değil, %24'ü okuryazar, %50'si ilköğretim mezunu, %20'si ortaokul ve %3'ü de üniversite mezunu biçiminde bir dağılım göstermektedir. Yaşlıların yaklaşık %25'inin herhangi bir sosyal güvencesi bulunmazken, geri kalanların önemli bölümünün sosyal güvencesi Emekli Sandığı ve SSK olarak dağılmaktadır. Örneklem grubundaki 20 yaşlıda (%67) tedavileri düzenlenmiş ve kontrol altında bedensel hastalık (hipertansiyon, diyabet vb.) mevcuttu. Kontrol grubu bedensel hastalık, eğitim durumu ve sosyoekonomik durum açısından huzurevi grubu ile karşılaştırılabilir özellikte idi. Kontrol grubu sayısal açıdan huzurevinde yaşamayan yaşlı insanları temsil edebilecek düzeyde değildir. Son sayıma göre İzmir ilinin nüfusu yaklaşık 3.610.000'dür. 65 yaş ve üzeri yaşlıların bu nüfus içindeki oranı yaklaşık %10'dur. İzmir ilinde biri kamuya ait olmak üzere 4 adet daha yaşlı huzurevi bulunmaktadır.

## Uygulama

Her iki gruba birinci eksen de ruhsal bozukluk olup olmadığının değerlendirilmesi için iki psikiyatri hekimi (ŞG, AE) tarafından yapılandırılmış klinik görüşme olan SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM -IV; DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme) uygulandı. Bilişsel işlevlerin değerlendirilebilmesi için bir psikolog tarafından (HB) ERFC (Early Recognition of Cognitive Function; Bilişsel işlevlerin erken saptanması) uygulandı. Ayrıca depresif belirti şiddetinin saptanması için Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) ve yaşam kalitesinin değerlendirilebilmesi için Kısa Form 36 (Shot Form-36)'nın tüm yaşlılar tarafından tamamlanması istendi

## Araştırmada kullanılan araçlar

**SCID I:** DSM-IV birinci eksen ruhsal bozukluklarının saptanabilmesi için geliştirilmiştir. Bu konuda deneyimli bir klinisyen tarafından uygulanır. Örneklem ve kontrol grubunda SCID-I'in ayaktan hasta formu kullanılmıştır (5). Bu görüşmenin uygulanması yaklaşık 30 dakika sürmektedir.

**SF-36 (Short Form 36, Kısa Form 36):** Değişikliklilik alanlarında yaşam kalitesinin ölçüldüğü ve birçok dil ve kültürde kullanılmakta olan (2) bu ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir bulunduğu Koçyiğit ve ark. tarafından bildirilmiştir (11). Yaşam kalitesinin değerlendirildiği alanlar şunlardır: fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ağrı, mental sağlık, enerji, rol kısıtlılığı (emos-yonel), rol kısıtlılığı (fiziksel) ve sağlığın genel olarak algılanması. Tüm alt ölçeklerde yüksek puan yaşam kalitesinin daha iyi durumda olduğunu, tersine puan azalması yaşam kalitesinin bozulmakta olduğunu göstermektedir. Hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir ve uygulanması yaklaşık 10-15 dakika sürmektedir.

**ERFC:** Bilişsel işlevlerin hızlı biçimde değerlendirilmesi için geliştirilmiş bir ölçektir. Yönelim, dikkat, bellek, zihinsel işlem, yargılama, anlama, tanımlama, tekrarlama, sözel akıcılık, beceri, yazı gibi alt ölçeklerden oluşur. Temel olarak bilişsel işlev bozukluğunun düzeyinin belirlenmesi, zaman içinde bu bozukluğun seyrinin takip edilmesi ve uygulanan sağaltımın değerlendirilmesi konularında yardımcıdır. Tanı koyucu bir test değildir. Değerlendirmesinde düşük puanlar bilişsel işlev bozukluğunun daha fazla olduğunu gösterir. Buna göre 0-12 puan "çok defisit", 13-25 puan "defisit", 26-37 puan "vasat", 38-50 puan "iyi" olarak değerlendirilir. ERFC'nin uygulanması yaklaşık 20 dakika sürmektedir.

**Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ):** Bu ölçek Yesa-vage ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Ertan ve ark. (7) tarafından Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Kendini bildirim türü bir ölçek olup 30 maddeden oluşmakta ve soruların evet/hayır biçiminde

yanıtlanması istenmektedir. Puanın yüksek olması depresif belirti düzeyinin yüksek olması anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonunda depresyon için risk oluşturabilecek herhangi bir kesme noktası bildirilmemiştir. Bu nedenle çalışmamızda GDÖ puanları ile diğer değişkenler arasında karşılaştırma yapılmış ya da ilişki bulunup bulunmadığı araştırılmıştır. GDÖ'nin uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürmektedir.

## İstatistiksel yöntem

Rlde edilen verilerin istatistiksel yönden değerlendirilmesinde, sayısal nitelikteki değişkenlerin karşılaştırılmasında Student's t testi; sayısal olmayan değişkenlerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi uygulandı. Sayısal nitelikteki değişkenler arası ilişkinin yönü ve düzeyinin değerlendirilmesi amacı ile de korelasyon analizi uygulandı. İşlemler, SPSS (Statistical Package for Social Science) v.5.0.1 paket programı kullanılarak gerçekleştirildi.

## BULGULAR

### Sosyodemografik özellikler

Huzurevi yaşlı ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Huzurevi ve kontrol gruplarının bazı sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler Tablo 1'de istatistiksel yönden karşılaştırılarak gösterilmiştir. Toplam çocuk sayısı açısından çalışmamızda elde edilen sonuçlar, Kurtoğlu ve Rezaki' nin çalışmasında (13) elde ettikleri sonuçlara yakın bulunmuştur. Tablo gözden geçirildiğinde iki grup arasında medeni durum, kız çocuk sayısı, erkek çocuk sayısı ve toplam çocuk sayısı bakımından istatistiksel yönden anlamlı düzeyde fark bulunduğu saptanmıştır. Medeni durum açısından farkın kontrol grubunda evlilerin sayısının huzurevi grubundan fazla oluşundan; kız, erkek ve toplam çocuk sayısındaki farkın ise huzurevi grubunda hiç çocuğu olmayanların sayısının kontrol grubundan daha fazla olmasından kaynaklandığı saptandı.

Tablo 2'de huzurevi ve kontrol grubunun bazı alışkanlık, y akınları ile görüşme, bedensel hastalık ve imkanı olsa nerede yaşamayı seçeceği gibi konularda elde edilen bulgular gösterilmiştir. Buna göre iki grup arasında istatistiksel yönden anlamlı düzeyde farklılık görülen durumun, kontrol grubunda olanların yaşamak için kendi evlerini tercih etmelerinin huzurevi grubuna göre daha fazla olmasından kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo 3'de yalnızca huzurevinde yaşayan gruba ait huzurevinden memnun olma ve odada kaç kişi bulunduğu konusundaki bulgular gösterilmiştir. Buna göre huzurevi grubunda bulunanların 3/4'ünden fazlasının huzurevinde bulunmaktan memnun olduğu; yaklaşık 2/3'ünün odada 2. bir kişi ile yaşamakta olduğu saptanmıştır.

Tablo-1: Huzurevi ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri

		Huzurevi grubu	Kontrol grubu	İstatistiksel anlamlılık	
Eğitim	Okuryazar	7	3	$\chi^2=2.6$	p=0.76
	İlkokul	13	11		
	Ortaokul	5	1		
	Lise	2	2		
	Yüksek	3	3		
Medeni durum	Bekar	4	0	$\chi^2=17.6$	p=0.001*
	Evli	5	15		
	Dul	15	4		
	Boşanmış/ayrı yaşıyor	6	1		
Meslek	Ev kadını	8	5	$\chi^2=6.5$	p=0.26
	İşçi	2	0		
	Memur	6	8		
	Serbest	8	6		
	Çiftçi	1	1		
	Diğer	5	0		
Ekonomik durum	Alt	11	3	$\chi^2=3.7$	p=0.15
	Orta	16	16		
	Üst	3	1		
Sosyal güvence	Var	24	18	$\chi^2=0.9$	p=0.3
	Yok	6	2		
Önceden oturduğu yer	Kent	25	19	$\chi^2=1.7$	p=0.43
	İlçe/kasaba	4	1		
	Köy	1	0		
Kız çocuk sayısı	Yok	15	1	$\chi^2=11.2$	p=0.004*
	1-2	10	12		
	3 ve daha fazla	5	7		
Erkek çocuk sayısı	Yok	12	4	$\chi^2=6.4$	p=0.04*
	1-2	14	16		
	3 ve daha fazla	4	0		
Toplam çocuk sayısı	Yok	9	0	$\chi^2=9.4$	p=0.009*
	1-2	7	11		
	3 ve daha fazla	14	9		

Bilişsel işlevlerin değerlendirildiği ERFC alt ölçekleri ve toplam puan, depresif" belirti şiddetinin değerlendirildiği GDÖ ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği SF-36 alt ölçekleri bakımından iki grup arasında istatistiksel yönden farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4'de huzurevi grubundaki yaşlıların istatistiksel yönden anlamlı düzeyde ilişki bulunan bazı sosyodemografik ve klinik özellikleri gösterilmiştir. Yaşın artışı ile depresif belirti düzeyinin artma, yönelim puanı ve görsel tanıma puanının ise düşme eğilimi gösterdiği görülmüştür. Eğitim düzeyi ile birçok bilişsel işlev arasında pozitif yönde korelasyon olduğu görülmüştür. Ekonomik durum ile sosyal fonksiyon ve mental sağlık puanı gibi iki yaşam kalitesi alanı arasında pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır. Yaşam kalitesinin rol ve mental sağlık puanı ile huzurevinde geçen süre arasında ise negatif yönde korelasyon saptandı. Odada kalan kişi sayısı ile ERFC yönelim puanı arasında yine negatif yönde bir korelasyon olduğu görüldü.

Tablo 5'de huzurevi grubundaki yaşlıların istatistiksel yönden anlamlı düzeyde ilişki bulunan bazı sosyodemografik özellikleri ve klinik özellikleri gösterilmiştir. Yaş

ile SF-36 rol puanı arasında pozitif yönde korelasyon bulundu. Eğitim durumu ile GDÖ negatif, ERFC'nin birçok alt ölçeği ve SF-36 enerji puanı arasında pozitif yönde korelasyon olduğu saptandı. Ekonomik durum ile GDÖ arasındaki korelasyonun ise negatif yönde olduğu saptandı.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, huzurevi ve kendi evlerinde yaşayan yaşlılar kesitsel olarak depresif belirti düzeyi, bilişsel işlevler, birinci eksende psikiyatrik tanılar ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılmıştır.

Sosyodemografik açıdan diğer değişkenlerden elde edilecek verilerin değerlendirilmesinde olası etkilerinin ortadan kaldırılması açısından iki grup yaş ve cinsiyet açısından eşleştirildi. Bunun dışında eğitim, meslek dağılımı, sosyal güvence, önceden yaşadığı yer, ekonomik durum gibi değişkenler açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Cinsiyet açısından huzurevi grubunda kadın ve erkek yaşlıların oranı yaklaşık olarak eşit idi. Bu bulgumuz Esengen ve ark. nın çalışmasındaki orana oldukça yakındı (8). Ülkemizde yapılan bir epidemiyolojik çalışma-

Tablo-2: Huzurevi ve kontrol gruplarının alışkanlık, yakınları ile görüşme ve bedensel sağlık özellikleri

		Huzurevi grubu	Kontrol grubu	İstatistiksel anlamlılık	
Alışkanlıklar	Yok	20	15	$\chi^2=4.6$	p=0.09
	Sigara	10	3		
	Diğer	0	2		
Boş zaman etkinlikleri	Yeterli	21	16	$\chi^2=1.55$	p=0.46
	Orta düzeyde	7	4		
	Yetersiz	2	0		
Dinsel uğraşlara zaman ayırabilme	Yeterli	11	10	$\chi^2=5.7$	p=0.06
	Orta düzeyde	5	7		
	Yetersiz	14	3		
Akrabalarla yüz yüze görüşme sıklığı	Hiç	5	1	$\chi^2=4.7$	p=0.3
	Her gün	1	2		
	Haftada bir	6	8		
	Ayda bir	12	5		
	Ayda birden az	6	4		
Akrabalarla telefonla görüşme sıklığı	Hiç	9	1	$\chi^2=7.6$	p=0.1
	Her gün	4	7		
	Haftada bir-iki	9	5		
	Ayda bir-iki	7	7		
	Daha seyrek	1	0		
Bedensel hastalık	Yok	10	8	$\chi^2=0.23$	p=0.4
	Var 20	12			
İmkani olsaydı yaşamak için nereyi seçerdi?	Kendi evi	14	20	$\chi^2=15.7$	p=0.001*
	Çocuklarının yanı	1	0		
	Huzurevi	15	0		

Tablo-3: Huzurevi grubuna özgü özellikler

		sayı	Yüzde
Huzurevinden memnun olma	Memnun	26	87
	Memnun değil	4	13
Odada kaç kişi kaldığı	1 kişi	5	16
	2 kişi	19	64
	3 kişi	6	20
	4 kişi	6	20

Tablo-4: Huzurevi grubunda aralarında anlamlı düzeyde ilişki bulunan bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerle

İlişkili bulunan sosyodemografik değişken	Diğer değişken(ler)	İlişkinin düzeyi	
		R	P
Yaş	Geriyatrik Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	0.46	0.01
	ERFC-yönelim puanı	-0.4	0.03
	ERFC-görsel tanıma	-0.44	0.015
Eğitim durumu	ERFC-yönelim puanı	0.48	0.03
	ERFC-yakın bellek	0.41	0.026
	ERFC-zihinsel işlevler	0.61	0.001
	ERFC-sözcük akışı	0.5	0.004
	ERFC-yazı	0.6	0.001
	ERFC-toplam	0.6	0.001
Ekonomik durum	SF36-sosyal fonksiyon puanı	0.4	0.03
	SF36 mental sağlık puanı	0.37	0.04
Huzurevinde geçen süre	SF36 rol (emosyonel) puanı	-0.5	0.004
	SF36 mental sağlık puanı	-0.36	0.047
Odada kaç kişi kaldığı	ERFC yönelim puanı	-0.37	0.047

Tablo-5: Kontrol grubunda aralarında anlamlı düzeyde ilişki bulunan bazı sosyodemografik ve klinik özellikler

İlişkili bulunan değişken	Diğer değişken(ler)	İlişkinin düzeyi	
		R	P
Yaş Eğitim durumu	SF-36 rol (emosyonel) puanı	0.5	0.028
	Geriyatrik Depresyon Ölçeği puanı	-0.5	0.023
	SF-36 enerji puanı	0.5	0.029
	ERFC-yönelim puanı	0.66	0.002
	ERFC-dikkat puanı	0.54	0.014
	ERFC-zihinsel işleyiş	0.63	0.003
	ERFC-praksis puanı	0.6	0.009
	ERFC-görsel tanıma	0.61	0.04
	ERFC-yazı puanı	0.6	0.006
Ekonomik durum	ERFC-toplam puanı	0.7	0.001
	Geriyatrik Depresyon Ölçeği puanı	-0.53	0.017

da ise Arslan ve ark., huzurevlerinde yaşayan erkek yaşlı oranının %61.5 olduğunu bildirmişlerdir (1). Çalışmamızda yaşlı sayısının görece düşük olması ve araştırmanın deseni cinsiyet açısından genelleştirme yapılabilmesini engellemektedir. Eğilim durumu açısından çalışmamızda ilkokul mezunu olanlar çoğunluğu oluşturmaktadır. Arslan ve ark.'nın çalışmasında ise okuryazar olmayanlar en yüksek oranda bildirilmiştir. Bu çalışmanın epidemiyolojik nitelikte olması ve çalışmamızda görüşme ve ölçek doldurması için yaşlılarda en az okuryazar olma koşulunun aranmış olması, iki çalışmada elde edilen bulguların farklı olmasına yol açmış olabilir.

Medeni durum, kız çocuk, erkek çocuk ve toplam çocuk sayısı bakımından iki grup arasında farklılıklar saptandı. Daha çok aile yapısı ile ilişkili bu değişkenler gözden geçirildiğinde huzurevi yaşlı grubunun diğer gruba göre daha fazla oranda dul olması, ve kız, erkek ve toplam çocuk sayısının da daha düşük olması belirgin özellikler olarak göze çarpmaktadır. Diğer sosyodemografik özellikler içinde aile yapısının ön plana çıkması huzurevi grubunun huzurevini seçmesinde aile yapısının ya da sosyal destek sisteminin önemli olduğunu düşündürmüştür. Kurtoğlu ve Rezaki, huzurevinde yaşayan yaşlılarda medeni durum açısından yaklaşık %'ünün; Mamurekli ve ark. ise yarısının dul olduğunu bildirmişlerdir (13,14). Ülkemiz dışında ise bildirilen oranlar dul olanların oranının  $\frac{3}{4}$  olduğu yolundadır (17). Çalışmamızda sıklık açısından bu çalışmalarla uyumlu olacak şekilde en sık olarak "dul" grubu yer almıştır. Bu bulgularla, dul olmanın ve çocuk sahibi olmamanın huzurevine başvuruda önemli role sahip sosyodemografik etkenler olduğu ileri sürülebilir.

Dinsel uğraşlara ayrılan zaman gözden geçirildiğinde iki grup arasında anlamlı düzeyde fark olmamakla birlikte, huzurevi grubundaki yaşlıların çoğunlukla dini uğraşlar için ayırdıkları zamanın yetersiz olduğunu belirttikleri saptanmıştır. Bu durum huzurevi koşullarından kaynaklanmış ola-

bilir. Araştırmamızda dinsel uğraş ile depresyon arasında ilişki araştırılmamış olmakla birlikte, Koenig ve ark.'nın dinsel uğraşlarla ilgilenen depresif yaşlılarda izleme döneminde depresyon şiddetinin azalmış olduğunu belirtmeleri kültürümüzde ve huzurevindeki yaşlılarda bu yöndeki bağlantının doğasının gözden geçirilmesinin yararlı olabileceğini düşündürmüştür (12).

İki grubun bazı alışkanlıklar, bedensel hastalıklar ve yakınları ile görüşme sıklığı açısından bakıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. İki grup arasında anlamlı düzeyde fark bulunan tek özellik kontrol grubunun tamamının yeniden tercih etmeleri gerekse idi yine evlerini seçeceklerini bildirmiş olmaları idi. Burada, huzurevi grubu ise kendi evi ve huzurevi olmak üzere eşit ölçüde tercih belirtmişlerdir yani huzurevi grubunun yarısı halen yaşamakta oldukları yerin yeniden seçimi konusunda isteksiz görünmektedir. Gerek huzurevi gerekse kontrol grubunda tercihleri konusunda elde edilen bu sonuçlar denek sayısının az olması nedeni ile genelleştirilmemelidir. Ancak, tercihin belirlenmesi üzerine etki eden etmenlerin araştırılması özellikle huzurevi grubunun isteksiz görünen kısmının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi açısından önem taşımaktadır.

Huzurevi grubundaki yaşlılar için huzurevine ilişkin özellikler gözden geçirildiğinde yaşlıların çoğunun huzurevinde bulunmaktan memnun oldukları görülmektedir. Huzurevi yaşlıları daha çok iki kişilik odalarda kalan gruptan oluşmaktadır. Huzurevi grubundaki yaşlıların hemen hemen tamamının memnun olduklarını bildirmeleri, memnun olmayan grupla farklı olan özelliklerin istatistiksel olarak karşılaştırılmasına engel olmuştur. Bu bulgunun çalışmanın yapıldığı huzurevine ait bir özellik mi olduğu yoksa genel olarak huzurevi yaşlı grubunu mu temsil ettiği konusunun daha çok sayıda yaşlının katılacağı çalışmalarda değerlendirilmesinin yararlı olacağı düşünülmüştür. Huzurevi yaşlılarının yeniden tercih etmeleri durumunda huzurevini yaklaşık yarısının istememesi ve diğer yandan çoğun-

luğunun huzurevinde yaşamaktan memnun olduklarını belirtmeleri çelişkili gibi görünmektedir. Ancak, her iki konunun birbirinden farklı yanları vardır. Her iki konuda yaşlıların tercihlerini belirleyen etmenlerin ayrıntılı olarak incelenmesi bu çelişkili gibi görünen durumun aydınlanmasını sağlayabilir.

Arslan ve ark., yaşlılıkta yaşam kalitesinin değerlendirilmesini gözden geçirdikleri çalışmalarında, yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğunu ve fiziksel, sosyal, psikolojik ve somatik duyu gibi farklı ölçümleri kapsamı gerektiğini belirtmişlerdir (1). Çalışmamızda huzurevinde yaşayan yaşlı grubunda ekonomik durumun iyileşmesi ile sosyal ve ruhsal yönden iyilik halinin birbirine paralel olduğu; oysa huzurevinde geçen sürenin artışı ile emosyonel yönden kötüleşmenin olduğu görülmüştür. Bu durum, huzurevinde yaşlının kalış süresinin artması ile emosyonel yönden yaşam kalitesinin yakından izlenmesinin yararlı olacağını düşündürmüştür. Özel olarak huzurevinde kalan yaşlıların ekonomik durumlarının kötü olması ve kalış sürelerinin artması yaşam kalitesinin bazı alanlarda bozulmaya yol açabilmektedir.

Araştırmada ele alınan klinik özellikler ile sosyodemografik özellikler arasında ilişki gözden geçirildiğinde huzurevi grubu ile kontrol grubu arasında benzerlik ve farklılıklar göze çarpmaktadır. Ortak özelliklerden biri her iki grupta da eğitim düzeyinin artması ile bilişsel işlevlerin daha iyi durumda olmasıdır. Bir grup demanslı hastada depresyonun varlığının psikometrik ölçümler üzerine olan etkisinin araştırıldığı bir çalışmada Rubin ve ark., psikometrik testlerin tek başına demansı depresyondan ayırt etmede yeterli olmayabileceğini ve klinik değerlendirmenin önemli olduğunu vurgulamışlardır (18). Araştırmaya alma ölçütümüzün de belirleyici olması nedeni ile çalışmamızda belirgin demansı olan hasta bulunmamaktadır. Bu nedenle elde edilen depresif belirti şiddeti ve bilişsel işlev bulgularımızın her iki gruba ait özelliklerin demanstan bağımsız olarak saptanmış olduğunu düşünmekteyiz.

Huzurevinde ruhsal hastalıkların araştırıldığı bir çalışmada Tariot ve ark. (20), sıklık sırasına göre şu hastalıkların bulunduğunu bildirmişlerdir: Demans (%40), organik mental bozukluk (%24), Affektif bozukluk (%7), psikozlar (%17). Rovner ve ark. da çalışmalarında benzer oranlar bildirmişlerdir (17). Çalışmamızda huzurevi yaşlılarında elde edilen tanıları ise şu şekildedir; depresif bozukluk %6.7, uyum bozukluğu %6.7 ve anksiyete bozukluğu %3.3. Kontrol grubunda da tanı dağılımı demans %5. ve depresyon %5 şeklindedir. Yukarıda söz edilen çalışmada demans ve organik mental bozukluklar çalışmamızda elde edilen oranlardan oldukça yüksektir. Bu bulgular çalışmaya alma ölçütleri nedeni ile huzurevi popülasyonunu temsil etmeyebilir, olasılıkla demanslı yaşlı oranı elde ettiğimizden daha yüksek bulunacaktır. Ancak, sonuçlarımız ele alınan iki grup arasın-

da fark olmadığını ve yaklaşım konusunda göz önüne alınması gerekebilecek ruhsal hastalıkların türü konusunda bir fikir verebilir. Bu sonuçların daha geniş sayıda yaşlı ile değerlendirilmesi yararlı olacaktır.

Çalışmamızda huzurevi ve kontrol grubu arasında depresif belirti düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer desende yapılmış bir çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlılarda evlerinde yaşayan yaşlılara göre depresif belirti şiddetinin daha düşük düzeyde; yaşam kalitesi düzeyinin ise daha kötü durumda olduğu bildirilmiştir. Huzurevindeki yaşlılarda depresyonun sağaltımı yapılsa da yaşam kalitesinin düzelmeyeceği; düzelmenin yalnızca depresyonun düzelmesine bağlı olmadığı bildirilmiştir (15). Çalışmamızda her iki grubun kendi içinde depresyon düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak, yaşam kalitesinin huzurevi yaşlılarında daha kötü durumda olması ve depresyonun sağaltımı ile yaşam kalitesinin düzelmemesi yolunda bildirilen bu bulgu, yaşam kalitesi araştırmasının çok yönlü bir kavram olarak ele alınması gerektiğini düşündürmektedir. Nitekim, çalışmamızda yaşam kalitesi ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunan değişkenleri depresyon dışındadır (Yaş, eğitim durumu ve huzurevinde geçen süre gibi).

Gerek huzurevi gerekse kontrol grubunda depresif belirti şiddeti ile bilişsel işlevler arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Yaşlılıkta emosyonlarla bellek arasındaki ilişkiyi araştırdıkları bir çalışmada Deptula ve ark., depresyon ve anksiyete düzeylerinin artması ile bellek işlevinde bozulmanın saptandığını (4); Plotkin ve ark. ise depresyonun sağaltımı ile özne bellek yakınmalarında anlamlı düzeyde düzelmeye olduğunu bildirmişlerdir (16). Sonuçlarımızın bu bulgulardan farklı olması, gerek depresyon gerekse bilişsel işlevlerin bu çalışmada kullanılanlardan farklı ölçeklerle değerlendirilmiş olması gibi yöntem farklılıklarından kaynaklanmış olabilir. Diğer yandan Rubin ve ark. nın belirttikleri gibi tek başına psikometrik incelemelerin demansı depresyondan ayırt etmeye yetmeyeceği yolundaki önerileri dikkate alındığında konunun halen tartışılmalı yanlarının olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak çalışmamızda huzurevi ve kontrol grubundaki yaşlılar arasında depresif belirti şiddeti, psikiyatrik tanı ve bilişsel işlev alanlarında bir fark olmadığı saptanmıştır. Ancak, huzurevi yaşlılarının tercihlerinde dul olmaları ve çocuk sahibi olmamanın oldukça önemli etkenler olduğu düşünüldü. Diğer yandan huzurevindeki yaşlıların ekonomik durumunun kötü olması ve huzurevinde geçirdikleri sürenin artışı ile yaşam kalitesinin bozulma eğilimi gösterdiği belirlenmiştir. Bu bilgilerimiz sosyal ve ekonomik desteği olmayan yaşlıların huzurevinde kalmayı tercih etme durumunda kaldıkları ve bunu sürdürdükleri; bu sürecin uzamasının da yaşam kalitesini bozduğu söylenebilir. Araştırmaya alma ölçütleri nedeni ile huzurevi grubunun tüm

huzurevi popülasyonunu temsil edememiş olması bu araştırmanın önemli kısıtlılıklarındandır. Bu kısıtlılık elde edilen verilerin birçoğunun yorumlanmasını güçleştirmektedir. Diğer yandan yaşlılıkta sağlık durumunun ele alınmasında çok yönlü yaklaşım önemlidir. Steiner ve ark., depresyon, yaşam kalitesi, kişiler arası yakınlık duygusu ve sosyal destek alanlarında sağlık durumunun birlikte değerlendirilmesinin yararlı olduğunu belirtmişlerdir (19). Yukarıda belirtilen kısıtlılıklar ve çok yönlü yaklaşım önerileri dikkate alındığında daha fazla sayıda yaşlı ile ve kontrollü çalışmalarla konunun gözden geçirilmesi yararlı olacaktır. Araştırmamızın çok yönlü yaklaşıma bir model oluşturma açısından başlangıç niteliğinde bir çalışma olduğu düşünülebilir.

#### KAYNAKLAR

1. Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y: Yaşlılarda özürüllüğün değerlendirilmesine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışma. *Geriatry*, 1999; 3: 103-114.
2. Aydemir Ö: Konsültasyon-Liyazon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36). *3P Dergisi*, 1999; 7 Ek sayı 2, s. 14-22.
3. Carabellese C, Appolonio I, Rozzini R, Bianchetti A, Frisoni GB, Frattola L, Trabucchi M: Sensory impairment and quality of life in a community elderly population. *J Am Geriatr Soc*; 1993; 41(4):401-407.
4. Deptula D, Singh R, Pomara N; Aging, emotional states, and memory. *Am J Psychiatry*; 1993; 150(3):429-434.
5. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1999.
6. Eker E: Yaşlılık Psikiyatrisi. Güleç C, Köroğlu E (Ed.): *Psikiyatry Temel Kitabı*, Hekimler Yayın Birliği. Ankara, 1998; 2:1263-1290.
7. Ertan T, Eker E, Şar V; Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Türk Yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatry Arşivi*, 1997, 33(2):62-71.
8. Esengen Ş, Seçkin Ü, Borinan P, Bodur H, Gökçe-Kutsal Y, Yücel M; Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. *Geriatry* 2000; 3(1):6-10.
9. Geleler M, Gath D, Mayon R: *Psychiatry of elderly*. Gelder M, Gath D, Mayon R(Ed.): *Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford Medical Publications, Oxford, 1989: 596-623.
10. Jarvik LF, Small GW: *Geriatric Psychiatry; Introduction and overview*. Kaplan HI, Sadoek BJ (Ed.): *Textbook of Psychiatry*. Williams&Wilkins, Baltimore, 1995; 2:2507-2513.
11. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A: Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 1 2(2): 102-1 06.
12. Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, Pieper C, Meador KG, Shelp F, Goli V, Di Pasquale B: Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill man. *Am J Psychiatry* 1992; 149:1693-1700.
13. Kurtoğlu D, Rezaki SM. Huzurevindeki yaşlılarda depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatry Dergisi*, 1999; 10(3):173-179.
14. Mamurekli EK, Dinç G, Özcan C; Manisa İsmail Cider Huzurevinde kalan yaşlıların sosyodemografik, sağlık, demans ve depresyon durumları. *İzmir Atatürk Eğilim hastanesi Dergisi*, 1998;36(3):63-69.
15. 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):525-529.
16. Plotkin DA, Mintz J, Jarvik LF; Subjective memory complaints ingeriatrie depression, *Am J Psychiatry*, 1985; 142:1 103-1105.
17. Rovner BW, Kafonek S, Filipp E, Lucas M,T, Folstein MF; Prevalence of mental illness in a community nursing home. *Am J Psychiatry*, 1986; 143:1446-1449.
18. Rubin HR, Kinscherf DA, Grant EA, Storandt M; The influence of majör depression on clinical and psychometric assessment of senile dementia of the Alzheimer Type. *Am J Psychiatry*, 1991; 148(9): 1 164-1171.
19. Steiner A, Raube K, Stuck AE, Aronow HU, Draper D, Ruhenstein LZ, Beck JC; Measuring psychosocial aspects of well-being in older community residents: performance of four short seales. *Gerontologist*, 1996; 36(11):54-62.
20. Tariot PN, Podgorski CA, Blazina L, Leibovici A: Mental disorders in the nursing home: another perspective. *Am J Psychiatry*, 1993; 150(7):1063-1069.