

DOI: 10.4274/tod.69875



## Yaşlı Bireylerde Sosyodemografik Özellikler ve Kognitif Fonksiyonların Yaşam Kalitesine Etkisi

*The Effect of Sociodemographic Characteristics and Cognitive Functions on Quality of Life in Elderly Individuals*

Şule Şahin Onat

Ankara Fizik Tedavi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmada yaşlı bireylerde sosyodemografik özellikler ve kognitif fonksiyonlardaki değişimin yaşam kalitesine etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Altmış beş yaş ve üzeri toplam 174 birey alındı. Sosyodemografik verileri, eşlik eden hastalıkları, kronik kullandıkları ilaçlar, sigara içim durumu kaydedildi. Kognitif fonksiyonlar Standardize Mini Mental Test (SMMT) ile değerlendirildi. Yaşam kalitesi SF-36 yaşam kalitesi (YK) ölçeği ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Olguların yaş ortalaması 72,35±6,55 yıl idi. Olguların 104'ü (%59,8) 65-74 yaş arası, 70'i (%40,2) 75-88 yaş arasında bulunmaktaydı. 65-74 yaş arası bireylerin SF 36 YK alt gruplarından fiziksel skor ve mental skor ortalamalarının 75-88 yaş arası bireylerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi ( $p<0,05$ ). 65-74 yaş arası bireylerin SMMT ortalamalarının 75-88 yaş arası bireylerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi ( $p<0,05$ ). Cinsiyet, meslek ve sigara kullanımı SF-36 YK ölçeğinin hem fiziksel hem de mental skorunu etkilememekte, gelir durumu fiziksel skor, medeni durum ve eğitim durumu sadece mental skoru etkilemekteydi. Kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısı sadece mental skoru etkilememekte fiziksel skoru etkilememekteydi. Yaş ile kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısı, SMMT puanı arasında doğrusal bir ilişki bulundu ( $p<0,001$ ).

**Sonuç:** Yaşlı popülasyonda ileri yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu ve kötü bilişsel düzeyin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, cinsiyet, meslek, sigara kullanımının yaşam kalitesine etkili olmadığı gösterildi. (Türk Osteoporoz Dergisi 2013;19: 69-73)

**Anahtar kelimeler:** Yaşlı, sosyodemografik özellikler, kognitif fonksiyonlar, yaşam kalitesi

### Summary

**Objective:** In this study, the aim is to investigate the effect of socio-demographic characteristics and the change of cognitive functions to quality of life in elderly individuals.

**Materials and Methods:** A total of 174 individuals (65 years and over) were included. Socio-demographic data, comorbidities, used chronic drugs and smoking were recorded. Cognitive functions were evaluated with Standardized Mini Mental State Examination (MMSE). Quality of life was evaluated with the SF-36 quality of life scale (SF-36 QOL).

**Results:** The average age of patients was about 72.35±6.55. 104 (59.8%) of individuals were age from 65 to 74, and 70 (40.2%) of individuals were from 75 to 88. The mean of SF-36 QOL sub-groups physical and mental score of the individuals who are aged from 65 to 74 were found to be significantly higher than that of the mean SF-36 QOL sub-groups physical and mental score of the individuals who are aged from 74 to 88 ( $p<0.05$ ). The mean MMSE of the individuals who are aged from 75 to 88 were found significantly higher than the mean MMSE of the individuals who are aged from 65 to 74 ( $p<0.05$ ). Sex, occupation and smoking affected not only the physical scores but also the mental score, income status affected the physical scores, marital status and education level affected only the mental score. The numbers of used drugs and chronic illness affected only mental scores, did not affect physical score. In addition, a linear relationship was also found between the number of comorbid disease and used drugs, MMSE and age ( $p<0.001$ ).

**Conclusion:** Advanced age, marital status, education level, income level, and poor cognitive level affected negatively the quality of life of elderly population. On the other hand, sex, occupation, smoking were not found to be affecting the quality of life. (Turkish Journal of Osteoporosis 2013;19: 69-73)

**Key words:** Elderly, sociodemographic characteristics, cognitive functions, quality of life

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Şule Şahin Onat, Ankara Fizik Tedavi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye  
**GSM:** +90 505 313 68 48 **E-posta:** sahinulester@gmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 20.07.2013 **Kabul Tarihi/Accepted:** 07.11.2013

*Türk Osteoporoz Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır. / Turkish Journal of Osteoporosis, published by Galenos Publishing.*

## Giriş

Dünyada birçok durumda olduğu gibi, sağlık sorunlarında da bir değişim süreci yaşanmaktadır. Yaşlı popülasyonun giderek artması sonucunda yaşlılarda yaşam kalitesinin artırılması sağlık alanındaki önemli hedeflerden birisi haline gelmiştir. Yaşam kalitesi birçok değişkene bağlı karmaşık bir kavramdır (1). Yaşlılıkta cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, meslek özellikleri, komorbid hastalıklar ve kullanılan ilaçların çokluğu, bilişsel fonksiyonların giderek bozulması sağlık hizmetlerinin ve tedavi seçeneklerinin uygulanmasında birçok olumsuzluklara neden olmakta ve bireyin yaşam kalitesinin düşmesine yol açmaktadır. Yaşlı bireylerin kentsel ve kırsal iki farklı bölgede yaşamaları eğitim durumu, gelir durumu ve sağlık güvenceleri gibi sosyoekonomik özellikler açısından farklılıklar oluşturmaktadır. Çünkü yaşlılık algısı kültürel değerlerden önemli ölçüde etkilenen bir faktördür (2). Günümüze kadar yapılmış çalışmalarda yaşlı bireylerin kentsel ve kırsal birtakım özellikleri ve yaşam kaliteleri irdelenmiştir (3-6). Çünkü yaşlanan nüfusun, aktif yaşamın içinde olması ve yeti kayıplarının önlenmesi için, yaşam kalitesini düşüren risk faktörleri bilinmeli ve bunlara bağlı fonksiyonel kayıplar azaltılmalıdır. Bu çalışmada da yaşlı bireylerdeki sosyodemografik özellikler ve kognitif fonksiyonlardaki değişimin yaşam kalitesine etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Çalışmamız kesitsel olarak Ankara'nın bir ilçesindeki devlet hastanesinin fizik tedavi polikliniğine başvuran yaşlılar üzerinde gerçekleştirildi. Bireyler başvurularına göre ardı sıra alındı. Çalışmaya dahil olma kriterleri arasında testleri yapabilecek düzeyde ve soruları anlayabilecek ve cevaplayabilecek durumda olması göz önüne alındı. Çalışma öncesi tüm yaşlı bireylere çalışma ile ilgili bilgi verildi. Veri yüz-yüze görüşme tekniğiyle toplandı.

Çalışmada bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, aylık gelir durumu, sosyal güvencesini içeren sosyodemografik özellikleri, komorbid hastalıkları, kullandıkları ilaçlar ve sigara alışkanlıkları kaydedildi. Aylık gelir durumu 1000 TL'den az, 1000-2000 TL arası, 2000-3000 TL arası olarak gruplandırıldı. Sigara alışkanlığı 'Sigara içiyormusunuz? Evet\ Hayır sorusuyla değerlendirildi. Olgular yaş dağılımlarına göre 65-74 yaş ve 75-84 yaş olarak iki gruba ayrıldı.

Kognitif fonksiyonların değerlendirilmesinde günlük hekimlik pratiğinde kolaylıkla uygulanabilir ve yaşlılarda kognitif fonksiyon taraması için oldukça uygun olan, kognitif fonksiyonları beş ayrı bölümde (oryantasyon, kayıt, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan) değerlendiren Standardize Mini Mental Test (SMMT) kullanıldı (7). Standardize mini mental testin 24 puanın altında olması demansı, 24-26 puan arası hafif kognitif bozukluğu, 26 puan ve üzeri ise normal kognitif fonksiyonları göstermektedir (8,9).

Yaşam kalitesini ölçmek için Ware tarafından geliştirilen ve Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmış olan SF 36 yaşam kalitesi (YK) ölçeği kullanıldı (10). Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve şu 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır: fiziksel fonksiyon (FF) (10 madde),

sosyal fonksiyon (SF) (2 madde), fiziksel rol güçlüğü (FRG) (4 madde), ruhsal durum rolü (RDR) (3 madde), mental sağlık (MS) (5 madde), enerji/ vitalite (4 madde), ağrı (2 madde), sağlığın genel algılanması 27(GS) (5 madde) (10). Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. Sonuçta her alt ölçek için ayrı ayrı puanlar elde etmek mümkündür. Yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir. Çalışmada hem ayrı ayrı 8 komponentin puanları hem de fiziksel sağlık (FS) ve mental sağlık (MS) olmak üzere iki komponentin puanları değerlendirildi. Yaşam kalitesini etkileyen faktörler olarak sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, aylık gelir durumu), komorbid hastalıkları, kullandıkları ilaçları, sigara alışkanlıkları ve kognitif fonksiyonlar (SMMT düzeyi) değerlendirildi.

## İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS for Windows 20.0 paket programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma, nominal değişkenler ise vaka sayısı ve yüzde (%) olarak gösterildi. Gruplar (yaş dağılımına ve cinsiyete göre) ortalamalar açısından Student's t testi ile değerlendirildi. Sosyodemografik özellikler ve SMMT ile SF-36 YK ölçeğinin ilişkisi lineer regresyon analiziyle değerlendirildi. Bağımsız değişkenin sosyodemografik özellikler, kronik hastalık sayısı, kullanılan ilaç sayısı, sigara kullanımı ve SMMT puanı, bağımlı değişkenin SF-36 YK ölçeğinin FS ve MS alt grup skorları olduğu bir model oluşturuldu. Yine yaş ile kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısı, SMMT arasındaki ilişki lineer regresyon analiziyle değerlendirildi. Bağımsız değişkenin yaş, bağımlı değişkenin kronik hastalık, kullanılan ilaç sayısı ve SMMT puanı olduğu bir model oluşturuldu.  $p<0,05$  için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## Bulgular

Çalışmaya yaşları 65-88 arasında değişen 174 birey alındı. Olguların yaş ortalaması  $72,35\pm 6,55$  yıl, 104'ü (%59,8) 65-74 yaş arası, 70'i (%40,2) 75-88 yaş arasında bulunmaktaydı. Olguların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, sosyal güvence, sigara kullanımı, kronik hastalık ve kullandıkları ilaç sayılarını gösteren sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de, SF 36 YK ölçeği alt gruplarının ortalamaları Tablo 2'de özetlenmiştir. Yaş gruplarına göre SF 36 YK ölçeği alt grupları ortalamalarının karşılaştırılması da ilgili tabloda özetlenmiştir (Tablo 3). Buna göre 65-74 yaş arası bireylerin SF 36 YK alt gruplarından FF,vitalite, SF, RDR, MS, fiziksel skor ve mental skor ortalamalarının 75-88 yaş arası bireylerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi ( $p<0,05$ ). FRG, ağrı, GS ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmedi ( $p>0,05$ ). 65-74 yaş arası bireylerin SMMT ortalamalarının 75-88 yaş arası bireylerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi ( $p<0,05$ ). Olguların 133'ünün (%76,4) SMMT puanı 26 ve üstünde, 41'inin (%23,6) SMMT puanı 24-26 arasındaydı.

Kadınların SF 36 YK ölçeği fiziksel skor ortalaması 37,31±9,63, erkeklerin fiziksel skor ortalaması 38,48±8,60 idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p=0,412$ ). Kadınların SF 36 YK ölçeği mental skor ortalaması 46,07±6,24, erkeklerin mental skor ortalaması 44,44±6,30 idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p=0,095$ ). Evli olan yaşlı bireylerin SF 36 YK ölçeği fiziksel skor ortalaması 37,72±9,04, evli olmayan yaşlı bireylerinki 40,45±9,21 idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,015$ ). Evli olan yaşlı bireylerin SF 36 YK ölçeği mental skor ortalaması 46,38±6,22, evli olmayan yaşlı bireylerinki 42,99±5,87 idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,001$ ).

Tablo 1. Yaşlı bireylerin özellikleri

n=174 (%)	
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın	103 (59,2)
Erkek	71 (40,8)
<b>Medeni durum</b>	
Evli	124 (71,3)
Eşi ölmüş \ Boşanmış	50 (28,7)
<b>Eğitim durumu</b>	
Okur yazar değil	58 (33,3)
İlkokul	93 (53,4)
Ortaokul	15 (8,6)
Lise	8 (4,6)
<b>Meslek</b>	
Emekli	84 (48,3)
Ev hanımı	90 (51,7)
<b>Gelir durumu</b>	
Aylık 1'ten az	84 (48,3)
Aylık 1-2 TL arası	42 (24,1)
Aylık 2-3 TL arası	48 (27,6)
<b>Sosyal güvence</b>	
EMS	20 (11,5)
BK	47 (27)
SSK	82 (47,1)
YK	25 (14,4)
<b>Sigara kullanımı</b>	
Var	32 (18,4)
Yok	142 (81,6)
<b>Kronik hastalık sayısı</b>	
Bir	69 (39,7)
İki ve daha fazla	105 (60,3)
<b>Kullanılan ilaç sayısı</b>	
Bir	98 (56,3)
İki ve daha fazla	76 (43,7)

EMS: Emekli sandığı, BK: Bağkur, SSK: Sosyal sigortalar kurumu, YK: Yeşil kart

Bu bulgular doğrultusunda yapılan yaşlı bireylerin sosyodemografik özelliklerinin SF 36 YK ölçeği fiziksel ve mental skor alt gruplarının lineer regresyon analiz sonuçları ilgili tabloda özetlenmiştir (Tablo 4). Buna göre yaş ile SF 36 YK ölçeğinin hem fiziksel hem de mental skoru arasında doğrusal bir ilişki saptandı. Yaşdaki bir birimlik artış fiziksel skorda 0,432'lik, mental skorda 0,552'lik bir azalmaya neden olmaktadır ( $\beta=0,432$ ,  $\beta=0,552$ ). Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p<0,001$ ). Cinsiyet, meslek ve sigara kullanımının SF 36 YK ölçeğinin hem fiziksel hem de mental skoru etkilemediği, gelir durumunun fiziksel skoru, medeni durum ve eğitim durumunun sadece mental skoru etkilediği gözlenmiştir. Kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısının sadece mental skoru etkilediği fiziksel skoru etkilemediği görülmüştür.

Yaş ile kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısı arasında doğrusal bir ilişki bulundu. Yaşdaki birimlik artış kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısında 0,032'lik bir artmaya neden olmaktadır ( $r=0,423$   $\beta=-0,032$ ). Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı [ $f(1,172)=37,56$   $p<0,001$ ].

Yaş ile SMMT puanı arasında doğrusal bir ilişki bulundu. Yaşdaki birimlik artış SMMT puanında 0,734'lük bir azalmaya neden olmaktadır ( $r=0,149$   $\beta=-0,734$ ). Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı [ $f(1,172)=200,85$   $p<0,001$ ].

SF 36 YK ölçeğinin fiziksel skor ve mental skor ortalaması ile SMMT puanı arasında doğrusal bir ilişki bulundu. Standardize mini mental testteki bir birimlik artış SF 36 YK ölçeğinin fiziksel skorunda 1,808'lik bir artmaya neden olmaktadır ( $r=0,261$   $\beta=1,808$ ). Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı [ $f(1,172)=12,56$   $p<0,001$ ]. Standardize mini mental testteki bir birimlik artış SF 36 YK ölçeğinin mental skorunda 3,701'lik bir artmaya neden olmaktadır ( $r=0,782$   $\beta=3,701$ ). Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı [ $f(1,172)=270,18$   $p<0,001$ ].

## Tartışma

Yaşlıların yaşam kalitesinin araştırıldığı bu çalışma sonunda en düşük YK puanı fiziksel fonksiyonda, en yüksek YK puanı ise ruhsal durum rolünde elde edilmiştir. Mental skor puan ortalaması fiziksel skora göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni katılımcıların duygusal ve sosyal anlamda kendilerine

Tablo 2. Yaşlı bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt grupları skorlarının ortalamaları

Fiziksel fonksiyon (FF)	31,60±9,75
Fiziksel rol güçlüğü (FRG)	39,96±9,78
Ağrı	42,16±8,77
Genel sağlık (GS)	32,63±5,79
Vitalite	37,33±7,70
Sosyal fonksiyon (SF)	43,58±7,18
Ruhsal durum rolü (RDR)	43,93±9,70
Mental Sağlık (MS)	39,64±4,62
Fiziksel skor	37,79±9,22
Mental skor	45,40±6,30

Tablo 3. Olguların yaş gruplarına göre SF 36 YK ölçeği alt grupları ortalamaları

	65-74 yaş arası olgular n=104	75-88 yaş arası olgular n=70	p
Fiziksel fonksiyon (FF)	36,44±8,93	24,41±5,62	0,0001*
Fiziksel rol güçlüğü (FRG)	40,32±8,01	39,43±11,97	0,556
Ağrı	43,13±9,41	40,72±7,57	0,075
Genel sağlık (GS)	33,20±6,51	31,77±4,44	0,111
Vitalite	38,85±7,95	36,05±7,05	0,018*
Sosyal fonksiyon (SF)	44,54±7,14	42,15±7,54	0,031*
Ruhsal durum rolü (RDR)	46,29±8,42	40,43±10,45	0,0001*
Mental sağlık (MS)	40,91±3,64	37,74±5,26	0,0001*
Fiziksel skor	40,10±9,27	34,36±8,05	0,0001*
Mental skor	47,95±4,34	41,63±6,87	0,0001*
<b>SMMT ortalaması</b>	27,34±0,92	25,65±1,20	0,0001*

\*: anlamlı

Tablo 4. Yaşlı bireylerin sosyodemografik özelliklerinin SF 36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel skor (FS) ve mental skor (MS) alt grup ortalamalarıyla lineer regresyon analiz sonuçları

	r	p	β
Yaş-FS	0,305	0,0001*	-0,432
Yaş-MS	0,571	0,0001*	-0,552
Cinsiyet-FS	0,063	0,412	1,170
Cinsiyet-MS	0,127	0,095	-0,127
Gelir durumu-FS	0,866	0,0001*	9,41
Gelir durumu-MS	0,078	0,306	-0,580
Meslek-FS	0,074	0,332	-0,454
Meslek-MS	0,152	0,056	0,637
Medeni durum-FS	0,184	0,015	3,73
Medeni durum-MS	0,244	0,001*	-3,39
Eğitim durumu-FS	0,135	0,076	1,063
Eğitim durumu-MS	0,275	0,0001*	1,478
Kronik hastalık sayısı-FS	0,152	0,045	-2,86
Kronik hastalık sayısı-MS	0,292	0,001*	-3,75
Kullanılan ilaç sayısı-FS	0,136	0,074	2,518
Kullanılan ilaç sayısı-MS	0,065	0,001*	0,825
Sigara-FS	0,159	0,036	-3,67
Sigara-MS	0,115	0,129	1,82

\*: anlamlı

destek olan kişi veya kişilerin varlığından olabilir. Çünkü sosyal fonksiyon puan ortalamaları da ruhsal durum rol puan ortalamasına yakındı. Bunun bir başka nedeni de bireylerin çoğunun evli olması olabilir. Yaşlılarda yaşam kalitesini ölçen başka çalışmalarda da en yüksek puan duygusal rolde, en düşük puan ise genel sağlıkta bulunmuştur (1,4). Yine Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaş ve üzeri yaşlıların YK'sinin araştırıldığı çalışmada da ruhsal alana ilişkin puan, fiziksel puandan daha yüksek bildirilmiştir (5).

Çalışmamızda yaş ile YK arasında anlamlı lineer bir ilişki olduğu, yaşdaki artışın YK skorunda düşmeye neden olduğu gözlenmiştir. Yine ilerleyen yaşla birlikte kognitif fonksiyonların da bozulduğu gösterilmiştir. Bunu destekleyen ilerleyen yaşla birlikte YK ve bilişsel fonksiyonların olumsuz etkilendiğini gösteren araştırmalar bulunmaktadır (6,11). Yine incelenen parametrelerden cinsiyet ve mesleğin YK'ni etkilemediği, gelir durumunun YK'nin fiziksel skorunu etkilediği, medeni durum ve eğitim durumunun YK'nin mental skorunu etkilediği gözlemlendi. Bizim sonuçlarımızdan farklı olarak başka çalışmalarda erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (12,13). Tajvar ve ark.larının çalışmasında yaşlıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durumun kötü olmasının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (14). Yine başka bir çalışmada, huzurevinde kalan 65 yaş ve üzerindeki bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, ekonomik durum ile yaşam kalitesi ilişkili bulunmuştur (1). Bunların aksine Sönmez ve ark.larının çalışmasında yaşlılarda eğitim durumu, aylık gelir durumu, medeni durum ve sağlık güvencesi ile YK alt bileşenleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (4). Çalışmamızda gelir seviyesine bağlı olarak bireylerin beslenme, kendine bakma, sağlıkla ilgilenme gibi durumlarındaki değişiklik sonucunda yaşam kalitelerinin fiziksel skorunun etkilenmesi beklediğimiz bir sonuç olarak karşımıza çıkmıştır. Yine Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada da gelir durumu, işsizlik gibi demografik özelliklerin YK'ni etkilediği gösterilmiştir (11). Kaynaklarda yalnız yaşayanlarda YK'nin diğerlerine göre daha düşük olduğu araştırmalar mevcuttur (1,15). Çalışmamızda medeni durumun YK'nin mental skorunu etkilemesi bununla uyumludur. Çünkü evli olma durumunda karşılaşılan sorunların paylaşımı bireylerin üzerindeki psikolojik yükü azaltmaktadır. Evli olan bireylerde YK'nin fiziksel skorunun daha düşük olması ise birlikte yaşamının getirdiği fiziksel yükten kaynaklanabilir. Demografik olarak 65 yaş, yaşlılık sınırı olarak kabul edilmekte ve bu yaşın üzerindeki kişilerde yaşam konusunda birçok kayıplar yaşanmaktadır (16). Bu süreç içinde görülme sıklığı artan kronik

hastalıklar bireyin genel sağlığını etkileyerek yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (15,17). Yaptığımız çalışmada ilerleyen yaşla birlikte kronik hastalık sayısının arttığı ve yaşam kalitesinin mental skoruyla kronik hastalık sayısı arasında doğrusal bir ilişki bulunurken, fiziksel skorla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştı. Yaşlanmayla artan kronik hastalıklar, kişisel yetersizlikleri ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığı belirlemektedir ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (4,18,19). Çalışmamızın aksine kronik hastalık varlığının YK'nin fiziksel boyutu üzerine anlamlı etki gösterdiği buna karşın ruhsal alan üzerine etkili olmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (8). Sigara kullanımı yaşlı popülasyonda mortalite için bağımsız bir risk faktörüdür. Altmış beş yaş üzerinde sigara bırakanlarda koroner kalp hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve akciğer kanserine bağlı ölümlerde ve osteoporoz riskinde azalma bildirilmiştir (20). Ülkemizde yaşlılardaki sigara kullanımının YK'ne etkisini araştıran veriler bulunmamakla birlikte çalışmamızda sigara kullanımının yaşlı bireyin yaşam kalitesini etkilemediğini ortaya koyduk.

Çalışmamızda olduğu gibi ilerleyen yaşla birlikte bilişsel işlevlerin bozulduğu daha önce de gösterilmişti (21). Bir çalışmada 60-74 yaş grubundakilerin %27,2'sinde, 75 yaş ve üzerindeki grubun %56'sında, başka çalışmada da 60-74 yaş grubundakilerin %28,5'inde, 75-94 yaş grubunun %71,7'sinde bilişsel bozukluk saptanmıştır (22). Bizim çalışmamızda da 65-74 yaş arasındaki bireylerin SMMT puanının 75-88 yaş arası bireylerin SMMT puan ortalamasından yüksek olduğu gözlenmişti. Bilişsel bozukluk ilerledikçe bireyler yıkanma, giyinme, yemek yeme gibi en temel ihtiyaçlarını bile giderememekte, bir çoğu 24 saat bakıma gereksinim duyulacak duruma gelmekte ve dolayısıyla da yaşam kalitelerinin düşmektedir (10). Huzurevinde yapılan bir çalışmada da SMMT puanı düştükçe işlevsel bağımlılığın arttığı belirlenmiştir (23). Ergün ve ark.ları da çalışmalarında SMMT ortalaması düşük bulunan huzurevindeki yaşlıların alışveriş ve giyinme açısından, polikliniğe gelen yaşlıların ise ulaşım ve telefon kullanma açısından daha bağımlı olduklarını saptamışlardır (24). Bizim de çalışmamızda kognitif fonksiyonlarla yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin direk bağlantılı olduğu, kognitif fonksiyonlardaki bozulmanın yaşam kalitesinin hem mental hem de fiziksel komponentini olumsuz etkilediği gösterilmiştir.

Sonuç olarak çalışmamızda kırsaldaki yaşlı popülasyonda ileri yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu ve kötü bilişsel düzeyin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, cinsiyet, meslek, sigara kullanımının yaşam kalitesine etkili olmadığı gösterildi. Buna bağlı olarak yaşlı nüfusla ilgilenen birçok hekimin bu bulgular doğrultusunda yaşlı bireylere yaklaşmasının, bireylerin tıbbi sağlık problemlerinin çözülmesi kadar, bilişsel yönden desteklenmelerinin, yaşam kalitelerini artıran yaklaşımlarında önemli olduğu unutulmamalıdır. Bu anlamda ülkemiz gerçeklerini yansıtmaması açısından çalışmamızın önemli olduğunu, gelecekte bu gibi tespit çalışmalarıyla yaşlıların yaşam kalitelerinin iyileştirilebileceğini düşünmekteyiz.

## Kaynaklar

1. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. Turk J Geriatr 2006;9:30-3.

2. Phelan EA, Anderson LA, LaCroix AZ, Larson EB. Older adults' views of "successful aging"-How do they compare with researchers' definitions? Jags 2004;52:211-6.
3. Özyurt BC, Tunç B, Hatipoğlu S. Yaşlıların yaşlılıkla ilgili tutumları: Manisa'da bir kentsel ve kırsal bölge örneği. Akademik Geriatri 2013;5:29-37.
4. Sönmez Y, Uçku R, Kitay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, ve ark. İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;21:145-53.
5. Clearly KK, Howell DM. Using the SF-36 to determine perceived health-related quality of life in Rural Idaho Seniors. J Allied Health 2006;35:156-61.
6. Kavlak Y. Huzurevinde kalan bireylerin demografik özelliklerinin günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve depresyon üzerine etkisi. Akad Geriatri 2012;4:97-103.
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. Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs RC, Morris JC, Rabins PV, et al. Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Neurol 2001;58:1915.
9. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2001;56:1133.
10. 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 1995;12:102-6.
11. Jiang Y, Hesser JE. Associations between health-related quality of life and demographics and health risks. Results from Rhode Island's 2002 behavioral risk factor survey. Health and Quality of Life Outcomes 2006;4:1-10.
12. Azman AB, Sararak S, Rugayah B, Low LL, Azian AA, Geeta S, et al. Quality of life of the Malaysian general population: results from a postal survey using the SF-36. Med J Malaysia 2003;58: 694-711.
13. Merrill SS, Seeman TE, Kasl SV, Berkman LF. Gender differences in the comparison of self reported disability and performance measures. J Gerontology 1997;52:19-26.
14. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. BMC Public Health 2008;8:323.
15. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. Int J Nurs Stud 2006;43:293-300.
16. Aslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda özürüllüğün değerlendirilmesine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışma. Turk J Geriatr 1999;2:103-14.
17. Arslantaş D, Metintaş S, Unsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudive ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi 2006;28:81-9.
18. Desai MM, Lentzner HR, Weeks JD. Unmet need for personal assistance with activities daily living among older adults. Gerontologist 2001;41:82-8.
19. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2009;1:48-60.
20. Şahin U, Güven GS. Yaşlılarda sigara kullanımı ve bıraktırmaya yönelik çabalar: Uğraşmaya değer mi? Akad Geriatri 2011;3:1-12.
21. Çuhadar D, Gülümser Sertbaş G, Tutkun H. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006;7:232-9.
22. Yoldaşcan E, Yurdakul RS. Adana huzurevi'nde yaşayan yaşlıların bilişsel durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. <http://lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/derindex/apd/fulltext/2006/232.pdf>.
23. Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Kutsal GY, Yücel M. Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. Turk J Geriatr 2000;3:6-10.
24. Ergün GÖ, Bozdemir N, Uğuz Ş, Güzel R, Burtut R, Saatçi E, ve ark. Adana Huzurevi'nde yaşayan yaşlılar ile aile hekimliği polikliniğine başvuran yaşlıların medikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. Turk J Geriatr 2003;6:89-94.