

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

Fizyoterapist Gülay DÖNMEZ

Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

BOLU

2010

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

Fizyoterapist Gülay DÖNMEZ

Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM

BOLU
2010

Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Gülay DÖNMEZ tarafından hazırlanan ve 21 / 01 / 2010 tarihinde savunulan
“Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler” başlıklı bu çalışma jürimiz
tarafından Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programında Yüksek Lisans Tezi olarak
kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM
(AİBÜ)



Üye

Prof. Dr. Nuray KIRDI

(Hacettepe Üniversitesi)

Üye

Yrd. Doç. Dr. Tülay TARSUSLU ŞİMŞEK
(AİBÜ)



Üye

Yrd. Doç. Dr. Seyit ÇITAKER
(AİBÜ)



Üye

Yrd. Doç. Dr. Zübeyir SARI
(Marmara Üniversitesi)



ONAY:

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'na belirlenen yukarıdaki jüri
üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Serap KÖYBAŞI ŞANAL
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmamın gerçekleşmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür ederim. Bu tezin planlanması, içeriğinin oluşturulması, teze ait yorum ve düzeltmelerin yapılması, tezin her aşamasındaki katkılarından dolayı Sayın Yrd. Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM'a; tezin hazırlanmasındaki desteklerinden dolayı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanı Sayın Yrd. Doç. Dr. Tülay TARSUSLU ŞİMŞEK'e; teze ait istatistiklerin yapılmasındaki katkılarından dolayı Sayın Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY'a; lisans eğitimime büyük katkıları olan Sayın Prof. Dr. H. Nilgün GÜRSES'e; kendisini tanımış olmaktan çok mutlu olduğum, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Sayın Prof. Dr. Ferda DOKUZTUĞ ÜÇSULAR'a; her konuda göstermiş olduğu ilgi ve desteklerinden dolayı Uzm. Fzt. Nuriye ÖZENGİN'e; tez çalışmama katılan ve değerli yardımlarını esirgemeyen Bolu İzzet Baysal Huzurevi ve Bolu İzzet Baysal Vakıf Huzurevi idari yöneticilerine, sağlık çalışanlarına; çalışmama katılmış olan tüm yaşlı bireylere; bu zamana kadar eğitim ve çalışma hayatım boyunca her zaman yanımda olan, benden hiçbir zaman sevgi, anlayış ve güvenlerini eksik etmemiş olan canım anneme; canım babama ve hayatta atmış olduğum ilk adımdan beri hep yanımda olan canım ablam Gülten DÖNMEZ BAYAZIT'a; sevgili eniştem Dr. Tolga BAYAZIT'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Bu çalışma, huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlı bireylerde yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek ve bu faktörlerin birbirleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmaya yaş ortalaması $72,50 \pm 6,71$ yıl olan 96 birey dahil edilmiştir. Yaşlı bireylerin sosyodemografik özellikleri, bilişsel fonksiyonları, denge, düşme korkusu, fiziksel aktivite düzeyleri ve alt ekstremita kas kuvveti değerlendirilmiştir. Yaşlı bireylerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek için bir anket uygulanmıştır. Çalışmaya dahil edilen bireylerin bilişsel fonksiyon durumları Mini Mental Durum Testi ile; dengeleri Berg Denge Ölçeği ile; düşme korkuları Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği ile; fiziksel aktivite düzeyleri Fiziksel Aktivite Ölçeği ile; alt ekstremita kas kuvveti manuel kas testi ile değerlendirilmiştir. Kadınların yaşam kalitelerinin erkeklere göre düşük olduğu, Vücut Kütle İndeksi yüksek olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, daha fazla düşme korkusu ve düşme problemi yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Fiziksel aktivite seviyesi yüksek olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Berg Denge Ölçeği ve Mini Mental Durum Testi skorları yüksek olan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu, alt ekstremita kas kuvvetleri daha iyi düzeyde olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Yaşlı bireylerin kullandıkları ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü görülmüştür ($p < 0,05$). Yaş, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence durumu, gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Yaşam kalitesini en fazla etkileyen değişkenleri bulmak için oluşturulan lojistik regresyon analizinde; yaşlı bireylerin düşme korkuları, düşme sayıları ve Vücut Kütle İndeksi değerleri arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı tespit edilmiştir. Elde ettiğimiz veriler doğrultusunda, gelecekte sayıları ve toplum içindeki oranlarının hızla artacağı düşünülen yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması için, yaşlı bireylerin düşme korkularını ve düşme problemlerini önlemeye yönelik uygun rehabilitasyon programlarının planlanması ve uygulanması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlanma, denge, düşme korkusu, yaşam kalitesi

ABSTRACT

This study was done to determine factors affecting quality of life and to analyse the correlation between these factors in elderly people that live in nursing homes and in the family environment. It was included in the study 96 persons whose age average was $72,50 \pm 6,71$ years old. These older peoples' sociodemographic characteristics, cognitive function, balance, fear of falling, physical activity level and lower extremity muscle strength have been evaluated. A questionnaire has been administered to determine the sociodemographic characteristics of older people. The participants' cognitive function has been evaluated by Mini Mental State Test; balance by Berg Balance Scale; fear of falling by Tinetti Falls Efficacy Scale; physical activity level by Physical Activity Scale and lower extremity muscle strength by manual muscle test. Quality of life of female individuals was lower compared with male individuals, quality of life of older people who has high body mass index was lower and older people who have more fear of falling and falling problems had lower quality of life ($p < 0,05$). Older people who have high physical activity level were found to have higher quality of life ($p < 0,05$). Older people who have higher scores of Berg Balance Scale, Mini Mental State Exam and have better lower extremity muscle force had higher quality of life ($p < 0,05$). It has been found out that there were no correlations between quality of life and educational status, marital status, social security status, income. It has been found that the number of drugs which were used by older people increased, quality of life decreased ($p < 0,05$). Due to the results of logistic regression models in order to find out the variations affecting the quality of life most; it has been found that fear of falling, number of falls and body mass index increased, quality of life in older people decreased. According to our study data to increase the quality of life of older people, whose numbers and rates in the community are considered will increase rapidly in the future, the rehabilitation programs should be planned and applied to prevent fear of falling and falling problems in elderly.

Keywords: Aging, balance, fear of falling, quality of life

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
İNGİLİZCE ÖZET.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
TABLolar.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yaşlılığın Tanımı.....	4
2.2. Yaşlılığın Demografisi.....	6
2.3. Yaşlılığın Organizmaya Etkileri.....	7
2.4. Yaşam Kalitesinin Tanımı.....	10
2.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	12
2.6. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi.....	13
3. BİREYLER VE YÖNTEM.....	16
3.1. Bireyler.....	16
3.2. Yöntem.....	17
3.3. Verilerin Analizi.....	21

4. BULGULAR.	22
4.1. Bireyler ve Değerlendirme Sonuçları.	22
5. TARTIŞMA.	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.	46
7. KAYNAKLAR.	49

EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş Olur Formu
EK 2: Değerlendirme Formu
EK 3: Mini Mental Durum Testi
EK 4: Nottingham Sağlık Profili
EK 5: Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği
EK 6: Fiziksel Aktivite Ölçeği
EK 7: Manuel Kas Testi
EK 8: Berg Denge Ölçeği
EK 9: Etik Kurul Onayı

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
MMDT	: Mini Mental Durum Testi
NSP	: Nottingham Sağlık Profili
VKİ	: Vücut Kütle İndeksi
kg	: kilogram
m	: metre
X	: Aritmetik Ortalama
SS	: Standart Sapma
p	: İstatistiksel yanılma payı
n	: Olgu sayısı
%	: Yüzde

TABLÖLAR

Tablo 4.1. Bireylerin Fiziksel Özellikleri.	22
Tablo 4.2. Bireylerin yaşadıkları yere, cinsiyetlerine, dominant ellerine, medeni durumlarına, çocuk sayılarına ve ilaç durumlarına göre dağılımları.	23
Tablo 4.3. Bireylerin eğitim durumlarına, gelir düzeylerine ve sosyal güvence durumlarına göre dağılımları.	24
Tablo 4.4. Bireylerin Katıldıkları Değerlendirme Ölçekleri ve Dağılım Değerleri (cinsiyete göre).	24
Tablo 4.5. Bireylerin Katıldıkları Değerlendirme Ölçekleri ve Dağılım Değerleri (yaşadıkları yere göre).	25
Tablo 4.6. Cinsiyet ile Vücut Kütle İndeksi arasındaki ilişki.	25
Tablo 4.7. Cinsiyetin yaşam kalitesi ile ilişkisi.	26
Tablo 4.8. Yaşanılan yerin yaşam kalitesi ile ilişkisi.	26
Tablo 4.9. Medeni durumun yaşam kalitesi ile ilişkisi.	27
Tablo 4.10. Eğitim durumunun yaşam kalitesi ile ilişkisi.	27
Tablo 4.11. Sosyal güvence durumunun yaşam kalitesi ile ilişkisi.	27
Tablo 4.12. İlaç kullanım durumunun yaşam kalitesi ile ilişkisi.	28
Tablo 4.13. Yaşam kalitesi ile düşme sayısı, kullanılan ilaç sayısı, Vücut Kütle İndeksi ve bilişsel durum arasındaki ilişki.	28
Tablo 4.14. Yaşam kalitesi ile düşme korkusu, fiziksel aktivite seviyesi ve denge durumu arasındaki ilişki.	29
Tablo 4.15. Yaşam kalitesi ile yaş, çocuk sayısı ve gelir düzeyi arasındaki ilişki.	29
Tablo 4.16. Bireylerin alt ekstremitte kas kuvveti değerleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki.	30
Tablo 4.17. Bireylerin alt ekstremitte kas kuvveti değerleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki.	31
Tablo 4.18. Tinetti Düşme Etkinlik Skalası ile Berg Denge Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Vücut Kütle İndeksi, alt ekstremitte kas kuvveti, düşme sayısı ve ilaç sayısı arasındaki ilişki.	32
Tablo 4.19. Model alınan değişkenlerin grup kodları ve gruptaki kişi sayıları.	33
Tablo 4.20. Yaşam kalitesi ile ilişkili değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçları.	34

GİRİŞ

Yaşlılık, normal bir süreç olup, bireylerin fizyolojik ve ruhsal güçlerini geri dönüşümsüz olarak yavaş yavaş kaybetme durumu olarak tanımlanabilmektedir. Biyolojik ve psikolojik alandaki kayıplar, sosyal alandaki kayıpları da beraberinde getirmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı bedenin iç ve dış uyaranlara uygun tepki göstermede giderek kapasitesinin azalması olarak tanımlamakta ve 65 yaş ve üstünü yaşlılığın ilk basamağı olarak kabul etmektedir (2).

Günümüzde ülkelerin gelişme seviyesine bağlı olarak, refah düzeyinin artmasıyla birlikte yaşlı popülasyonun nüfusun %5-10'unu oluşturduğu görülmektedir (3). Türkiye’de 65 ve üzeri yaştakiler 1990 nüfus sayımına göre %4,3 iken; 1995’te %4,7; 2000 yılında ise %5,6’ya yükselmiştir. Yaşlı nüfusun 2010 yılında %7,1 olması beklenmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından gerçekleştirilen 2008 nüfus sayımı sonuçlarına göre; ülke nüfusunun %6,8’inin 65 ve üzeri yaş grubunda yer aldığı bildirilmiştir (4).

İnsan yaşamının giderek uzaması, yaşlı nüfusun toplam nüfus içinde artması, insanın ileri yaşlarında da sağlıklı kalması konusunu gündeme getirmiştir (5). Toplumların yaşlanması ve yaşlılığın erken ölümler dışında kaçınılmaz olması “yaşlılıkta yaşam kalitesi” ifadesini ortaya çıkarmaktadır (6). Doğal etmenler sonucu şekillenen yaşam kalitesi üzerinde yapılan rehabilitasyon çalışmaları sadece hasta kişilerde tedavi ile oluşan gelişmeleri araştırmak için kullanılmamaktadır. Sağlıklı kişilerdeki hayat konforunu ve memnuniyeti saptamak için de kullanılabilir. Bu çalışmalar çeşitli sosyal gruptaki yaşam kalitesini artırma çabalarına temel oluşturmaktadır (7).

Yaşlılıktaki sağlık sorunları daha çok kronik ve dejeneratif hastalıklardır. Fiziksel yetersizlikler, ağrılar, kardiyovasküler hastalıklar, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi ve sosyal izolasyon gibi sorunlar yaşlılıkta sık görülen sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Bu sorunlar her ne kadar yaşlılara özel olmasalar da yaşlılıkla yakın ilişki içindedirler ve yaşlı insanların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde, tedavilerinin planlanmasında önemli değişkenlerdir (8,9).

Gençlikten yaşlılığa doğru insan vücudunda doğal olarak meydana gelen morfolojik ve fizyolojik değişiklikler pek çok organı etkilemekte ve bu değişiklikler bireylerde birtakım hastalıklara neden olmaktadır (10). Kronik hastalıklar, fiziksel

aktivitede azalma, kas güçsüzlüğü ve denge bozukluğu doğrudan ve dolaylı yollarla düşme riskini arttırabilmektedir (11). Kronik hastalıkların görülme oranının artması sonucunda yaşlı birey giderek daha fazla sayıda ilaç kullanmaktadır (12). Yaşlılarda kognitif ve fonksiyonel kapasitenin azalmasıyla ilacı anlama ve uyum problemi oluşur. Çok sayıda ilaç kullanımı da ilaç yan etkilerinin artmasına, istenmeyen ilaç etkileşimlerine ve uyumun azalmasına neden olur (13,14,15).

Yaşlılık döneminde ortaya çıkan bu ve benzeri durumların yaşam kalitesi üzerine etkilerinin belirlenmesi, yaşlılarda uygulanacak programların daha doğru şekilde planlanması ve düzenlenmesi açısından önemlidir. Yaşlı popülasyonda yaşam kalitesinin korunması sağlık alanındaki en önemli hedeflerden biri olmalıdır. Yaşam süresi uzadıkça artmakta olan yaşlı nüfusun sorunlarını ve ihtiyaçlarını ortaya çıkaracak kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır.

Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerine hangi yönde etkili olduklarının belirlenmesi, giderek artan yaşlı popülasyonun toplum içinde daha mutlu, sağlıklı olarak yaşayabilmelerine katkıda bulunulması açısından oldukça büyük önem taşımaktadır.

Literatürdeki çalışmaların çoğunda, yaşam kalitesini etkilediği düşünülen sadece birkaç faktörün incelendiği ya da yaşam kalitesini etkilediği düşünülen iki faktörün birbiri arasındaki ilişkinin analiz edildiği görülmüştür. Ancak yaşam kalitesini etkileyebilecek daha çok sayıda faktörün bir arada incelendiği ve aynı zamanda bu faktörlerin birbiri arasındaki ilişkilerin de analiz edildiği çalışmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Aynı zamanda sağlıklı yaşlı bireylerde yaşam kalitesini etkileyen faktörler konusunda yapılan çalışmalar da yetersizdir.

Gelecekte sayıları ve toplum içindeki oranlarının hızla artması beklenen yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığımız çalışma, daha mutlu ve sağlıklı bir toplum oluşturulmasına önemli katkılar sağlayacaktır. Diğer yandan yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bilinmesi, bu alanda çalışan fizyoterapistlerin ve diğer sağlık personellerinin bireye en uygun yaklaşımı belirleyebilmelerine rehberlik edecektir.

Bu araştırma 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde yaşam kalitesini etkileyen faktörleri, bu faktörlerin birbirleri arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma 2010 yılında Bolu Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bağlı Bolu İzzet Baysal Vakıf Huzurevi ile İzzet Baysal Huzurevi'nde kalan ve aile ortamında yaşayan toplam 96 yaşlı bireyin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılığın Tanımı

Yaşlılık; yaşam sürecinin çocukluk, gençlik ve erişkinlik gibi doğal ve zorunlu bir çağıdır (16). Bir başka tanımla yaşlılık; zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişikliklerinin tümü olarak tanımlanmaktadır (17) .

Bruce yaşlılığı; hücre ve bazı organ sistemlerinin doku fonksiyonlarının azalması ve yapılarının değişmesiyle ortaya çıkan çok etkenli bir değişim süreci olarak tanımlamaktadır (18).

Yaşlılık önüne geçilmesi mümkün olmayan, biyolojik, kronolojik ve sosyal yönleri ile sorunları olan bir süreçtir. Yaşlılık, fizyolojik bir olay olarak ele alınıp, fiziksel ve ruhsal güçlerin, bir daha yerine gelmeyecek şekilde kaybedilmesi, organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge kurma potansiyelinin azalması, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden gerilemesi şeklinde de tanımlanabilir (19).

DSÖ; yaşlılık dönemini 65 yaş ve üzeri olarak görmekte ve bu yaş sınırını demografik açılardan bağımsız konumdan bağımlı konuma geçiş dönemi olarak kabul etmektedir (20).

DSÖ' nün sınıflandırmasına göre; 45-59 yaşları orta yaş, 60-74 yaşları yaşlılık, 75-89 yaşları ileri yaşlılık ve 90 yaş ve üzeri ileri ihtiyarlık olarak sınıflandırılmaktadır (21).

Rogers ise yaşlı popülasyonu 3 alt kategoriye ayırmaktadır:

- a) Genç - yaşlı (55-64)
- b) Orta - yaşlı (65-74)
- c) Yaşlı - yaşlı (75 ve üstü) (18).

Sosyal gerontologlarca yapılan sınıflamaya göre; 65-74 arası genç-yaşlı, 75-84 yaş arası orta-yaşlı ve 85 yaş ve üstü ise yaşlı olarak kabul edilmektedir (22).

Günümüzde biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yoğun olarak yaşandığı orta yaş ve yaşlılık dönemine ilişkin çalışmalara gösterilen ilgi de artmaktadır. Bu ilginin ve etkinliğin nedeni, dünyanın nüfus yapısında yaşlıların yerinin sürekli artmasıdır. Hastalık ve ölüm oranlarının azaltılması, yaşam koşullarının bilinçli bir şekilde kontrol altına alınıp iyiye yöneltmesi çok sayıda

insanın yaşam süresinin uzamasına neden olmuştur. Yetişkin kadın ve erkeklerin büyük çoğunluğu yaşamlarının yaklaşık üçte birinden fazlasını orta yaş dönemi ve sonrasında geçirmektedir (23).

Norman normal yaşlanmayı; sakatlık veya hastalık sonucunda oluşan kayıplar hariç vücudun çeşitli sistemlerinin işlevselliğinin azar azar yitirilmesi olarak nitelendirmektedir (24).

Yaşlılık; kronolojik, biyolojik, fizyolojik (fonksiyonel), psikolojik ve sosyal olmak üzere farklı şekillerde tanımlanabilir.

Kronolojik Yaşlılık: Geçen zamana göre bir yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımını belirtir (17).

Biyolojik Yaşlılık: Yaşlanmaya bağlı olarak insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişikliklerdir (25).

Fizyolojik (fonksiyonel) Yaşlılık: Çevreye adaptasyon (uyum) sağlama yeteneğinin yani iş gücünün, çalışma kapasitesinin, kas kütlesinin, kalp debisinin ve aerobik kapasitenin düşmesi olarak tanımlanmaktadır (25). Fizyolojik yaşlanma yapısal ve fonksiyonel değişimleri içermektedir. Bu değişimler arasında aerobik kapasitenin düşmesi, hafıza kayıpları, vücut postürünün değişmesi, derinin elastikiyetini kaybetmesi, kırışıklıkların oluşması bulunmaktadır (26). Ayrıca beyin, kalp ve diğer kas dokularında yaşla beraber yerine konulamayan hücre kayıpları da oluşmaktadır (27).

Psikolojik Yaşlılık: Kişilerin duygularında, algılamalarında ve davranışlarında oluşan değişimlerdir (18).

Sosyal Yaşlılık: Kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen yaşlılık tanımıdır (17).

Genel olarak yaşlanma süreci 5 aşamada incelenmektedir:

1. Moleküler yaşlanma: Kollajen makromoleküllerinin birikimi ile oluşan intra-intermoleküler köprülerin, tendon, deri ve kan damarlarının elastikiyetinde azalmaya yol açması ile olmaktadır.

2. Hücresel yaşlanma: Mutasyona uğramış hücrelerde artış olarak kabul edilmektedir.

3. Doku ve organ yaşlanması: Birçok organda, yapısal ve işlevsel değişikliklerin ortaya çıkmasıdır. Hücre işlevlerinde ilerleyen bir azalma, stres

durumlarında devreye giren yedek kapasitenin azalması, sinirsel işlevlerde azalma ve duyuşal değerdendirme yetisinde azalma olmaktadır.

4. Bireysel yaşlanma: Kişinin çevreye uyum yeteneğinin azalması ile birlikte, giderek ölümlle sonuçlanacak şekilde canlılık fonksiyonlarının bozulmasıdır.

5. Toplumsal yaşlanma: Bir toplumdaki 64 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranını gösteren bir özelliktir (28).

2.2. Yaşlılığın Demografisi

Nüfusun yaşlanması, bir nüfusun yaş yapısının değışerek, o nüfustaki çocukların ve gençlerin payının azalması ve yaşlı insanların (60 veya 65 yaş üzeri bireylerin) payının göreceli olarak artmasıdır. İnsanların yaşlarının ilerlemesi, yaş almaları ya da büyümeleri fizyolojik bir süreçtir. Biyolojik olarak kaçınılmaz olan bu sürecin sağlık, sosyal, kültürel ve ekonomik boyutları vardır (29).

Dünya toplumları yaş özellikleri açısından 4 gruba ayrılmaktadır:

1. Genç Toplumlar: Bu toplumlarda nüfusun %4'ünden azı 64 yaşın üzerindedir. Az gelişmiş ülkelerin çoğunda nüfus genç toplum özelliğindedir.

2. Erişkin Toplumlar: 64 yaş üzeri nüfus %4-7 arasındadır.

3. Yaşlı Toplumlar: Yaşlı nüfusun oranı %7'nin üzerinde ve % 10'un altında olan toplumlardır.

4. Çok Yaşlı Toplumlar: Yaşlı nüfusun oranı % 10'un üzerindedir. Bu toplumlarda fertilitte çok düşük orandadır, bazen de genç nüfusun göç etmesi buna katkıda bulunmaktadır (28).

Tıpta ve teknolojidaki gelişmeler, yaşam süresinin uzamasına ve yaşam standardının yükselmesine, dolayısıyla yaşlı nüfusun artmasına neden olmaktadır. Dünyadaki yaşlı oranı her yıl %2 oranında, toplam nüfus artış hızından daha yüksek bir hızla artmaktadır (30).

Genel nüfus içerisinde yaşlı oranındaki bu artış;

- Başta tanı ve tedavi yöntemleri olmak üzere sağlık alanındaki çarpıcı ilerlemeler ve hizmetler,
- Enfeksiyon ve hastalıklara bağli ölümlerin azalması,
- Bebek ve anne ölüm hızının düşmesi ve doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması,
- Yeterli beslenme olanaklarının sağlanması,

- Eğitim olanakları ve düzeyinin artması,
- İnsanların yaşam standartlarının artması nedeniyledir (31).

1900’de dünya nüfusunun %6,9’u, 1950’de %8,1’i, günümüze gelindiğinde ise yaklaşık %10’u 60 yaş ve üstündedir. 2050 yılında bu rakamın %22,1 olacağı ve gelişmekte olan ülkelerdeki yaşlı sayısının bugünün yaklaşık üç katına ulaşacağı öngörülmektedir (32).

Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının 20. yüzyılın sonuna kadar %5’in altında yer aldığı görülmektedir. 2000 Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre 65 ve üzeri yaşa sahip nüfus, toplam nüfusun %5,7’sini oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun %45,3’ü erkeklerden, %54,7’si ise kadınlardan oluşmaktadır.

Türkiye nüfusu hakkında en güncel veri olan 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)’nın bulguları yaşlı nüfusun, tüm nüfus grupları içerisindeki payının 2005 için yüzde 5,6 civarında olduğunu göstermiştir. Buna göre Türkiye yaklaşık 5 milyon yaşlı ile bazı ülkelerin toplam nüfusundan daha fazla yaşlı nüfusa sahiptir. Türkiye’deki demografik değişimler incelendiğinde yaşlı nüfusun artışı açık bir şekilde görülmektedir (29).

Türkiye İstatistik Kurumu 2008 verilerine göre; Türkiye nüfusu 2008 sonu itibarıyla 71.517.100 kişi olarak belirlenmiştir. Nüfusun 35.901.154’ünü erkekler, 35.615.946’sını da kadınlar oluşturmaktadır. 2008 yılında Türkiye’nin yıllık nüfus artış hızı %1,31 olarak gerçekleşmiştir. Ülke nüfusunun %26,3’ü 0-14 yaş grubunda, %66,9’u 15-64 yaş grubunda, %6,8’i ise 65 ve daha yukarı yaş grubunda yer almaktadır (33).

Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye’de de yaşlı yüzyılı olacağına işaret etmektedir. Değişen yaş yapısı ile birlikte, özellikle yüzyılın ikinci yarısında, yaşlı nüfusun, sosyal, demografik ve ekonomik açıdan Türkiye’de de önem kazanması beklenmektedir.

2.3 Yaşlılığın Organizmaya Etkileri

Yaşlanma, organizmadaki pek çok sistemi etkileyen bir süreçtir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte kişide fizyolojik ve anatomik bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşlılıkla meydana gelen fizyolojik ve anatomik değişiklikler bireyde fonksiyonel bozukluklara da neden olmaktadır (34,35).

- 1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri:** Yaşla beraber kalp kası atrofiye uğrar ve her bir kasılmada pompalanan kan miktarı da azalır. Yaşlanmayla beraber kardiyak fonksiyonda yani kalp debisinde, kalp atım hacminde, kalp atım sayısında ve maksimal oksijen tüketiminde düşüşlerin yanında, kalp kapakları da sertleşip endokard kalınlaşır (24,36). Kan damarları, yapısındaki elastik liflerin kaybından dolayı daha az esnek olurlar ve kan basıncı artar. Bu da sonuçta hipertansiyona sebep olur (37).
- 2. Pulmoner Sistem Değişiklikleri:** Yaşlanmayla akciğer dokularının elastikiyetini kaybetmesi, göğüs duvarının sertleşmesi ve solunum kaslarında kuvvet azalması oksijen taşınmasıyla ilişkili solunum fonksiyonlarında azalmalara neden olur. Göğüs kafesinin elastikiyetindeki azalma nedeniyle, toraks hareketleri zorlaşır, solunum sisteminde verim düşüklüğü ortaya çıkar ve toraks solunumu yerini karın solunumu alır. Ayrıca rezidüel akciğer hacmi artarken vital kapasite de azalmaktadır (24). Yaşın ilerlemesiyle birlikte akciğer kapasitesinin azalmasına bağlı olarak solunum sayısında artma, akciğer ekspansiyonunda azalmaya yol açar. Buna bağlı olarak yaşlılarda nefes alma ve öksürme güçlüğü gelişebilmektedir (38).
- 3. İskelet Sistemi Değişiklikleri:** Yaşlanmayla beraber kemik kütlelerinde azalmalar ve stresin artması kırılmaların oluşmasına neden olabilir. İntervertebral disklerde dejenerasyon, kırıldak ve bağlarda kalsifikasyon yaşlanmayla ortaya çıkar. Eklemde elastikiyet kaybı, kırıldaklarda bozulmalar oluşur. Yaşlılar, gerek duruşta gerekse yürüyüşte denge sorunu yaşarlar. Bunun nedenleri arasında duyuşal uyarının azalması, kas gücünde azalma, postüral cevapların iletiminde uzama ve vestibüler reflekslerin yavaşlaması sayılmaktadır (22).
- 4. Kas Sistemi Değişiklikleri:** Kasların kütlesi ve kuvveti yaşla beraber azalır. Yaşlanmayla kas lifleri sinir uyarımına daha yavaş cevap vermekte ve daha az etkili kas refleksi oluşmaktadır. Kas lifleri içerisinde hücreler arası yağ miktarında artış gözlenmektedir. Kas kütlesinin kaybı yaşamı tehdit etmemesine rağmen, günlük aktiviteleri yapmayı zorlaştırır ve fiziksel aktivite düzeyini düşürür (22).
- 5. Sinir Sistemi Değişiklikleri:** Yaşlandıkça yerine konulması mümkün olmayan nöron kayıpları oluşması nedeniyle hareketler yavaşlar, reaksiyon zamanı uzar. Reaksiyon ve hareket zamanlarındaki düşüş, kişilerin bazı günlük aktivitelerini yapmada olumsuz etkilere neden olur (22). Reseptörlerdeki duyarlılığın azalmasına bağlı olarak sıcak,

soğuk, basınç, ağrı ve hissetme duyusu özellikle el ve ayaklarda azalmaktadır. Bu nedenle yaşlılarda özellikle yanıkların görülme sıklığı artmaktadır (39,40).

- 6. Duyusal Fonksiyonlardaki Değişiklikler:** Beyin yapısında glukoz kullanımında kayıplar, yaşlanmayla duyuşal kavrayışta düşüşlere neden olur. Gözler daha gri görünür ve katarakt gelişebilir. Yaşlanmayla yüksek frekanslı sesleri işitmek güçleşir. Tat ve koklama duyularındaki az bir kayıp iştahı ve beslenmeyi etkiler (24). Sinir uçlarındaki duyarlılığın azalması ve beyindeki sentez sürecinin uzaması sonucu sıcak, soğuk, basınç ve ağrıyı algılamaları güçleşir. Yanık, donma ve ezilmeyi geç fark ederler (41). Yaşlanma sürecinde cilt elastikiyetini kaybeder, kurur, elastik kollejen doku artar ve cilt kırışır. Yağ dokusu bacak ve kollarda azalırken, karın ve bacaklarda artar.
- 7. Metabolik Değişiklikler:** Yaşlanmayla birlikte, kan glukozunun düzenlenmesinde insülinin etkinliği azalır. Bu da tip 2 diabete neden olur. İnsülin etkisindeki ve glukoz toleransındaki azalmada, yaşlanma sürecinde etkili, ikincil olayların da etkisi olabilir (42,43). Diabet vücudun bütün kısımlarını etkileyebilir ve vasküler hasar, kalp hastalığı, böbrek yetmezliği, katarakt, retinopati, doku ülseri gibi bir çok ciddi komplikasyonlara neden olabilir (44,45,46).
- 8. İmmün Sistem Değişiklikleri:** İmmün sistem fonksiyonları yaşlanmayla genel olarak baskılanır. Bu değişiklikler enfeksiyon riskinde ve sonuç olarak da morbidite ve mortalite oranında artışa yol açar. Düzenli fiziksel aktivite, immün sistem fonksiyonlarındaki baskılanmayı azaltabilmektedir (28).
- 9. Üriner Sistem Değişiklikleri:** Yaşlanma ile birlikte böbrek büyüklüğünde, glomerül sayısında ve böbrek kan akımında, glomerül filtrasyon hızı ve tübüller fonksiyonda azalma olur (34,47). Böbreklere gelen kan miktarının azalması sonucunda metabolik artıkların vücuttan atılımında gecikme başlar. Bu değişiklikler sonucunda üriner sistem enfeksiyonlarına yatkınlık, sıvı elektrolit dengesinde bozulmalar ve ilaçların vücuttan atılımında gecikmeler ve entoksikasyon riski artmaktadır (40).
- 10. Psikososyal Değişiklikler:** Yaşlılık döneminde görülebilen bazı sosyal ve fizyolojik değişiklikler beraberinde psikolojik sorunlar getirmektedir. Yaşlılarda bir ya da daha fazla kronik hastalık olması nedeniyle yaşam biçimi değişiklikleri, kronik hastalıkların neden olduğu psikolojik sorunlar hem yaşlı bireyi hem de yaşlıya bakım veren bireyleri olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşlanma ile birlikte algılamada ve yaratıcı

yeteneklerde azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında azalma görülebilir. Öğrenme yeteneğindeki azalmaya hareketlerdeki yavaşlama da eşlik edebilir (48).

Yaşlılığı kabullenme bireyden bireye değişir. Maddi güvencesi olması ya da olmaması, ailesi ve dostları içinde sevdiği kişileri kaybetmiş olması, hakimiyet kaybı nedeniyle kendini güçsüz hissetme, kendini evde fazlalık olarak görmesi, yakınlarına yük olduğunu düşünmesi, geleceğe yönelik endişeleri yaşlı kişileri etkileyerek yaşlının depresyona girmesine neden olabilmektedir (48,49,50). Yaşlıda mutsuzluk, depresyon, öz güven kaybı, endişe, öfke, suçluluk duygusu, paranoid davranışlar ve egoizm görülebilir (49).

Yaşın ilerlemesine bağlı olarak fiziksel değişiklikler oluşmakta ve fiziksel hastalık riski artmaktadır. Bu fiziksel değişikliklerin çoğu ciddi bilişsel ve mental hastalıklara yol açmaktadır. Fiziksel hatta mental yetersizlik ve hastalık olmasına rağmen sağlık bütünsel olarak görülürse yaşamın tüm dönemlerinde sağlıklı bir yaşam sürdürülebilir. Bu bütünsel perspektif fiziksel, psikolojik ve zihinsel durumun hem birbirini hem de bütün olarak sağlığı etkilediği bakış açısına dayanır (51). Bu nedenle yaşlılık döneminde kişinin fiziksel sağlığı yanında psikolojik ve zihinsel sağlığını etkileyen faktörleri ve bunlar arasında önemli bir yeri olan boş zaman faaliyetlerinin yaşam doyumu ve kalitesi üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik çalışmalar araştırmacıların uzun dönemden beri üzerinde önemle durdukları konulardır (52).

2.4 Yaşam Kalitesinin Tanımı

Toplumun yaşlanması ve yaşlı nüfusun giderek artması, yaşlılıkta yaşam kalitesine dikkati çekmektedir (53). Yaşam kalitesi bireylerin yaşamındaki beklentileri ile gerçekte yaşadıkları arasındaki dengeyi gösteren bir durumdur (54).

Yaşlanma doğal bir süreçtir, ancak yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişiklikler birçok sorunu beraberinde getirmekte; kronik hastalıklar, buna bağlı olarak da kısıtlılık ve özürlülük oranları artmaktadır. Yaşlılık bireyin fiziksel açıdan kayba uğradığı, yeti yitimlerinin artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği ve ruhsal sorunların daha fazla gözlemlendiği, bağımlılığın arttığı bir dönemdir.

Yaş ve yaşam kalitesi arasında negatif ilişki söz konusudur (55,56).

Yaşam kalitesi; “kişinin kendi yaşamından memnun olma durumu” olarak tanımlanmaktadır (57,58) . DSÖ’ ne göre yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve

değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır (59).

Yaşam kalitesinin tanımı konusunda farklı yorumlar mevcuttur. En geniş tanımlamalardan biri Patrick ve Erickson tarafından yapılmıştır (60). Yazarlar ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel durum (sosyal, psikolojik veya fiziksel), sağlık persepsiyonu ve sosyal-kültürel dezavantajları içeren bir temel kavram tanımlamışlardır. Hoernquist ise yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda tatminiye ihtiyacının derecesi olarak tanımlamıştır (61). Cella ise; fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik hali üzerinde durmaktadır (62). Yaşam kalitesi; kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Bu da, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtmaktadır (59).

Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavram olduğundan net bir tanım yapmak güçtür. Sadece hastalık olmaması değil, tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik halidir (63).

Yaşlıların karşılaştıkları sorunlar göz önüne alındığında, psikolojik, sosyolojik ve ekonomik refahın sağlanmasına yönelik çalışmaların ne denli önemli olduğu açıkça görülmektedir. Yaşlıların refahının sağlanmasında “yaşam kalitesi” nin iyileştirilmesi geniş kapsamlı bir yaklaşım olarak dikkati çekmektedir (64). Nitekim pek çok toplumda giderek artacağı beklenen yaşlı nüfusun toplumla entegre edilerek aile ve toplum için sıkıntıdan ziyade topluma katkı sağlayabilmesi için fiziksel ve mental sağlığının yükseltilmesi amaçlanmaktadır. Bu nedenle, orta yaş dönemi ve sonrasında bireylerin yaşamlarını sağlıklı ve üretken sürdürebilmeleri büyük önem taşımakta, buna bağlı olarak da günümüzde gerontoloji ve geriatri alanında giderek artan sayıda çalışma yapılmaktadır (23). Yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olan yaşam doyumu da gelecekteki mental sağlığın önemli bir belirleyicisi olduğundan bu konuya ilgi ve verilen önem de artmaktadır (65,66).

Yaşlı nüfusun gelişmekte olan ülkelerde daha fazla arttığı düşünülecek olursa, bu ülkelerde yaşlıların sağlıklı ve ekonomik olarak aktif kalmalarını sağlamaya yönelik çalışmalar lüks değil gereksinimdir. Aksi takdirde sayısı daha az olan genç

retken nüfusun kendisinden çok daha fazla sayıdaki yaşı nüfusun ekonomik, sosyal ve duygusal gereksinimlerini karşılaması olanaksızdır. Bu nedenle DSÖ, “aktif yaşılanma” terimini gündeme getirmiştir. Aktif yaşılanma; yaşam boyunca fiziksel, mental, sosyal iyilik için fırsatları optimum kullanarak yaşam beklentisini, retkenliğı ve yaşam kalitesini arttırmak şeklinde tanımlanabilir.

Günümüzde yaşıllık ile ilgili politikalar ve programlar yaşam beklentisini uzatmaktan ziyade yaşam kalitesini ve genel sağığı artırmaya odaklanmıştır. Temel amaç yaşama yıllar katmak değıl, yıllara yaşam katmaktır (67). Kottke’nin (1982) belirttiğı gibi yaşılların sadece uzun yaşamaları ile ilgilenilmemeli aynı zamanda onların yaşam kalitesi ve yaşamın anlamı ile de ilgilenilmelidir (68).

2.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesi, yaşamın pek çok alanını ve kişiden kişiye değışen farklı değıerleri kapsamaktadır. Fiziksel ve maddi iyilik hali, sosyal yaşama katılımı sağılayan aktivitelerde tatminkarlık, boş zaman aktiviteleri, psikolojik durum, fonksiyonel yetenek, emosyonel ve manevi açıdan iyi olma hali, aile ve arkadaşlarla ilişkilerde tatminkarlık, gelecek ile ilgili oryantasyon gibi yaşam kalitesi göstergeleri; kişinin karakterine, yaşamı algılayış biçimine, sosyo-kültürel alışkanlıklarına bağılı olarak değıişim gösterir. Bu nedenle yaşı kişilerde yaşam kalitesinin ne düzeyde olduğunun belirlenmesi için değıişik alanları sorgulayan farklı değıerlendirme yöntemleri geliştirilmiştir (69).

Yaşam kalitesi ve sağık sonuçlarının değıerlendirilmesinde kullanılan ölçütler jenerik ve hastalığa özgü olmak üzere iki gruba ayrılabilir. Jenerik ltler; genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değıerlendiren ölçütlerdir. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri ise hastalık durumundaki yaşam kalitesini ölçmek için kullanılır. Yaşam kalitesini değıerlendirme amacı ile kullanılan ölçekler çok boyutlu, kullanışlı, geçerli ve güvenilir olmalıdır (70,71).

Yaşıllarda yaşam kalitesi değıerlendirme araçlarının daha kullanılabilir ve güvenilir olması için zlmeyi bekleyen bazı metodolojik sorunlar vardır.

- Gençlerle karşılaştırıldığında yaşıllarda okuryazar olmayan oranın fazla olması,
- Bilişsel problemlerin varlığı,

- Hastalık veya tedavinin yan etkilerinin iç içe geçmesi,
- Kullanılan yaşam kalitesi değerlendirme araçlarının yaşlı popülasyonda geçerlilik çalışmalarının yapılmaması ve yaşlılarda yapılan klinik çalışmalarda üst yaş limitinin saptanmaması, yaşam kalitesi değerlendirmelerinin anlaşılır olmasını engellemektedir.

Yaşam kalitesi gibi öznel değerlendirme araçları seçilirken; ölçeğin anlaşılır, 60 dakikadan kısa sürede uygulanabilir ve puanlaması kolay bir ölçek olmasına dikkat edilmelidir (72,73).

SF-36 jenerik ölçütler içerisinde en yaygın kullanılanıdır. Yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçüttür. Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içerir. Klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir (70,74).

SF-36; yaşlılarda kullanmak için pratik ve geçerli bir ölçektir (75). Fiziksel ve mental yönden sağlığı değerlendiren toplam 36 maddelik 8 alt ölçekten oluşmaktadır (76). Bu alt ölçekler; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/vitalite, ağrı ve genel sağlıktır. SF-36'nın Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir bulunduğu Koçyiğit ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir (77).

Nottingham Sağlık Profili (NSP); hasta tarafından algılanan emosyonel, sosyal ve fiziksel sağlık problemlerini değerlendirir. Enerji, ağrı, fiziksel mobilite, uyku, emosyonel reaksiyonlar ve sosyal izolasyondan oluşan altı kategoride cevapları evet/hayır şeklinde 38 sorudan oluşur. Ankette o anki yakınmalar sorgulanır. Belirli alanlara verilen pozitif cevaplar şiddeti değerlendirmede kullanılır veya altı kategorinin toplamı bir profil olarak verilebilir (70,74,78). NSP'nin Türkçe'ye adaptasyonu ve psikometrik özellikleri Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından çalışılmıştır (79). 60 yaş ve üzeri yaşlılarda; fonksiyonların yaşa bağlı olarak belirgin şekilde bozulduğu gözlenmiştir. Yaşla ilişkili olarak fizyolojik ve psikososyal fonksiyonda azalmanın görüldüğü yaşlılarda, NSP değerlendirmesinin daha uygun olduğu kabul edilebilir (80).

2.6. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi

Bireyin yaşlanması ve toplumların yaşlanması dikkate alındığında, yaşlılık hem kişisel hem de toplumsal anlamda yaşam kalitesini belirleyen başlıca bir olgudur.

Toplumların yaşlanması ve yaşlılığın erken ölümler dışında kaçınılmaz olması, yaşlılıkta yaşam kalitesi ifadesini ortaya çıkarmaktadır (6). Yaşlı popülasyon artmaya devam ederken; ileri yaşlarda yüksek bir yaşam kalitesi seviyesinin sağlanıp sağlanamayacağı konusu da büyüyen bir genel sağlık endişesi haline gelmektedir. Yaşlanma ile birlikte yaşam kalitesinin önemli derecede azalma potansiyeli taşıdığı bilinmektedir (69). Yaş ilerledikçe bilişsel yıkım artmakta, yıkımla birlikte günlük yaşam işlevleri bozulmakta ve kişilerin yaşam kaliteleri azalmaktadır (81).

Ambulatuvar yaşlılarda gerçekleştirilen sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi incelemesinde yaşam kalitesini en fazla etkileyen durumlar; anjinal ağrı, üriner inkontinans, lokomotor problemler, görme yetersizlikleri ve mental problemler bulunmuştur (82). Yaşlı popülasyonda sosyoekonomik durum, medeni durum ve yaş gibi birçok sosyo-demografik özellik te yaşam kalitesi ile ilişkilendirilebilir.

İlerleyen yaşla birlikte fiziksel aktivitede azalmalar görülmektedir. Yaşlılıkla beraber artan inaktivite ile kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz ve kolon kanseri arasında doğrudan bir ilişki görülmektedir (83). Yaşlıların fiziksel aktivite düzeylerinin incelendiği çalışmalardan çıkan sonuçlar; yaşlı bireylerin, gençlerden daha az fiziksel aktiviteye katıldıklarını, yaşlı bayanların yaşlı erkeklerden daha az aktif olduklarını ve gelir düzeyi ve eğitim düzeyi arttıkça fiziksel aktiviteye katılımın da arttığı görülmektedir.

Düzenli fiziksel aktivitenin, birçok sistemin fonksiyonu üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır. Düzenli fiziksel aktivite ile gençlerdeki gibi yaşlılarda da kardiyovasküler sistem fonksiyonlarında %10-30 oranında iyileşmeler meydana gelmektedir. Ayrıca düzenli fiziksel aktivite, kardiyovasküler risk faktörlerinin azaltılmasına da katkıda bulunur. Vücut kompozisyonunda değişikliğe yol açmadan insülin duyarlılığında olumlu iyileşmelere neden olur. Hipertansif bireylerin kan basıncının düşürülmesinde katkı sağlar. Egzersiz ile kas kuvvetindeki ve kütlesindeki düşüşler de azalır (84).

Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen major problemlerden biri de düşmelerdir (85,86). Denge ve fonksiyonel mobilitenin bozulması da düşmeler için major risk faktörleridir (87). Yaşlılarda düşmeye etki eden risk faktörlerinden birisi de düşme korkusudur. Bu durum fiziksel ve psikolojik etkilerden kaynaklanmaktadır. Düşme korkusu ile ilişkilendirilen fiziksel aktivitedeki azalmaların kuvvet, fiziksel fonksiyon ve sosyalizasyonu azalttığı ve böylece de düşme riskini arttırdığı düşünülmektedir

(88). Daha önce yapılmış olan çalışmalarda, alt ekstremitte kas zayıflığının yaşlılarda düşmelere neden olan bir risk faktörü olduğu ortaya konulmuştur. Yaşlanma ile birlikte denge ve kas gücü bozulur. Alt ekstremitte kaslarında güç oluşturma yeteneğindeki bir azalmanın da dengenin bozulmasına yol açtığı öne sürülmektedir (89,90,91).

Yaşlılarda yaşam kalitesi ile ilişkilendirilebilecek birçok sosyo-demografik özellik vardır: yaş, sosyo-ekonomik durum ve medeni durum gibi.

Yapılan bir başka çalışmada ise; düşük sosyoekonomik pozisyona sahip olan yaşlılarda, yaşam kalitesi skorlarının da düşük olma riskinin arttığı belirtilmiştir. Yaşlılarda düşük sosyoekonomik pozisyon, zayıf fiziksel fonksiyon ve fiziksel yetersizliklerle ilişkilendirilmiştir (92,93). Fiziksel fonksiyona etki eden sosyoekonomik durum farklılıklarının açıklanmasında; biomedikal, davranışsal ve psikososyal faktörler gibi birçok faktörün etkisi olabilir. Kardiyovasküler hastalık, inme ve diyabet gibi biomedikal faktörlerin, hem düşük sosyoekonomik durum hem de olumsuz fonksiyonel sonuçlarla bağlantılı olduğu bulunmuştur. Ayrıca düşük sosyoekonomik durum; sigara içme, aşırı alkol tüketimi ve azalan fiziksel aktivite gibi birçok olumsuz davranışsal faktörle de ilişkilendirilmiştir. Son olarak ta, zayıf fonksiyonel durum oluşmasına neden olduğu düşünülen sosyoekonomik farklılıkların açıklanmasında; psikososyal faktörlerin yer aldığı belirtilmiştir (94,95).

Yaşam kalitesi genelde fiziksel durumla ilişkilendirilmesine rağmen gerçekte ekonomik, sosyal, bilişsel durum gibi yaşamın tüm yönlerini içerir. Ev ve aile ile ilgili konular, yaşamdan alınan doyum, çalışma durumu, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi ve sosyal izolasyon gibi sorunlar yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerdendir. Yaşlılarda yaşam kalitesi ve tedavinin etkinliğini değerlendirirken bu faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekir (9,96). Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bilinmesi, yaşlıların sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlar sergilemelerinde, topluma kazandırılmalarında ve mutlu olmalarında önem taşımaktadır (34). Yaşlılar için yaşamın uzunluğundan çok kalitesinin önemli olduğu unutulmamalıdır (45).

BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Bireyler

Araştırmaya Bolu İzzet Baysal Vakıf Huzurevi ile Bolu İzzet Baysal Huzurevi'nde kalan ve aile ortamında yaşayan 65 yaş ve üstü 96 kişi dahil edilmiştir.

Bolu merkezdeki sağlık ocakları ile iletişime geçilerek çalışmaya katılabilecek yaşlılar tespit edilmiştir. Huzurevinde ve aile ortamında yaşayan 128 bireyin dosyası çalışmaya alınma ve alınmama koşulları bakımından incelenmiştir. İnceleme sonucunda 5 kişinin 65 yaşın altında olduğu, 7 kişinin de sağlık koşullarının uygun olmadığı tespit edilmiştir. Geriye kalan 116 bireyle de yüz yüze görüşülmüş, 6 kişinin mobilizasyon için yardımcı cihaz kullandığı, 8 kişinin de gönüllü olarak çalışmaya katılmak istemediği tespit edilmiştir. Geriye kalan 102 yaşlı bireye Mini Mental Durum Testi yapılmış, testin sonucunda 6 kişi 24 puanın altında aldığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. 96 yaşlı bireyin katılımı ile çalışmamız bitirilmiştir.

Çalışmaya Alınma Kriterleri:

- 65 yaş ve üstü gönüllü bireyler
- Mini Mental Durum Testi'nden 24 ve üzerinde puan alanlar

Çalışmaya Alınmama Kriterleri:

- Akut bir hastalığın iyileşme döneminde olanlar
- Hayati tehlikesi olduğu bilinen kanser hastaları
- Kontrol edilemeyen yüksek kan basıncı (Diastolik kan basıncı>10, Sistolik kan basıncı>16) ve istirahat kalp atım sayısı (Dakika atım hızı > 100) olanlar
- Ciddi işitme kaybı olanlar
- Ciddi görme bozukluğu olanlar

Çalışmaya dahil edilen yaşlı bireyler, çalışma hakkında bilgilendirilerek, her bireyden bilgilendirilmiş olur formu alınmıştır. Bilgilendirilmiş olur formu EK 1'de sunulmuştur (Bkz. EK1).

Çalışmaya dahil edilen bireyler aşağıda belirtilen değerlendirme formlarına bağlı kalarak değerlendirilmişlerdir.

3.2. Yöntem

3.2.1. Değerlendirme

Çalışmaya dahil edilen yaşlı bireylere aşağıda yer alan değerlendirmeler yapılmıştır.

- 1) Değerlendirme formu
- 2) Vücut Kütle İndeksi
- 3) Mini Mental Durum Testi
- 4) Nottingham Sağlık Profili
- 5) Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği
- 6) Fiziksel Aktivite Ölçeği
- 7) Manuel Kas Testi
- 8) Berg Denge Ölçeği

1) Değerlendirme formu

Yaşlı bireylerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla aşağıdaki sorular sorulmuştur:

- Adı- soyadı
- Yaşı
- Cinsiyeti
- Dominant el
- Medeni durumu
- Eğitim durumu
- Mesleği
- Gelir düzeyi
- Sağlık güvencesi
- Görme bozukluğu olup olmadığı
- Duyma bozukluğu olup olmadığı
- Baston, koltuk değneği gibi herhangi bir yardımcı cihaz kullanıp kullanmadığı
- Son bir yıl içinde düşüp düşmediği
- İlaç kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa kullandığı ilaçlar
- Kronik hastalıkları
- Özgeçmişi

Bireylere uygulanan değerlendirme formu EK 2’de sunulmuştur (Bkz. EK 2).

2) Vücut Kütle İndeksi (VKİ)

Öncelikle bireylerin boy uzunlukları ölçülerek metre cinsinden, vücut ağırlıkları ise, tartılarak kilogram cinsinden kaydedilmiş ve Vücut Kütle İndeksi; bireylerin vücut ağırlıkları (kg cinsinden) boy uzunluklarının (m cinsinden) karesine bölünerek hesaplanmıştır (kg/m²).

3) Mini Mental Durum Testi (MMDT)

Bilişsel fonksiyonları değerlendirmek için MMDT kullanılmıştır. Bireylerin çalışmaya uygunluğunu belirlemek amacıyla kullanılan MMDT, mental durumu belirlemek üzere düzenlenmiş bir testtir. Yaşlı bireylere kognitif fonksiyonun; oryantasyon alanı ile ilgili 10, kayıt alanı ile ilgili 2, dikkat ve hesaplama alanı ile ilgili 1, hafıza ile ilgili 1 ve lisan alanı ile ilgili 6 soru içeren ve maksimum toplam puanı 30 olan bir anket uygulanmıştır (97). MMDT skorlarından; 28–30 aralığı; normal, 24–27 aralığı düşük ve 0–23 aralığı da bozuk kognitif fonksiyon durumunu göstermektedir (98). MMDT; yaşlı olgularda kognitif durum değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan ve geçerliliği olan bir testtir (99). Testte yer alan sorulara verilen yanıtlar araştırmacı tarafından kaydedilmiştir (Bkz. EK 3).

4) Nottingham Sağlık Profili (NSP)

Yaşam kalitesini değerlendirmek için NSP kullanılmıştır. NSP; 6 alanın değerlendirildiği 38 adet soru içermektedir. Bu sorular; fiziksel aktivite (8), ağrı (8), uyku (5), sosyal izolasyon (5), emosyonel reaksiyon (9) ve enerji düzeyi (3) alt gruplarını oluşturmaktadır. Sorular, bireylerden alınan evet ya da hayır cevaplarına göre değerlendirilmiştir. Bireylerden kendilerine en yakın hissettikleri yanıt vermeleri istenmiştir. Her bir alt grup 0 en iyi sağlık durumunu, 100 ise en kötü sağlık durumunu gösterecek şekilde hesaplanmaktadır (100). Bu ölçeğin Türkiye’deki kullanımı ile ilgili güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (79) (Bkz. EK 4).

5) Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği

Düşme korkusunu değerlendirmek için Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek; kısmen tehlikeli olmayan 10 farklı günlük yaşam aktivitesi sırasındaki algılanan düşme korkusu etkisinin derecesini belirlemek amacıyla tasarlanmıştır. Bu aktiviteler; banyo yapma, dolaba uzanma, ağır veya sıcak objeleri taşımayı gerektirmeyen yemek hazırlama, dışarıda dolaşma, yatağa gitme ve yataktan kalkma, kapı veya telefona bakma, sandalyeye oturma ve sandalyeden kalkma, giyinip soyunma, evi toparlama basit alışveriş yapmayı içermektedir (101). Bu çalışmada; yaşlı bireylere sessiz bir odada, her bir aktivitenin gerçekleştirilmesi sırasındaki düşme korkusunun hangi düzeyde olduğu sorulmuştur. Her bir soruya verilen cevap, 1(tamamen güvenli) ile 10(hiç güvenli değil) arasında puanlanmış, son olarak ta toplam puan (olası toplam puan aralığı 10-100) hesaplanmıştır. Toplam puan 70 ve üzerinde olan yaşlı bireylerin, düşme korkusunun olduğu varsayılmıştır (102) (Bkz. EK 5).

6) Fiziksel Aktivite Ölçeği

Yaşlı bireylerin fiziksel aktivite durumu Fiziksel Aktivite Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Bu ölçek şu puanlardan oluşmaktadır: (0) fiziksel aktivite yok, (1) ara sıra yapılan hafif düzeyde fiziksel aktivite, (2) düzenli olarak yapılan haftada 1 saatten az süreli orta düzeyde fiziksel aktivite, (3) düzenli olarak yapılan haftada 1 saatten fazla süreli orta düzeyde fiziksel aktivite, (4) düzenli olarak yapılan haftada 30 dakikadan az süreli ağır düzeyde fiziksel aktivite, (5) düzenli olarak yapılan haftada 30- 60 dakika süreli ağır düzeyde fiziksel aktivite, (6) düzenli olarak yapılan haftada 1- 3 saat süreli ağır fiziksel aktivite, (7) düzenli olarak yapılan haftada 3 saatten fazla süreli ağır düzeyde fiziksel aktivite. Bu çalışmada; bireylerden fiziksel aktivite durumlarına en uygun olan puanı belirlemeleri istenmiştir. 2 ve altındaki puanlar düşük fiziksel aktivite, 3 ve üzerindeki puanlar da yüksek fiziksel aktivite olarak değerlendirilmiştir (103) (Bkz. EK 6).

7) Manuel Kas Testi

Alt ekstremité kas kuvveti, klasik manuel kas testi ile değerlendirilmiştir (104). Dr. Lovett tarafından geliştirilen testte, yerçekimi pozisyonuna ve uygulanan

kuvvete göre kaslara 1- 5 arasında değerler verilmektedir. Ara değerleri belirtmek için “+” ve “-” işaretlerinden yararlanılır (105). Buna göre:

Normal (5): Kas yerçekimine karşı maksimum dirence karşı normal eklem hareketini (NEH) tamamlar.

İyi (4): Kas yerçekimine karşı maksimum dirençten daha az bir dirençle NEH’ini tamamlar.

Orta (3): Kas yerçekimine karşı NEH’ini tamamlar.

Zayıf (2): Kas yerçekimi elimine edilmiş pozisyonda NEH’ini tamamlar.

Eser (1): Eklemde hareket açığa çıkmadan kontraksiyon elde edilir.

Tam Paralizi (0): Kasta hiçbir kontraksiyon hissedilmez.

Çalışmada; kalça fleksörleri, kalça ekstansörleri, kalça abdktrleri, kalça adduktörleri, diz fleksörleri, diz ekstansörleri, ayak bileği plantar-dorsal fleksörleri ve ayak bileği invertör-evertrleri olmak üzere 10 kas grubu değerlendirilmiştir. Yüzüstü pozisyonda kalça ekstansiyonu ve diz fleksiyonu; yan yatış pozisyonunda kalça abduksiyon, adduksiyon ve ayakbileği eversiyonu, oturma pozisyonunda kalça fleksiyonu, diz ekstansiyonu ve ayakbileği dorsifleksiyonu ve inversiyonu, ayakta dururken ise ayakbileği plantar fleksiyonu değerlendirilerek ölçümler kaydedilmiştir (Bkz. EK 7).

8) Berg Denge lği

Dengeyi değerlendirmek için Berg Denge lği uygulanmıştır. Bu lek 14 maddeden oluşmaktadır. Her madde için yapılan aktivitedeki yeterlilik seviyesi 0; “yapamaz”, 4; “bağımsız ve güvenli yapar” olmak üzere 5 puan(0–4) ile belirtilir. Berg Denge lği içerisinde yer alan 14 fonksiyonel parametre; sırt desteksiz fakat ayaklar yer veya tabure üzerinde destekli oturma, oturmadan ayağa kalkmaya geçiş, desteksiz ayakta durma, gözler kapalı desteksiz ayakta durma, ayaklar bitişik desteksiz ayakta durma, kol dışa açılarak ayakta dururken ileriye uzanma, ayakta durma pozisyonunda yerden objeyi alma, ayakta dururken sağ ve sol omuzlar üzerinden arkaya bakma, 360° dönme, desteksiz ayakta dururken basamağa alternatif ayak yerleştirme, bir ayak diğerinin önünde iken desteksiz ayakta durma, tek ayak üzerinde durma, ayaktan oturmaya geçiş ve transferler gibi günlük fonksiyonel işleri içerir. Testi tamamlamak için gerekli süre 15-20 dakikadır. Her fonksiyonel parametre tek tek bireye gösterilerek anlatılmıştır. Bireylerden tüm parametreleri

yapmaları istenmiş, bireyin her parametreden aldığı puan değerlendirme formuna işaretlenmiştir. Tüm parametrelerden alınan puanlar toplanarak toplam puan hesaplanmıştır. Bireylerin testten alabilecekleri maksimum puan 56'dır (106,107). Berg ve arkadaşları, 45'in altındaki puanların denge bozukluğunu ve aynı zamanda düşme riskinin de artmakta olduğunu gösterdiğini öne sürmüşlerdir. 0-20 yüksek düşme riski, 21-40 orta seviyede düşme riski, 41-56 ise düşük düşme riski olarak değerlendirilmektedir (81,108) (Bkz. EK 8).

3.3 Verilerin Analizi

Çalışmanın veri analizinde; istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Analiz yöntemleri olarak; bağımsız iki grup ortalaması için t testi ve bağıntı (korelasyon) analizi kullanılmıştır. Ayrıca yaşam kalitesini en fazla etkileyen değişkenleri bulmak için, lojistik regresyon analizi yapılmıştır (109).

BULGULAR

4.1. Bireyler ve Değerlendirme Sonuçları

Çalışmaya dahil edilen 96 yaşlı bireyin fiziksel özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin Fiziksel Özellikleri

Fiziksel Özellikleri (n=96)	X±SS
Yaş (yıl)	72,50±6,71
Vücut ağırlığı (kg)	70,48±1,35
Boy uzunluğu (m)	1,60±0,07
VKİ (kg/ m²)	27,43±4,87

Çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları yer, dominant elleri, cinsiyetleri, medeni durumları, çocuk sayıları ve kullandıkları ilaç dağılımları incelendiğinde; 50 kişinin huzurevinde, 46 kişinin ailelerinin yanında yaşadığı; 93 kişinin sağ elini, 3 kişinin de sol elini kullandığı; 42 kişinin kadın, 54 kişinin erkek olduğu; 34 kişinin evli, 8 kişinin bekar, 54 kişinin dul olduğu; 16 kişinin hiç çocuğunun olmadığı, 51 kişinin 1- 2 çocuğunun olduğu, 29 kişinin ise 3 ve üzerinde çocuğunun olduğu; 85 kişinin ilaç kullandığı, 11 kişinin ise hiçbir ilaç kullanmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Bireylerin yaşadıkları yere, cinsiyetlerine, dominant ellerine, medeni durumlarına, çocuk sayılarına ve ilaç kullanım durumlarına göre dağılımları

		n=96	%
Yaşadıkları yer	Huzurevinde	50	52,10
	Ailelerinin yanında	46	47,90
Cinsiyet	Kadın	42	43,80
	Erkek	54	56,20
Dominant el	Sağ	93	96,90
	Sol	3	3,10
Medeni durum	Evli	34	35,40
	Bekar	8	8,30
	Dul	54	56,20
Çocuk sayısı	Yok	16	16,70
	1-2	51	53,10
	3 çocuk ve üzeri	29	30,20
İlaç kullanımı	Yok	11	11,50
	Var	85	88,50

Çalışmaya katılan bireylerin sosyoekonomik durum dağılımları incelendiğinde; 31 kişinin herhangi bir eğitim aşamasından mezun olmadığı, 65 kişinin en az ilkokul mezunu olduğu; 31 kişinin aylık gelir düzeyinin 84 TL olduğu, 65 kişinin aylık gelir düzeyinin 400- 670 TL olduğu; 31 kişinin herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı, 65 kişinin ise sosyal güvencesinin olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Bireylerin eğitim durumlarına, gelir düzeylerine ve sosyal güvence durumlarına göre dağılımları

		n=96	%
Eğitim durumu	Mezun değil	31	32,30
	Mezun	65	67,70
Gelir düzeyi	84 TL	31	32,30
	400-670 TL	65	67,70
Sosyal güvence	Yok	31	32,30
	Var	65	67,70

Bireyler cinsiyetlerine göre Mini Mental Durum Testi, Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği, Berg Denge Ölçeği ve Fiziksel Aktivite Ölçeği değerlerinin ortalamaları açısından karşılaştırıldığında; erkeklerin Mini Mental Durum Testi, Berg Denge Ölçeği ve Fiziksel Aktivite Ölçeği ortalamalarının kadınlara göre daha yüksek olduğu, Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği ortalamalarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$)(Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Bireylerin Katıldıkları Değerlendirme Ölçekleri ve Dağılım Değerleri (cinsiyete göre)

Değerlendirme Ölçekleri	Kadın (n=42) X±SS	Erkek (n=54) X±SS	t	p
Mini Mental Durum Testi	24.57±1.19	25.80±2.13	-3,33	0,001*
Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği	53.74±19.92	36.98±22.45	3,80	0,000*
Berg Denge Ölçeği	45.31±7.33	46.81±9.62	-0,84	0,042*
Fiziksel Aktivite Ölçeği	1.19±0.55	1.50±0.79	-2,15	0,034*

*= $p<0,05$

Bireyler yaşadıkları yere göre Mini Mental Durum Testi, Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği, Berg Denge Ölçeği ve Fiziksel Aktivite Ölçeği ortalamaları açısından karşılaştırıldığında; huzurevinde kalan yaşlı bireyler ile aile ortamında yaşayan yaşlı bireylerin Mini Mental Durum Testi, Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği ve Berg Denge Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamazken ($p>0,05$); Fiziksel Aktivite Ölçeği puan ortalamalarının aile ortamında yaşayan yaşlılarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$)(Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Bireylerin Katıldıkları Değerlendirme Ölçekleri ve Dağılım Değerleri (yaşadıkları yere göre)

Değerlendirme skalaları	Huzurevinde (n=50) X±SS	Aile ortamında (n=46) X±SS	t	p
Mini Mental Durum Testi	25.00±1.82	25.54±1.90	-1,42	0,15
Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği	44.72±23.93	43.87±21.88	0,18	0,85
Berg Denge Ölçeği	44.82±9.50	47.61±7.52	-1,58	0,11
Fiziksel Aktivite Ölçeği	1.20±0.57	1.54±0.80	-2,41	0,01*

*= $p<0,05$

Bireylerin cinsiyetlerine göre VKİ değerleri karşılaştırıldığında; kadınların ortalama VKİ değerlerinin erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$)(Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Cinsiyet ile Vücut Kütle İndeksi arasındaki ilişki

	Kadın (n=42) X±SS	Erkek (n=54) X±SS	t	p
Vücut Kütle İndeksi	29,11±5,16	26,13±4,23	3,10	0,002*

*= $p<0,05$

Bireylerin cinsiyetlerine göre Nottingham Sağlık Profili puanları karşılaştırıldığında; kadınların ortalama yaşam kalitesi puanlarının erkeklere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$)(Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Cinsiyetin yaşam kalitesi ile ilişkisi

	Kadın (n=42) X±SS	Erkek (n=54) X±SS	t	p
Nottingham Sağlık Profili	229,26±96,52	161,84±107,74	3,18	0,002*

*= $p<0,05$

Bireylerin yaşadıkları yere göre Nottingham Sağlık Profili puanları karşılaştırıldığında; huzurevinde kalan yaşlı bireyler ile aile ortamında yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Yaşanılan yerin yaşam kalitesi ile ilişkisi

	Huzurevinde (n=50) X±SS	Aile ortamında (n=46) X±SS	t	p
Nottingham Sağlık Profili	171,51±107,00	212,89±105,67	-1,90	0,06

Bireylerin medeni durumlarına göre Nottingham Sağlık Profili puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evli olan yaşlı bireylerle evli olmayanların yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Medeni durumun yaşam kalitesi ile ilişkisi

	Evli değil (n=62) X±SS	Evli (n=34) X±SS	t	p
Nottingham Sağlık Profili	185,75±106,05	201,53±111,86	-0,68	0,49

Bireylerin eğitim durumlarına göre Nottingham Sağlık Profili puan ortalamaları karşılaştırıldığında; herhangi bir eğitim aşamasını tamamlamış olanlarla olmayanların yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Eğitim durumunun yaşam kalitesi ile ilişkisi

	Mezun değil (n=31) X±SS	Mezun (n=65) X±SS	t	p
Nottingham Sağlık Profili	221,54±113,05	176,93±103,03	1,92	0,05

Bireylerin sosyal güvence durumlarına göre Nottingham Sağlık Profili puan ortalamaları karşılaştırıldığında; herhangi bir sosyal güvencesi olanlarla olmayanların yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Sosyal güvence durumunun yaşam kalitesi ile ilişkisi

	Sosyal güvence yok (n=31) X±SS	Sosyal güvence var (n=65) X±SS	t	p
Nottingham Sağlık Profili	204,70±119,24	184,96±102,30	0,83	0,40

Bireylerin ilaç kullanıp kullanmama durumlarına göre Nottingham Sağlık Profili puan ortalamaları karşılaştırıldığında; herhangi bir ilaç kullanmayan yaşlı bireylerle ilaç kullananların yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.12).

Tablo 4.12. İlaç kullanım durumunun yaşam kalitesi ile ilişkisi

	İlaç kullanmıyor (n=11) X±SS	İlaç kullanıyor (n=85) X±SS	t	p
Nottingham Sağlık Profili	142,56±107,82	197,65±106,83	-1,60	0,11

Bireylerin son bir yıl içindeki düşme sayıları, kullandıkları ilaç sayıları, VKİ ve MMDT değerlerine göre Nottingham Sağlık Profili puanları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$)(Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Yaşam kalitesi ile düşme sayısı, kullanılan ilaç sayısı, Vücut Kütle İndeksi ve bilişsel durum arasındaki ilişki

Nottingham Sağlık Profili (n=96)	r	p
Düşme sayısı	0,36	0,000*
İlaç sayısı	0,27	0,000*
VKİ	0,33	0,000*
MMDT	-0,31	0,000*

r: Pearson korelasyon katsayısı, *= $p<0,05$

Bireylerin Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği ve Berg Denge Ölçeği değerlerine göre Nottingham Sağlık Profili puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$)(Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Yaşam kalitesi ile düşme korkusu, fiziksel aktivite seviyesi ve denge durumu arasındaki ilişki

Nottingham Sağlık Profili (n=96)	r	p
Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği	0.56	0.000*
Fiziksel Aktivite Ölçeği	-0.38	0.000*
Berg Denge Ölçeği	-0.47	0.000*

r: Pearson korelasyon katsayısı, *= $p<0.05$

Bireylerin yaş, çocuk sayısı ve gelir düzeyi değerlerine göre Nottingham Sağlık Profili puanları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$)(Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Yaşam kalitesi ile yaş, çocuk sayısı ve gelir düzeyi arasındaki ilişki

Nottingham Sağlık Profili (n=96)	r	p
Yaş	-0.65	0.52
Çocuk sayısı	-0.03	0.75
Gelir düzeyi	-0.46	0.65

Bireylerin alt ekstremitte kas kuvveti değerlerine göre Nottingham Sağlık Profili puanları karşılaştırıldığında; kalça fleksörleri, diz fleksörleri ve diz ekstansörleri kas kuvveti iyi olanların yaşam kalitesi puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$)(Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Bireylerin alt ekstremitte kas kuvveti değerleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Kalça fleksörleri	Orta (n=39) X±SS	İyi (n=57) X±SS	t	p
Nottingham Sağlık Profili	240,83±112,07	172,14±85,85	4.00	0.000*

Diz fleksörleri	Orta (n=26) X±SS	İyi (n=70) X±SS	t	p
Nottingham Sağlık Profili	262,30±117,92	179,75±85,34	4.16	0.000*

Diz ekstansörleri	Orta (n=22) X±SS	İyi (n=74) X±SS	t	p
Nottingham Sağlık Profili	257,07±92,75	179,43±95,94	3.43	0.001*

Bireylerin alt ekstremitte kas kuvveti değerlerine göre Nottingham Sağlık Profili puanları karşılaştırıldığında; kalça ekstansörleri, abduktörleri ve adduktörleri kas kuvveti ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$)(Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Bireylerin alt ekstremitte kas kuvveti değerleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Nottingham Sağlık Profili (n=96)	r	p
Kalça ekstansörleri	-0.449	0.000*
Kalça abduktörleri	-0.401	0.000*
Kalça adduktörleri	-0.368	0.000*

r: Pearson korelasyon katsayısı, *= $p < 0.05$

Bireylerin Düşme Etkinlik Ölçeği puanları ile Berg Denge Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği ve alt ekstremitte kas kuvveti değerleri arasında zıt yönde anlamlı ilişki bulunurken; VKİ ve düşme sayısı değerleri arasında aynı yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Düşme Etkinlik Ölçeği puanları ile kullanılan ilaç sayısı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$)(Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği ile Berg Denge Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Vücut Kütle İndeksi, alt ekstremita kas kuvveti, düşme sayısı ve ilaç sayısı arasındaki ilişki

Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği		r	p
	Berg Denge Ölçeği	-0.66	0.000*
	Fiziksel Aktivite Ölçeği	-0.50	0.000*
	Vücut Kütle İndeksi	0.25	0.013*
	Alt ekstremita kas kuvveti	-0.38	0.000*
	Düşme sayısı	0.36	0.000*
	İlaç sayısı	0.12	0.226

r: Pearson korelasyon katsayısı, *= p<0.05

Yaşam kalitesini en fazla etkileyen değişkenlerin tespit edilmesi

Çalışmada yaşam kalitesini etkileyen birden fazla değişken vardır. Bu değişkenlerden yaşam kalitesini en fazla etkileyen değişkenleri bulmak için, lojistik regresyon analizi kullanılarak lojistik regresyon modelleri oluşturulmuştur. Oluşturulan modelde bağımlı değişken olarak Nottingham Sağlık Profili; bağımsız değişkenler olarak cinsiyet, düşme sayısı, VKİ, MMDT, Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği ve Berg Denge Ölçeği alınmıştır. Tüm değişkenler kodlanarak Tablo 4.19’da gösterildiği üzere her test için gruplar oluşturulmuş ve her gruptaki kişi sayısı belirtilmiştir.

Tablo 4.19. Model alınan değişkenlerin grup kodları ve gruplardaki kişi sayıları

	Grup kodları	n
Cinsiyet	Erkek	54
	Kadın	42
Düşme sayısı		
	0	42
	1-2	22
	2-3	16
	4 ve üzeri	16
Fiziksel Aktivite Ölçeği		
	0	7
	1	53
	2	30
	3	6
Berg Denge Ölçeği		
	36 ve üzeri	87
	36'nın altı	9
Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği		
	70 ve üzeri	24
	70'in altı	72
Vücut Kütle İndeksi		
	obez olmayan	48
	obez	48

Modeli açıklayan değişken olarak modele Düşme Etkinlik Ölçeği, düşme sayısı ve VKİ girmiştir. Düşme sayısının her alt kategorisi için NSP'den 191,2'nin altında puan alma olasılığı OR=1,82 kat (%95GA:0,355–0,853) az bulunmuştur. Obez olmayanların obez olanlara göre NSP' den 191,2'nin altında puan alma olasılığı OR=3,62 kat (%95GA:1,065–12,272) fazla bulunmuştur. Düşme Etkinlik Ölçeği'nden 36 ve daha düşük puan alanların NSP' den 191,2'nin altında puan alma olasılığı OR=5,65 kat (%95GA:0,051–0,615) az bulunmuştur. (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Yaşam kalitesi ile ilişkili değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçları

DEĞİŞKEN ADI	B	S.E.	Wald	Önemlilik (p)	(Exp. B)	% 95 Güven Sınırları	
						Alt	Üst
Düşme sayısı	-0,598	0,224	7,134	0,008	0,550	0,355	0,853
VKİ	1,285	0,623	4,250	0,039	3,616	1,065	12,272
Düşme Etkinlik Ölçeği	-1,730	0,635	7,426	0,006	0,177	0,051	0,615

TARTIŞMA

Bolu Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bağlı Bolu İzzet Baysal Huzurevi ve Bolu İzzet Baysal Vakıf Huzurevi'nde kalan yaşlı bireyler ile ailelerinin yanında kalan yaşlı bireylerin katılımı ile gerçekleştirilen bu çalışma; yaşlı bireylerde yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek, yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu belirlenen faktörlerin hangi yönde etkilerinin olduğunu ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Yaşam kalitesi ile ilişkili faktörler

Yaş

Çalışmamızda yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu konu ile ilgili literatür incelendiğinde bizim çalışmamızı destekleyen sonuçların olduğu gibi karşı görüşte olan sonuçların da olduğu görülmüştür. Özcan ve arkadaşları (2005) yaşlılarda düşme risk faktörleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında yaşam kalitesi ile yaş arasında bir ilişki olmadığını rapor etmişlerdir (110). Bu anlamda sonuçların bizim çalışmamızı destekler nitelikte olduğu görülmüştür.

Diker ve arkadaşları 65 yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisine baktıkları çalışmalarında; yaş ile NSP ağrı, NSP sosyal izolasyon, NSP uyku puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamışlardır (111) .

Birtane ve arkadaşları (2000) huzurevinde kalan 21'i kadın, 75'i erkek olmak üzere toplam 96 yaşlı bireyin yaşam kalitesine etki eden faktörleri inceledikleri çalışmalarında; yaşlanma ile yaşam kalitesinin azaldığını rapor etmişlerdir (96).

Çalıştır ve arkadaşları (2006) Muğla il merkezinde yaşayan 1047 yaşlı bireyin yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmalarında yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin azaldığını saptamışlardır (112) .

Gülseren ve arkadaşları (2000) huzurevinde yaşamakta olan 30 yaşlı birey ile kendi evlerinde yaşayan 20 yaşlı bireyin bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi yönünden karşılaştırılmasının amaçlandığı çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (113).

Yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olan fonksiyonel durumun yaşla birlikte azaldığı ancak 70 yaş üstü popülasyonda böyle bir ilişkinin olmadığı bir çalışmada belirtilmiştir (114). Çalışmamıza alınan tüm yaşlı bireylerin 65 yaş ve üstü

bireylerden seçilmiş olması yaş ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmamasının bir nedeni olabilir.

Cinsiyet

Çalışmamızda kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Çalıştır ve Turgul' un çalışmalarında kadınların yaşam kalitesi puanlarının erkeklere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (112,115). Bu sonuçlar çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Merrill ve arkadaşları (1997) çalışmalarında, yaşlılarda cinsiyet farklılıklarının fonksiyonda önemli bir belirleyici olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada özellikle kadın olguların daha fazla fonksiyonel kısıtlılık ifade ettikleri ve daha kötü performans sergiledikleri rapor edilmiştir (116). Birtane ve arkadaşları (1997) fonksiyonel aktivite açısından iki cins arasında fark bulmamalarına rağmen kadınlarda daha düşük kognitif fonksiyon ve yaşam kalitesi saptamışlardır (96).

Çalışmamızda kadınların MMDT skorlarının erkeklere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kadınların denge skorlarının ve fiziksel aktivite düzeylerinin de erkeklere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Düşme Etkinlik Ölçeği sonuçlarına göre belirlenen düşme korkusunun kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda erkeklerin fiziksel aktivite düzeylerinin yüksek olması ve düşme korkusunun kadınlardan daha az çıkması yaşam kalitesini etkileyecektir. Bu nedenle erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlara göre daha yüksek olabileceği düşüncesindeyiz.

VKİ

Çalışmamızda VKİ daha yüksek olan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Özcan ve arkadaşları (2005) huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üzeri 64'ü kadın, 52'si erkek toplam 116 yaşlı birey ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında VKİ arttıkça yaşam kalitesi skorunun azaldığını rapor etmişlerdir. Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (110).

Zwaan ve arkadaşları (2009) 640 bireyde obezite ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında VKİ ile yaşam kalitesinin fiziksel bileşeni arasında negatif yönde ilişki olduğunu, fakat VKİ ile yaşam kalitesinin mental bileşeni arasında bir ilişki olmadığını tespit etmişlerdir (117). Bizim çalışmamızda da

VKİ değerleri ile yaşam kalitesinin mental bileşeni arasında anlamlı bir fark bulunmazken, yaşam kalitesinin fiziksel bileşeni arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda fiziksel aktivite düzeyi daha yüksek olan erkeklerin kadınlara göre daha düşük VKİ değerlerine sahip olmaları da, bu sonucu desteklemektedir.

Fjeldstad ve arkadaşları (2008) obezitenin düşmeler ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmalarında VKİ yüksek olanlarda düşme görülme oranının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Aynı alışmada VKİ yüksek olanların daha düşük yaşam kalitesi ölçümlerine sahip oldukları görülmüştür (118).

Çalışmamızda VKİ değerleri ile fiziksel aktivite düzeyleri, düşme korkusu ve denge skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. VKİ değerleri daha yüksek olan yaşlı bireylerin daha düşük fiziksel aktivite düzeyi ve denge skorlarına sahip oldukları ve daha fazla düşme korkusu yaşadıkları belirlenmiştir. Obezitenin muhtemelen fonksiyonel limitasyonların gelişimine bağlı olarak yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği düşünmektedir. Yaşlılarda obezitenin nlenmesine yönelik gerekli bilgilendirme ve çalışmalara daha fazla önem verilmesi, obezitenin bu olumsuz etkilerinin ortadan kalkmasını ve böylece yaşam kalitesinin de artırılmasını sağlayacağını düşünmekteyiz.

Fiziksel aktivite

Çalışmamızda yüksek fiziksel aktivite seviyesine sahip olan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kişiler yaşlandıkça daha sedanter olma eğilimindedir. 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin sadece %7,5'i aerobik aktiviteye katılım göstermektedir. Hatta bundan daha az oranda da rezistif egzersiz çalışmasına katılım gösterdikleri bilinmektedir.

Düzenli fiziksel aktivite; mortalite ve morbiditenin azalmasına, yaşam kalitesinin artmasına, sosyoekonomik açıdan işinin daha verimli olmasına ve bilişsel fonksiyonların korunmasına ve devamlılığın sağlanması katkıda bulunur. Fiziksel aktivite seviyesi yaşlıların yaşam kalitelerini ve dolayısıyla yaşam memnuniyetlerini belirleyici unsurların başında gelmektedir. Düzenli fiziksel aktivite yapan yaşlıların kardiyovasküler, solunum, kas-iskelet, endokrin, metabolik ve bağışıklık sistemlerinde meydana gelen olumlu gelişmelerin onların genel sağlık durumlarının iyileşmesine de katkı sağlayacağı düşünmektedir (119).

Acree ve arkadaşları (2006) yaş ortalaması 70 ± 8 yıl olan 63'ü kadın ve 49'u erkek toplam 112 yaşlı bireyde fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi ile ilişkili olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapmış oldukları çalışmalarında, yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin fiziksel olarak daha aktif olan grupta daha yüksek olduğunu görmüşlerdir. Aktif bir yaşam biçimi yaşlılarda fiziksel fonksiyonun korunmasını sağlayarak yaşam kalitesinin yükselmesine katkıda bulunmaktadır (120).

Çalışmamızda fiziksel aktivite seviyesi daha yüksek olan erkeklerin kadınlara göre daha az düşme korkusu yaşadıkları tespit edilmiştir. Düşme korkusunun yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği göz önünde bulundurularak, yaşlı bireylerin fiziksel aktivite seviyelerini arttırmaya yönelik çalışmalara gereken önemin verilmesinin düşme korkusunu azaltacağı ve yaşam kalitesini de önemli ölçüde arttıracakını düşünmekteyiz.

Düşme

Çalışmamızda daha fazla düşme korkusu yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca düşme sayısı ile yaşam kalitesi arasında da anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Yıldırım ve Karadakovan (2004) yaşlı bireylerde düşme korkusu ile günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında düşme korkusunun yaşam kalitesini doğrudan ve olumsuz olarak etkilediğini, daha fazla düşme korkusu yaşayan bireylerin daha düşük yaşam kalitesi puanları aldıklarını saptamışlardır. Aynı çalışmada kadınların daha çok düşme korkusu yaşadıkları saptanmıştır (121). Bu sonuçlar bizim çalışma sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Düşme korkusu yaşlılar için büyük bir endişe nedenidir. Bu korku kısıtlayıcı ve sınırlayıcıdır. Bu durumun bireylerin kendilerini geri çekmesi, aktivitenin yavaş yavaş azalması ve yaşam kalitesinde sürekli bir düşüş ile sonuçlanacağı düşünülmektedir.

Arfken ve arkadaşları (1994) yaşlı bireylerde düşme korkusunun prevelansını ve ilişkilendirilmesini inceledikleri çalışmalarında düşme korkusunun yaş ile arttığı ve kadınlarda daha fazla olduğu sonuçlarına ulaşmışlardır. Aynı çalışmada düşme korkusunun yaşlı bireylerde yaygın olduğu ve yaşam kalitesinin azalması, kas güçsüzlüğünün artması ve düşmelerle ilişkili olduğu belirlenmiştir (122).

Özcan ve arkadaşları (2005) çalışmalarında bizim çalışma sonucumuzu destekler nitelikte düşme korkusu arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını tespit etmişlerdir (110).

65 yaş üzeri 3 kişiden 1'inin ve 80 yaş üzeri 2 kişiden 1'inin yılda en az bir kez düşme problemi yaşayacağı öne sürülmektedir (123). Her ne kadar bütün düşmelerin sadece % 5'i ciddi yaralanmalarla sonuçlansa da, psikolojik etkileri mobilitenin bozulmasına, fonksiyon kaybına ve genel anlamda bireyin yaşam kalitesinin azalmasına yol açabilir (124).

Çalışmamızda Berg Denge Ölçeği değerleri ve fiziksel aktivite seviyeleri erkeklere göre daha düşük olan kadınların daha fazla düşme korkusu yaşadıkları tespit edilmiştir. Yaşlılarda dengeyi geliştirici aktivitelerin artırılmasının düşme problemlerini azaltacağı ve yaşam kalitesinin artması yönünde katkı sağlayacağı görüşündeyiz.

Sosyoekonomik durum

Çalışmamızda eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, sosyal güvence durumu, gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Ayrıca çalışmamızda varmış olduğumuz bir diğer sonuç ta; huzurevinde yaşayan yaşlı bireyler ile ailelerinin yanında yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığıdır. Literatürde bu ilişkinin belirlenmesine yönelik çalışmalara yer verilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

Çalıştır ve arkadaşları (2006) çalışmalarında öğrenim, sosyal güvence, ekonomik durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlılık tespit etmişlerdir. Ayrıca aynı çalışmada yaşlıların birlikte yaşadığı kişi durumları ile yaşam kalitesi alt ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık olduğu tespit edilmiştir. Yalnız yaşama durumunun yaşlı bireylerde yaşam kalitesini düşürdüğü belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanların birlikte yaşadıkları kişi durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında en yüksek puanın eşiyle beraber yaşayanlarda olduğu tespit edilmiştir (112).

Gülseren (2000) huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesinin araştırılmasının amaçlandığı çalışmada yaşlıların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz yönde etkili

bulunan değişkenlerden birinin ekonomik durumun kötü olması olduğunu ortaya koymuştur. Diğer bir deyişle, gelir durumunun yaşlılıkta yaşam kalitesi üzerinde doğrudan etkili olduğunu belirlemişlerdir (113).

Oktik'in çalışmasında (2004) yaşlıların ekonomik düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasında olumlu bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bütün yaşlı bireylere asgari yaşam düzeyini sürdürebilmeleri için gereken ekonomik desteğin sağlanması gerektiği düşünülmektedir (125).

Almeida ve Rodrigues (2008) 93 yaşlı bireyle gerçekleştirdikleri yaşam kalitesine etki eden faktörleri araştırdıkları çalışmalarında medeni durum ve eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (126). Bu anlamda sonuçlar bizim çalışma sonuçlarımızla aynı doğrultudadır.

Koçoğlu ve Akın (2009) toplam 400 bireyin katılmış olduğu sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisini göstermek amacıyla yapmış oldukları çalışmalarında sosyoekonomik eşitsizliklerin yaşam kalitesi için belirleyici olduğunu saptamışlardır (127).

Çalışmamızda gelir düzeyi ve sosyal güvence ile yaşanan yer arasında anlamlı bir ilişki olduğu, aileleri ile birlikte yaşayan yaşlı bireylerin gelir düzeylerinin ve sosyal güvence durumlarının huzurevlerinde kalanlara göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da, aileleri ile birlikte yaşayan yaşlı bireylerin eğitim durumlarının da huzurevinde kalanlara göre daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Fiziksel aktivite düzeylerine bakıldığında ailelerinin yanında yaşayan yaşlı bireylerin fiziksel aktivitelerinin anlamlı şekilde daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda huzurevlerinde kalan bireylerin çoğunlukla gelir düzeyi düşük olan, sosyal güvencesi olmayan ve eğitim seviyeleri de nispeten daha düşük olan yaşlı bireylerden oluştuklarını görmekteyiz. Tüm bu etkenlerin fiziksel aktivite düzeyinin düşük olmasında rol oynayabileceği düşüncesindeyiz. Diğer yandan bu bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin de düşük olmasının yaşam kalitesinin azalmasına neden olabileceği göz önünde bulundurularak, huzurevinde yaşamakta olan yaşlıların bu konuda daha ayrıntılı ve anlaşılır şekilde bilgilendirilmesi ve fiziksel aktivitenin öneminin vurgulanması gerektiği görüşündeyiz. Bu doğrultuda huzurevlerinde fiziksel aktivite programlarının hazırlanması ve uygulanmasının yaşam kalitesini artırma yönünde faydalı olacağı görüşündeyiz.

Denge

Çalışmamızda daha yüksek denge skorlarına sahip olan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Özcan ve arkadaşları (2005) huzurevinde yaşayan yaş ortalaması 76.60 ± 6.19 yıl olan 65 yaş ve üzeri 116 bireyde düşme risk faktörleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapmış oldukları çalışmalarında denge skorları ile yaşam kalitesi puanları arasında güçlü bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Bu sonuçlar bizim sonuçlarımızı destekler niteliktedir (110).

Postürün ve hareket etme yeteneğinin korunması oryantasyon ve dengeye bağlıdır. 60 yaşın üzerindeki bireylerin % 65'i sıklıkla gün içerisinde baş dönmesi veya denge kaybı yaşamaktadır.

Yaşlı bireylerde denge ile ilişkili olan birçok risk faktörü vardır. Bunlar; koordinasyon eksikliği, kas-iskelet zayıflığı, yürüme anormallikleri, nöromusküler sistem bozuklukları ve uzaysal oryantasyon eksikliğine hassasiyettir. Bu faktörlerin denge yeteneğini kısıtlayabileceği öne sürülmektedir.

Washburn ve arkadaşları (1993) yaşlı bireylerde kullanılan fiziksel aktivite ölçeğinin gelişimi ve değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirmiş oldukları çalışmalarında fiziksel aktivite puanları ile statik denge arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir (128).

Çalışmamızda düşük denge skorlarına sahip olan yaşlı bireylerin daha fazla düşme korkusu yaşadıkları tespit edilmiştir. Yaşam kalitesini en çok düşme korkusunun etkilediğini ortaya koyduğumuz çalışmamızda, yaşlı bireylerde dengeyi geliştirici aktivitelerin artırılmasının sağlanması halinde düşme korkusunun azalabileceği ve böylece yaşam kalitesinin de artırılabilceği düşüncesindeyiz.

Alt ekstremite kas gücü

Çalışmamızda alt ekstremite kas kuvveti daha iyi olan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Özcan ve arkadaşları (2005) çalışmalarında kas kuvveti ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir (110). Bu anlamda sonuçlar bizim çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Yaşla birlikte dinamik, statik ve izokinetik kas kuvveti de azalmaktadır. Yaşa bağlı olarak gelişen sarkopeni, yaşlı bireylerde disabilite ve morbiditenin major

nedenlerinden biri olarak bilinmektedir. Kas kuvvetindeki bu azalmanın, yaşlanma ile meydana gelen fonksiyonel azalmanın bir nedeni olabileceği düşünülmektedir.

Yaşlıların kuvvetleri arttıkça, merdiven gibi güç gerektiren aktiviteleri başarma sürelerinin kısaltmakta olduğu görülmüştür. Bu durum da yaşam kalitesini etkilemektedir. İnal ve arkadaşları yaş ortalaması 78.16 ± 6.26 yıl olan, huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üstü 30 kişi ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, yaşlıların kuvvetleri arttıkça, merdiven gibi güç gerektiren aktiviteleri başarma sürelerinin kısaltmakta, reaksiyonlarının hızlanmakta olduğu sonuçlarına ulaşmışlardır. Bu anlamda bu iki çalışmanın sonuçları birbirini destekler niteliktedir. Literatürde, fiziksel performansı yüksek olanların yaşamdan memnuniyetlerinin de arttığı bildirilmektedir. Ancak yaşam memnuniyetlerinde, fiziksel aktivite kadar grup içi çalışmalara katılımın da önem kazanmakta olduğu da düşünülmektedir (129).

Çalışmamızda alt ekstremita kas kuvveti ile Berg Denge Ölçeği, düşme korkusu ve düşme sayısı arasında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Alt ekstremita kas kuvveti iyi düzeyde olan yaşlı bireylerin daha iyi denge puanlarına sahip oldukları, düşme korkularının daha az olduğu ve daha az düşme problemi yaşadıkları belirlenmiştir. Yaşlı bireylerde alt ekstremita kas kuvvetini artırmaya yönelik çalışmalara daha fazla önem verildiği takdirde yaşam kalitesinin artmasına da katkı sağlanacağı düşüncesindeyiz.

İlaç kullanımı

Çalışmamızda kullanılan ilaç sayısı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kullanılan ilaç sayısı arttıkça yaşlıların yaşam kalitelerinin düştüğü belirlenmiştir. Ancak ilaç kullanan bireylerle ilaç kullanmayan bireylerin yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Bilir (1995), 65 yaş ve üzeri yaşlıların %85'inin sürekli ilaç kullandığını rapor etmiştir. Kullanılan ilaçlar arasında kardiyovasküler sistem hastalıkları için kullanılan ilaçlar ilk sırada yer almaktadır (130).

Esengen ve arkadaşları (2000) ülkemizde huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı ile ilgili olarak yapmış oldukları bir araştırmada, büyük çoğunluğun en az bir ilaç kullandığını tespit etmişlerdir (131).

Gökçe Kutsal'ın (2006), Türkiye'nin 12 farklı şehrinde 65 yaş ve üzerindeki 1433 yaşlı ile görüşülerek çoklu ilaç kullanımının araştırıldığı bir çalışmada;

araştırmaya katılan yaşlıların en büyük çoğunluğu 4 veya daha fazla ilaç kullandıklarını ifade etmişlerdir (132).

Toplum içinde ve bakımevinde kalan yaşlılarda çoklu ilaç kullanımının araştırıldığı bir başka çalışmada 58'i toplum içinde yaşayan ve 69'u huzurevinde kalan 127 yaşlı ile görüşmeler yapılmış, ortalama ilaç kullanımı 4,5 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada huzurevinde kalan yaşlılarda çoklu ilaç kullanım oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (133).

Çalışmamızda kullanılan ilaç sayısı arttıkça, düşme korkusu ve düşme sayısının arttığı; denge skorlarının ise azaldığı tespit edilmiştir. Bu veriler doğrultusunda fazla ilaç kullanan yaşlılarda denge bozukluğu ve düşme riskinin artabileceği göz önünde bulundurularak gerekli önlemlerin alınmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Bilişsel durum

Çalışmamızda daha yüksek MMDT puanlarına sahip olan yaşlı bireylerin yaşama kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Diker ve arkadaşları (2001) 65 yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisine baktıkları bir alan çalışmasında; yaş ile MMDT arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Bu sonuçlar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (111).

Yaş ilerledikçe bilişsel yıkım artmakta, yıkımla birlikte günlük yaşam işlevleri bozulmakta ve kişilerin yaşam kaliteleri azalmaktadır.

Birtane ve arkadaşları (2000) huzurevinde yaşamakta olan 21'i kadın, 75'i erkek toplam 96 yaşlı bireyde yaşam kalitesini etkileyen faktörleri ortaya koymak amacıyla yapmış oldukları çalışmalarında MMDT skoru ile yaşam kalitesi skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir (96).

Padoani ve arkadaşları (1998) 220 bireyde kognitif performans ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında daha yüksek MMDT puanına sahip olan bireylerin yaşam kalitesi skorlarının da daha yüksek olduğunu saptamışlardır (134).

Innocenti ve arkadaşları (2002) kognitif fonksiyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında kognitif fonksiyonun yaşam kalitesi ile pozitif yönde ilişkili olduğu sonucunu belirlemişlerdir (135).

Regier ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği epidemiyolojik bir alan çalışmasında (1993) ise erkeklerde bilişsel bozukluk düzeyinin kadınlara göre daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir. Bilişsel işlevlerde bozulmanın düşük sosyoekonomik düzeyle ilişkisi vurgulanmaktadır (136).

Çalışmamızda erkeklerin MMDT skorlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Erkeklerin eğitim durumlarının da kadınlara göre daha yüksek seviyede olması, eğitim durumunun MMDT skorları üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu görüşümüzü destekleyecek çalışmaların artırılması ile yaşlılarda kognitif durumun yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesinin de faydalı olacağı görüşündeyiz.

Çalışmamızda yaşam kalitesini en fazla etkileyen değişkenleri bulmak için oluşturulan lojistik regresyon modeli sonucunda; düşme korkusu, düşme sayısı ve VKİ'nin modele girdiği sonucuna ulaşılmıştır. Düşme sayısının her alt kategorisi için NSP'den 191,2'nin altında puan alma olasılığı 1,82 kat azalmaktadır (düşme sayısı arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir). Obez olmayanların obez olanlara göre NSP'den 191,2'nin altında puan alma olasılığı 3,62 kat artmaktadır (VKİ arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir). Düşme Etkinlik Ölçeği'nden 36 ve daha düşük puan alanların NSP'den 191,2'nin altında puan alma olasılığı 5,65 kat azalmaktadır (düşme korkusu arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir).

Elde ettiğimiz tüm veriler doğrultusunda yaşlı bireylerin yaşam kalitesi üzerine etkili olan faktörlerin belirlenip, bu doğrultuda yaşam kalitesini artırmaya yönelik rehabilitasyon programlarının planlanması ve böylece sayıları gittikçe artan yaşlı bireylerin toplum içinde daha mutlu, sağlıklı olarak yaşayabilmelerine katkıda bulunulması gerektiği sonucuna varılmıştır. Yaşlı popülasyonda yaşam kalitesinin korunması sağlık alanındaki en önemli hedeflerden biri olmalıdır. Yaşam süresi uzadıkça artmakta olan yaşlı nüfusun sorunlarını ve ihtiyaçlarını ortaya çıkaracak kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır.

Beklenen yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak yaşlı popülasyonun giderek artması; gerek fiziksel yetilerin kaybı, gerekse bu yaş grubunda görülen kronik ilerleyici hastalıklara bağlı olarak gelişen yeti kayıpları geriatrik rehabilitasyona verilen önemi daha da artırmaktadır. Yaşlı bireylerin kaybettikleri fiziksel yetilerini tekrar kazandırmak, günlük yaşamda bağımsız veya en az bağımlı hale getirmek,

fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan yaşam kalitesini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak rehabilitasyonun ana hedeflerini oluşturmaktadır.

Yaşlı bakımının en temel bileşenlerinden biri olan rehabilitasyon, tıp eğitiminde ve sağlık hizmetlerinde son derece önemli bir süreç olmasının yanı sıra işlev, anatomi ve yaşam kalitesi kavramlarını öncelikli kılan filozofik bir yaklaşım özelliği de taşımaktadır.

Her tıbbi sorun ve uygulamanın yaşlı ile ilgili önemli ayrıcalıkları vardır ve bunları bilinçli olarak öğretmek ve uygulamak gerekmektedir. Unutulmamalıdır ki, “her yaşlı birey toplum içinde aktif olma ve aktif yaşlanma şansına ve hakkına sahip olmalıdır”. Başarılı ve üretken yaşlanmanın yolu da “sağlıklı yaşlanma” dan geçmektedir. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlık güvencesine kavuşabilme, mevcut sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması, yataklı ve temel koruyucu sağlık hizmetlerinin tatmin edici bir düzeye ulaştırılması, doğal olarak hem yaşam süresini uzatacak, hem de yaşam kalitesini arttıracaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma; Bolu Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bağlı Bolu İzzet Baysal Huzurevi ve Bolu İzzet Baysal Vakıf Huzurevi'nde kalan yaşlı bireyler ile aile ortamında yaşayan yaşlı bireylerin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Yaşlı bireylerde yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek, bu faktörlerin birbirleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yaptığımız çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Yaşlanma ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Ancak yaş faktörü ile yaşam kalitesini etkileyen diğer bazı faktörler arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Bu anlamda ilerleyen yaşın dolaylı olarak yaşam kalitesini etkileyebileceğini düşünmekteyiz.
2. Kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun oluşmasında kadınların Berg Denge Ölçeği puanlarının ve fiziksel aktivite seviyelerinin erkeklere göre daha düşük olması ya da düşme korkularının erkeklere göre daha fazla olmasının etkili olabileceği sonucuna varılmıştır.
3. VKİ yüksek olan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Obezitenin önlenmesine yönelik çalışmaların artırılması ile yaşam kalitesinin de artırılabilceğini düşünmekteyiz.
4. Daha yüksek MMDT puanlarına sahip olan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin mental durumlarını geliştirmeye yönelik aktivitelere yönlendirilmeleri ile yaşam kalitelerinin de artırılabilceğini düşüncesindeyiz.
5. Daha yüksek denge puanlarına sahip olan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin rehabilitasyon programlarında denge geliştirici egzersizlere yer verilmesi ile yaşam kalitesinin artırılabilceğini düşünmekteyiz.
6. Fiziksel aktivite seviyesi daha yüksek olan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yaşlı bireylerde fiziksel aktivitenin öneminin vurgulanması ve yaşlı bireyleri fiziksel aktiviteye teşvik edici çalışmaların artırılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

7. Daha fazla düşme korkusu yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca daha fazla düşme problemi yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Yaşlı bireylerde yaşam kalitesini en fazla etkilediği tespit edilen düşme korkusunu ve düşmeyi önleyici çalışmalara gereken önemin verilmesi ile yaşam kalitesinin önemli ölçüde artırılabilceğini düşünmekteyiz.
8. Yaşlı bireylerin kullandıkları ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü belirlenmiştir. Ancak ilaç kullanan bireylerle ilaç kullanmayan bireylerin yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yaşlı bireylerde gereksiz ilaç kullanımının mümkün olabildiğince önlenmesine dikkat edilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.
9. Alt ekstremita kas kuvveti iyi olan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Alt ekstremita kas kuvveti iyi düzeyde olan yaşlı bireylerin Berg Denge Ölçeği puanlarının daha yüksek ve düşme korkularının daha düşük olması sonucunda yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilendiğini düşünmekteyiz.
10. Çalışmamızda eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence durumu, gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca huzurevinde kalan yaşlı bireyler ile aile ortamında yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
11. Çalışmamızda yaşam kalitesini en fazla etkileyen değişkenleri bulmak için oluşturulan lojistik regresyon modeli sonucunda; düşme korkusu, düşme sayısı ve VKİ'nin modele girdiği sonucuna ulaşılmıştır. Düşme sayısının her alt kategorisi için NSP'den 191,2'nin altında puan alma olasılığı 1,82 kat azalmaktadır (düşme sayısı arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir). Obez olmayanların obez olanlara göre NSP'den 191,2'nin altında puan alma olasılığı 3,62 kat artmaktadır (VKİ arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir). Düşme Etkinlik Ölçeği'nden 36 ve daha düşük puan alanların NSP'den 191,2'nin altında puan alma olasılığı 5,65 kat azalmaktadır (düşme korkusu arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir).

12. Yaşlılarda yaşam kalitesinin arttırılmasına yönelik planlanacak rehabilitasyon programlarında, dengeyi, alt ekstremitte kas kuvvetini, fiziksel aktivite düzeyini geliştirici egzersizlere yer verilmesi büyük önem taşımaktadır.
13. Yaşlı bireylerde düşme korkusunun yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığı sonucu göz önünde bulundurularak, düşme korkusuna neden olan faktörlerin belirlenmesi ve bu konuda gerekli önlemlerin alınması yönünde çalışmalar yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır.
14. Bu çalışmanın fizyoterapistler ve diğer sağlık çalışanları için yaşlı bireylerin yaşam kalitelerine etki eden faktörlerin belirlenmesinde bir kaynak oluşturabileceği sonucuna varılmıştır.
15. Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerine hangi doğrultuda etkilerinin olduğunun belirlenmesi, giderek artan yaşlı popülasyonun toplum içinde daha mutlu, sağlıklı olarak yaşayabilmelerine katkıda bulunulması açısından oldukça büyük önem taşımaktadır.
16. Yapılacak olan uygulamalara yönelik planlamalarda, multidisipliner yaklaşım anlayışının benimsenmesi ile daha verimli sonuçlara ulaşılabileceği düşüncesindeyiz. Yapılan Yaşlanma Ulusal Eylem Planında oluşturulan ekip içerisinde fizyoterapistlerin de yer alması, yapılan araştırmaların sonuçlarının daha geniş kitlelere ulaştırılması ve uygulama programlarının daha uygun bir şekilde hazırlanması açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

- 1) Öz F. Yaşlılıkta Ruh Sağlığı. *Türk Hemşireler Dergisi*, **1992**; 42(2): 5–8.
- 2) Kesioğlu P, Bilgiç N, Pıçakçefe M, Uçku R. İzmir Çamdibi- 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi Yaşlılarda Yetersizlik ve Kronik Hastalık Prevelansı. *Turkish Journal of Geriatrics* **2003**; 6(1): 27–30.
- 3) Bozcuk N. Yaşlanmanın Moleküler Biyolojisi. *Romatoloji ve Tıbbi Rehabilitasyon Dergisi* **1997**; 8(2): 154–158.
- 4) Türkiye İstatistik Kurumu
Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/>
Erişim tarihi: 20.10.2009
- 5) Akyol D.A. Yaşlılığın Tanımı ve Toplumsal Konumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **1996**; 12(2): 27–30.
- 6) Başalan F, Özer M. Yaşam Doyumu ve Yaşam Kalitesi Kavramlarına Bir Bakış. *Hemşirelik Forumu Dergisi* **2003**; 6(4): 24–26.
- 7) O' Boyle CA. Measuring the Quality of Later Life. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Biological Sciences*. **1997**; 352(1363): 1871–9.
- 8) Bilir N. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü ve Yaşlılık Sorunları. Ankara, **1995**; 359–369.
- 9) Abrams WB, Beers MH, Berkow R. 'The Merck Manual of Geriatrics', Second Edition, Merck& Co, Inc. Whitehouse Station, N. J. USA, **1995**.
- 10) Ünal S. Yaşlı Hastanın Değerlendirilmesi: *Geriatry* **1997**, Y Gökçe Kutsal, M Çakmakçı, S Ünal (Ed), Cilt 1, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- 11) Lawlor D.A, Patel R, Ebrahim S. Association Between Falls In Elderly Woman and Chronic Disease and Drug Use: Cross Sectional Study. *British Medical Journal* **2003**; 327(27): 1–6.
- 12) Aslan Ş, Atalay A, Kutsal Y. Yaşlılarda İlaç Tüketimi. *Türk Geriatri Dergisi*, **2003**; 3(2): 56–60.
- 13) Doucet J, Chassagne P, Trivalle C. Drug-drug Interactions Related to Hospital Admissions in Older Adults: A Prospective study of 1000 patients. *Journal of the American Geriatrics Society* **1996**;44: 944–948.
- 14) Kayaalp O. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. Ankara: Hacettepe Taş Kitapçılık Ltd. Şti, **1998**; 94–108.
- 15) Rumsey KE. Systemic Medication Use and Health Status in the Older Adult Population. *Optometry and Vision Science* **1994**; 71: 212–219.
- 16) Gökçe Kutsal Y. Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, **2003**; 24(3- 4):1.
- 17) *Turkish Journal of Geriatrics* **1998**; 1(2): 105.
- 18) Rogers D. The Adult Years; An Introduction to Aging. Prentice- Hall Inc.(USA), **1979**; 286- 287.
- 19) Bilginer, B, Tuncer A, Apani E. (1996). "Adana Huzurevi ve Yenibaraj Sağlık Ocağı Bölgesindeki 65 Yaş ve Üzeri Yaşlıların Demografik Özellikleri", *V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı*, İstanbul, 168–171.
- 20) DSÖ. Dünya Sağlık Raporu, Dünya Sağlık Örgütü Yayınları, Genova 1998;7.

21) 1999 DSÖ raporu

Erişim adresi: <http://didb.saglik.gov.tr/yayinlar/1999>

Erişim tarihi: 15.04.2009

22) **Quadagno T.** Aging and the Life Course: An introduction to social gerontology. *The Mc-Graw Hill Companies* **1999**; 129–39.

23) Bayraktar R. (2002). “Yaşamın İkinci Yarisına Farklı Bakış Açıları”. Y. Gökçe Kutsal (ed.). *Geriatrı 2002*, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi, İstanbul, Turgut Yayıncılık, 123–131.

24) **Norman KAV.** Exercise Programming for Older Adults. Champaign, *Human Kinetics*, **1995**; 1–21.

25) **Smith E.L, Gilligan C.** Physical activity prescription for the older adult, *The Physician and Sports Medicine*, **1983**; 11(8): 91–101.

26) **Snedder E.L.** Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity: Another view. *New England Journal of Medicine*, 1983; 309: 854–856.

27) **Woodruff D.S, Birren J.E.** Aging; Scientific Perspectives and Social Issues, D. Van Nostrand Company, 1975; 70–71.

28) **Shephard R.J.** Gender, Physical Activity and Aging. CRC Press, New York. **2002**; 121–218.

29) Erişim adresi: <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf> Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı

Erişim tarihi: 15.10.2009

30) United Nations, Population Division, Economic and social Affairs. World population ageing 1950-2050. United Nations, New York 2002.

31) **Turaman C.** Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamakta Planlanması. *Turkish Journal of Geriatrics* **2001**; 4 (1): 22–27.

32) United Nations, Division of Social Policy and Development. 2003. The Ageing of the World’s Population: a demographic revolution.

33) Türkiye İstatistik Kurumu(2007)

Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr>

Erişim tarihi: 15.04.2008

34) Dirican R, Bilgel N. Yaşlılar ve Sağlık Soruları, Halk Sağlığı, Uludağ Üniversitesi, Basım Evi, 2. Baskı, 1993; 453–460.

35) United Nations Social Aspects and Country Reviews of Population Aging, (Ed.G. J.Stolnitz) United Nations Economic Comm Soon For Europe United Nations Population Fund. Economic Studies New York and Cenova No:6, 1994.

36) **Mazzeo RS, Cavanach P, Evans WJ.** ACSM Position Stand on Exercise and Physical Activity Older Adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. **1998**; 30: 992–1008.

37) **Erbaşı S, Tüfekçioğlu O, Sabah I.** Yaşlılık ve Hipertansiyon. *Türk Geriatri Dergisi* **1999**; 2: 67–70.

- 38)** Health Problems of The Elderly, Chronic Obstructive Airway Disease,
Erişim adresi: <http://www.info.gov.hk/elderly/english/healthinfo/healthproblems/coadhtml>.
ErisimTarihi: 15. 01. 2010
- 39)** **Fletcher, K, Westley CJ.** Elderly Health, (Ed. M Stanhope ve J Lancaster), Community Public Health Nursing, VI. Edition, Printed in The United States of America, **2000**; 597–613.
- 40)** Akdemir N, Görgülü S, Seviğ Ü, Uçar H, Karagöz S, Koçak F, Doğan N, Feşci H, Yaşlılık ve Sağlıklı Yaşlanma, Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı, Ankara, 1992; 379–384.
- 41)** Büyükcoşkun A, Yaşlılık Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımları, (Ed. İ. Erefe) Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Yayınları Birlik Ofset. İstanbul, 170–183, 1998.
- 42)** Hoşgeçin K, Yaşlıların Sağlık Sorunları ve Sağlık Bakımı, (Ed. Y. Öztürk ve O. Güney), Aile Sağlığı El Kitabı Kayseri, 137–142, 1995.
- 43)** Holland BE, Curren C, Aging, Total Patient Care, Foundations and Practice, Seventy Edition, (Ed. G.H. Hood, J.R.Dincer), Toronto, 81:102, 1988.
- 44)** National Diabetes Statistics, <http://www.diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/statistics/index.htm>.
Erişim Tarihi: 04.01.2010.
- 45)** Complications of Type 2 Diabetes in Elderly. <http://www.geriatrictimes.com/9030411.htm>.
Erişim Tarihi: 02.01.2010.
- 46)** Health Problems of Elderly (diabetes mellitus), <http://www.info.gov.hk/elderly/english/healthinfo/healthproblems/diabetes.htm> Erişim Tarihi: 02.01.2010.
- 47)** Edelman CL, Fulmer T, Later Adulthood, (Ed. CL Edelman ve CL Madle), Health Promotion Throughout The Life Span, Second Edition, St. Louis, Toronto, Baltimore, Philadelphia, 523–548, 1990.
- 48)** T.C. Sağlık Bakanlığı TSH Genel Müdürlüğü, Yaşlı Sağlığı, Ankara, 2002.
- 49)** Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Vehbi Koç Vakfı SANERC, Yayın No:2, İstanbul, Eylül 2003.
- 50)** Karşlı D, Yaşlılık ve Türkiye’de Yaşlı Sorunları, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, S.B. Hıfzısıha Okulu, Ankara, 1982.
- 51)** **Carlson JG.** The Wellness Behavior Interaction Model, *International Journal of Stress Management* **1997**; 4, 145–169.
- 52)** **Mannell RC.** Older Adults, Leisure, and Wellness, *Journal of Leisureability* **1999**; 26(2): 3–10.
- 53)** Bilen M. Sağlıklı İnsan İlişkileri(Geliştirilmiş 4. Baskı), Ankara 1993.
- 54)** **Akça KN, Taşçı S.** 65 Yaş Üstü Yaşlılara Bakım Veren Bireylerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* **2005**, 14: 30–36.
- 55)** **Teletar TG, Özcebe H.** Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, **2004**; 7(3):162- 165.
- 56)** **Pınar R, Çınar S.** İstanbul İlinde Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yaşayan Yaşlıların Yaşam Doyumları(kaliteleri) Farklı mı? Karşılaştırmalı bir çalışma. *Hemşire Dergisi*, **2001**; 51(4):10–18.
- 57)** **Fuhrer MJ.** Subjective Well-being: Implications for Medical Rehabilitation Outcomes and Models of Disablement. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* **1994**; 73: 358–64.

- 58) Whalley D, Mc Kenna SP, de Jong Z, van der Heijde D.** Quality of Life in Rheumatoid Arthritis. *British Journal of Rheumatology* **1997**; 36: 884–8.
- 59) The WHOQOL Group.** The Development of the World Health Organisation Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: *Springer Verlag*, **1994**: 41–57.
- 60) Patrick DL, Erichson P.** Health Status and Health Policy. New York, Oxford University Press. 1993.
- 61) De Haes JCJ, Van Knippenberg FCE.** The Quality of Life of Cancer Patients: a review of the literature. *Social Science and Medicine* **1984**; 20(8): 809–817.
- 62) Cella DF.** Quality of Life: the concept. *J Palliative Care* 1992; S(3): 8–13.
- 63) Stucki G, Kroeling P.** Principles of Rehabilitation. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. *Rheumatology*. Toronto: Mosby, 2003: 517–530.
- 64) Turan N.** (1985). Yaşlılık ve Anılar, *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi*, 3(1- 2): 33–37.
- 65) Green BH.** Risk Factors for Depression in Elderly People: a prospective study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **1992**; 86 (3): 213–17.
- 66) Baruffol E, Gisle L, Corten P.** Life Satisfaction as a Mediator between Distressing Events and Neurotic Impairment in a General Population, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **1995**; 92 (1): 56–62.
- 67) Çetin, A.** (2002). Yaşam Kalitesi ve Rehabilitasyon, Y. Gökçe Kutsal (ed.) *Geriatry 2002*, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. İstanbul, Turgut Yayıncılık, 218–221.
- 68) Kottke FJ.** Philosophic Considerations of Quality of Life for Disabled, *Archieve of Physical Medicine and Rehabilitation* **1982**; 63: 60–62.
- 69) Bumin G, Kırdı N, Kayıhan H.** Geriatrik yaş grubunda yaşam kalitesi değerlendirmesi. Arnoğul S Ed. *Geriatry ve Gerontoloji* 2006; 221–231.
- 70) Quality of Life Instruments Database.**
Erişim adresi: <http://www.qolid.org>.
Erişim tarihi: 02.12.2009
- 71) Bellamy N.** Principles of Outcome Assessment. In: Hochberg MC., Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. *Rheumatology*. Toronto: *Mosby*, **2003**: 21–30.
- 72) Dharmarajan TS, Ahmed S, Adapa SR.** Comprehensive Geriatric Assessment. In: Dharmarajan TS, Norman RA, editors. *Clinical Geriatrics*, London: The Parthenon Publishing Group, **2003**: 23–35.
- 73) Palmer RM.** Geriatric Assessment. *Medical Clinics of North America* **1999**, November 83(6): 1503–23.
- 74) van Riel PLCM, van Gestel AM, Welsing PMJ.** Evaluation and Outcome of The Patient With Established Rheumatoid Arthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. *Rheumatology*. Toronto: *Mosby*, **2003**: 893–905.
- 75) Lyons RA, Perry HM, Littlepage BN.** Evidence For The Validity of Short-form 36 Questionnaire (SF-36) in an elderly population. *Age Aging* **1994**, 23: 182–184.

- 76) Brazier J, Harper R, Jones N, O' Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T.** Validating The SF-36 Health Survey Questionnaire: new outcome measure for primary care. *British Medical Journal* **1992**; 305: 160–4.
- 77) 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**;12: 102–106.
- 78) Peker Ö.** Fonksiyonel Değerlendirme. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ed: Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y. Güneş Kitabevi, Ankara 2000: 642–656.
- 79) Küçükdeveci AA, Mc Kenna SP, Kutlay S.** The Development And Psychometric Assessment of The Turkish Version of The Nottingham Health Profile. *International Journal of Rehabilitation Research* **2000**; 23(1): 31–8.
- 80) Karlsen KH, Larsen JP, Tandberg E, Maeland JG.** Influence of Clinical And Demographic Variables on Quality of Life in Patients With Parkinson Disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* **1999**; 66: 431–5.
- 81) Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B.** Measuring Balance in The Elderly: validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health*, **1992**, 83: S7–11.
- 82) Grimby A, Svanborg A.** Morbidity And Health-related Quality of Life Among Ambulant Elderly Citizens. *Aging (Milano)*, **1997**; 9(5): 356–64.
- 83) Metz DH.** Mobility of Older People And Their Quality of Life. *Transport Policy*, **2000**; 149–152.
- 84) Lim K, Taylor L.** Factors Associated With Physical Activity Among Older People: a population based study. *Preventive Medicine*, **2005**; 40: 33–40.
- 85) Berglung AL, Ericsson K:** Different Meanings of Quality of Life: a comparison between what elderly persons and geriatric staff believe is of importance. *International Journals of Nursing Practice* **2003**, 9: 112–9.
- 86) Baker PS, Bodner EV, Allman RM:** Measuring Life-space Mobility in Community-dwelling Older Adults. *Journal of The American Geriatrics Society* **2003**, 51: 1610–1614.
- 87) Ringsberg K, Gerdhem P, Johansson J, Obrant KJ:** Is There A Relationship Between Balance, Gait Performance And Muscular Strength in 75-Year Old Women? *Age Aging* **1999**, 28: 289–293.
- 88) Friedman SM, Munoz B, West SK.** Falls And Fear of Falling: Which Comes First? A Longitudinal Prediction Model Suggests Strategies For Primary And Secondary Prevention. *Journal of The American Geriatrics Society*. **2002**;50: 1329–35.
- 89) Lord SR, Clark RD, Webster IW.** Physiological Factors Associated With Falls in An Elderly Population. *Journal of The American Geriatrics Society*. **1991**; 39: 1194–1200.
- 90) Robbins AS, Rubenstein LZ, Josephson KR.** Predictors of Falls Among Elderly People: results of two population-based studies. *Archives of International Medicine*. **1989**; 149:1628–1633.
- 91) Committee on Redesigning Health Insurance Performance Measures, Payment And Performance Improvement Programs.** Performance measurement: Accelerating improvement. Washington, D.C: *Institute of Medicine of the National Academy of Sciences*; **2006**.
- 92) Huisman Mİ Kunst AE, Mackenbach JP:** Socioeconomic Inequalities in Morbidity Among The Elderly; a European overview. *Social Science and Medicine* **2003**; 57(5): 861–873.

- 93) Guralnik JM, Fried LP, Salive ME: Disability As A Public Health Outcome in The Aging Population. *Annual Review of Public Health* **1996**; 17: 25–46.
- 94) Kaplan GA, Keil JE: Socioeconomic Factors And Cardiovascular Disease: a review of the literature. *Circulation* **1993**; 88: 1973–1998.
- 95) Seeman TE, Charpentier PA, Berkman LF, Tinetti ME, Guralnik JM, Albert M, Blazer D, Rowe JW. Predicting Changes in Physical Performance in A High-functioning Elderly Cohort: Mac Arthur studies of successful aging. *Journals of Gerontology* **1994**; 49(3): 97–108.
- 96) Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. Edirne Huzurevi Sakinlerinde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin İrdelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* **2000**; 3: 141–145.
- 97) Folstein M, Folstein SE, Mc Hugh PR. ‘ Mini Mental State’ : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* **1975**; 12: 189–198.
- 98) Pham TQ, Kifley A, Mitchell P, Wang JJ. Relation of Age-Related Macular Degeneration and Cognitive Impairment in an Older Population. *Gerontology*, **2006**;52: 353–358.
- 99) MacKenzie DM, Copp P, Shaw RJ, Goodwin GM: Brief Cognitive Screening of The Elderly: a comparison of the Mini Mental State Examination (MMSE), Abbreviated Mental Test (ATM) and Mental Status Questionnaire (MSQ) *Psychological Medicine* **1996**; 26(2): 427–30.
- 100) Hunt SM, Mc Kenna SP, Mc Even J, Backett EM, Williams J, Papp E. A Quantitative Approach To Percieved Health Status: a validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health* **1980**; 34: 281–286.
- 101) Tinetti ME, Richman D, Powell L. Falls Efficacy As A Measure of Fear of Falling. *Journal of Gerontology* **1990**; 45: 239–243.
- 102) Powell LE, Myers AM. The Activities-specific Balance Confidence (ABC) Scale. *Journals of Gerontology* **1995**; 50A: 28–34.
- 103) Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera AA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, King A, Kriska A, Leon AS, Marcus BH, Morris J, Paffenbarger RS, Jr, Patrick K, Pollock ML, Rippe JM, Sallis J, Wilmore JH. Physical Activity And Public Health: A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association* **1995**; 273: 402–407.
- 104) Daniels L, Worthingham C. Muscle Testing Techniques of Manual Examination. 3th ed, WB. Saunders Co, Philadelphia, London, 1972.
- 105) Otman S, Demirel H, Sade A. Tedavi Hareketlerinde Temel Değerlendirme Prensipleri. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu Yayınları; 1998.
- 106) Bogle Thorbahn LD, Newton RA. Use Of The Berg Balance Test To Predict Falls In Elderly Person. *Physical Therapy* **1996**; 76: 576–585.
- 107) Lajoie V, Girard A, Guay M. Comparison of The Reaction Time, The Berg Scale and The ABC in Non-fallers and Fallers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **2002**;35: 215–225.
- 108) Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI. The Balance Scale: reliability assessment with elderly residents and patients with an acute stroke. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* **1995**; 27: 27–36.
- 109) Dawson B, Trapp RG. Basic and Clinical Biostatistics 2004.

- 110) Özcan A, Donat H, Gelecek N, Özdirenc M, Karadibak D.** The Relationship Between Risk Factors For Falling And Quality of Life. *British Medical Journal Public Health* **2005**; 5: 90.
- 111) Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B.** Altmış Beş Yaş Üzerindeki Kişilerde Bilişsel Durumun Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Demografik Değişkenlerle İlişkisi: Bir alan çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* **2001**; 2(2): 79–86.
- 112) Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A.** Muğla il merkezine yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* **2006**; 9(1): 30–33.
- 113) Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A, Vural N.** Huzurevinde Yaşamakta Olan Bir Grup Yaşlıda Bilişsel İşlevler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif Belirti Düzeyi ve Yaşam Kalitesi. *Geriatry* **2000**; 3(4): 133–140.
- 114) Gagnon M, Dartigues JF, Mazaux JM, Dequae E, Lctenneur L, Giroire JM, Barberger-Gateau P.** Self Reported Memory Complaints And Memory Performance in Elderly French Community Residents: results of the PAQID Research Program. *Neuro epi-demiology* **1994**; 1 3(4):145–54.
- 115) Turgul Ö, Mandıracıoğlu A, Özüğurlu B, Özgener N, Deveci H.** Narlıdere İlçesine 65 Yaş Üstü Nüfusun Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı. İzmir 2004; 26.
- 116) Merrill SS, Seeman TE, Kasl SV, Berkman EF.** Gender Differences in The Comparison of Self-reported Disability And Performance Measures. *Journal of Gerontology* **1997**; 52(1): 19–26.
- 117) Zwaan M, Petersen I, Kaerber M, Burgmer R, Nolting B, Legenbauer T, Benecke A, Herpertz S.** Obesity and Quality of Life: A Controlled Study of Normal-Weight and Obese Individuals. *Psychosomatics* **2009**; 50: 474–482.
- 118) Fjeldstad C, Fjeldstad AS, Acree LS, Nickel KJ, Gardner AW.** The Influence of Obesity on Falls And Quality of Life. *Dynamic Medicine* **2008**; 7: 4.
- 119) Stewart KJ, Turner KL, Bacher AC, DeRegis JR, Sung J, Tayback M, Ouyang P:** Are Fitness, Activity And Fatness Associated With Health-related Quality of Life And Mood in Older Persons? *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* **2003**, 23: 115–121.
- 120) Acree LS, Longfors J, Fjeldstad AS, Fjeldstad C, Schank B, Nickel KJ, Montgomery PS, Gardner AW.** Physical Activity Is Related To Quality of Life in Older Adults. *Health and Quality of Life Outcomes* **2006**; 4: 37.
- 121) Kuzeyli Yıldırım Y, Karadakovan A.** Yaşlı Bireylerde Düşme Korkusu İle Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki. *Turkish Journal of Geriatrics* **2004**; 7(2): 78–83.
- 122) Arfken CL, Lach HW, Birge SJ, Miller JP.** The Prevalence And Correlates of Fear of Falling in Elderly Persons Living in The Community. *American Journal of Public Health*, **1994**; 84(4): 565–570.
- 123) Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF.** Risk Factors For Falls Among Elderly Persons Living in The Community. *New England Journal of Medicine*. 1988; 319:1701–1707.
- 124) Berg KO.** Balance and its measure in the elderly: a review. *Physiotherapy Canada*. 1989; 41: 240–246.
- 125) Oktik N.** Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi Kitabı. Muğla 2004.

- 126) Almeida AJ, Rodrigues VM.** The Quality of Life of Aged People Living in Homes For The Aged. *Revista Latin- Americana de Enfermagem* **2008**; 16(6): 1025–31.
- 127) Koçoğlu D, Akın B.** Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* **2009**; 2 (4), 145–154.
- 128) Washburn RA, Smith KW, Jette AM, Janney CA.** The Physical Activity Scale for the Elderly (PASE): development and evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology* **1993**; 46(2): 153–62.
- 129) İnal S, Subaşı F, Mungan Ay S, Uzun S, Alpkaya U, Hayran O, Akarçay V.** Yaşlıların Fiziksel Kapasitelerinin ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. *Geriatrici* **2003**; 6(3): 95–99.
- 130) Bilir N, Aslan D, Güngör N, Ağaç M, Siddiqui Z, Uluç F, Ülger Z, Yılmaz Ö.** Ankara’da Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Kişilerin Bazı Sağlık ve Sosyal Durumlarının Saptanması. *Geriatrici* **2002**; 5(3): 97–102.
- 131) Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Gökçe Kutsal Y, Yücel M.** Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Fonksiyonel Kognitif Değerlendirme ve İlaç Kullanımı. *Geriatrici* **2000**; 3(1): 6–10.
- 132) Gökçe Kutsal Y.** *Türk Geriatrici Dergisi* **2006**; 37–44.
- 133) Dişçigil G, Tekinç N, Anadol Z, Bozkaya AO.** Toplum İçinde Yaşayan ve Bakımevlerinde Kalan Yaşlılarda Polifarmasi. *Türk Geriatrici Dergisi* **2006**; 9(3): 117–121.
- 134) Padoani W, Dello Buono M, Marietta P, Scooco P, Zaqhi PC, De Leo D.** Cognitive Performance And Quality of Life in A Sample of 220 Nondemented Elderly People. *Archives of Gerontology and Geriatrics* **1998**; 26(1): 373–380.
- 135) Innocenti AD, Elmfeldt D, Hansson L, Breteler M, James O, Lithell H, Olofsson B, Skoog I, Trenkwalder P, Zanchetti A, Wiklund I.** Cognitive Function And Health-Related Quality of Life in Elderly Patients With Hypertension. *Blood Pressure* **2002**; 11(3) 157–165.
- 136) Regier DA, Narrow WE, Rae DS.** The De Facto US Mental And Addictive Disorders Service System: epidemiological catchment area prospective. 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry* **1993**; 50: 85–94.

EK 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Katılmış olduğunuz bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı; “yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler” dir.

Bu araştırmanın amacı; huzurevinde kalan yaşlı bireyler ile aile ortamında yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek, yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu belirlenen faktörlerin hangi yönde etkilerinin olduğunu ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

geriatrik popülasyonda sosyoekonomik durum, denge, düşme korkusu, fiziksel aktivite, ilaç kullanımı gibi faktörlerin yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini incelemek ve aynı zamanda bu faktörlerin birbirleri arasındaki etkileşimleri de belirlemektir. Bu araştırmada incelenecek olan faktörlerin yaşam kalitesine olan etkilerinin ortaya konulmasında, her bir faktör için spesifik olarak geliştirilmiş ve geçerliliği olan değerlendirme formları, soru-cevap yöntemi veya özel değerlendirme metotları kullanılacaktır.

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Fizyoterapist Gülay DÖNMEZ tarafından karşılanacaktır. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için 0505 889 08 42 no.lu telefondan Fizyoterapist Gülay DÖNMEZ’ e ulaşabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Bu araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; araştırmadan çekilmeniz durumunda, sizinle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait kimlik bilgileri gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileri verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin yapılmış olan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK 2**DEĞERLENDİRME FORMU**

Adı- Soyadı:
Doğum tarihi/ Yaşı:
Dominant el:
Medeni durum:
Eğitim durumu:
Meslek:
Çocuk sayısı:
Gelir düzeyi:
Sağlık güvencesi:
Görme bozukluğunuz var mı? :
Duyma bozukluğunuz var mı? :
Yardımcı cihaz kullanıyor musunuz? :
Son bir yıl içinde hiç düştünüz mü? :

Tarih:
Cinsiyet:

Boy: Kilo: VKI:

Adres:

Özgeçmiş:

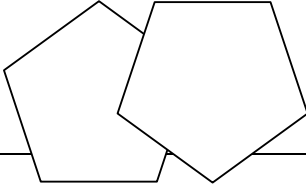
Nörolojik		Lokomotor		Kardiyak	
İnme		Bel ağrısı		Hipertansiyon	
Parkinson		Artrit		Kardiyak Yetmezlik	
		Eklem Replasmanı		Ortostatik Hipotansiyon	
		Osteoporoz			
		Kırık			

Vasküler		Endokrin		Diğer	
Periferik Vasküler Hastalık		Diabetes Mellitus		Üriner İnkontinans	
				Baş dönmesi	

Kullanılan ilaçlar:

.....

EK 3**MINİ MENTAL DURUM TESTİ (MMDT)****Hasta adı soyadı :****Tarih:**

ORYANTASYON (Her soru 1 puan)	PUAN
Bu hastanenin adı nedir?	
Şu anda hangi şehirde bulunuyorsunuz?	
Hangi yıldayız?	
Hangi aydayız?	
Bugün ayın kaçı?	
Hangi ülkedeyiz?	
Burası ülkenin hangi bölgesi?	
Bulunduğumuz binanın kaçınca katındayız?	
Bugün haftanın hangi günü?	
Bu mevsim yılın hangi mevsimi?	
ANLAMA (Toplam 3 puan)	
Üç obje adı söyleyip, hastadan bunları tekrarlamasını isteyin. (elma, araba, masa) Tekrarlayabildiklerinin sayısını kaydediniz. Hastanın doğru tekrarlayabilmek için gereksinim duyduğu sayıda o objenin adını söyleyiniz. (Tekrar sayınızı da kaydediniz.)	
DİKKAT VE HESAPLAMA (En fazla 5 puan)	
100 rakamından 7' şer 7' şer azaltarak 65' e kadar inmesini isteyiniz. 100- 93- 86- 79- 72- 65	
HATIRLAMA (Toplam 3 puan)	
Önceden söylediğiniz 3 objenin adını hatırlamasını isteyiniz.	
DİL TESTLERİ	
Göstererek isimlendirme: Saat- kalem (2 puan)	
Tekrarlama: Kırk küp, kırkı kırık küp (1 puan)	
Anlayış: Kağıdı sağ elinle kaldır, ikiye katla, döşemenin üzerine koy. (3 puan)	
Komut yazıp uygulatma: Gözlerini kapat. (1 puan)	
Herhangi bir cümle yazdırma: (1 puan) Özne, nesne ve yüklem istenir.	
ÇİZİM (Aşağıdaki şekli çizdiriniz.) (1 puan)	
	
TOPLAM PUAN (30 puan)	

EK 4

NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ

Hasta adı- soyadı:

Tarih:

EVET

HAYIR

AĞRI:

Gece ağrım var.
Dayanılmaz ağrım var.
Hareket ederken ağrım var.
Yürürken ağrım var.
Ayakta ağrım var.
Devamlı ağrı içindeyim.
Merdiven inip çıkarken ağrım var.
Otururken ağrım var.

FİZİKSEL AKTİVİTE:

Yalnız ev içinde yürüyebiliyorum.
Eğilmek çok zor
Hiç yürüyemiyorum.
Merdiven inip çıkmakta zorlanıyorum.
Bir yere uzanmakta güçlük çekiyorum.
Giyinmede güçlüğümlü var.
Uzun süre ayakta duramıyorum.
Sokakta yürümek için yardım gerekiyor.

ENERJİ DÜZEYİ:

Her zaman yorgunum.
Her şey gayret gerektiriyor.
Hiç enerjim yok.

UYKU:

Uyku ilacı alıyorum.
Sabah erken saatte uyanıyorum.
Gece uykum kaçıyor.
Uyumakta güçlük çekiyorum.
Gece uykum çok kötü

SOSYAL İZOLASYON:

Kendimi yalnız hissediyorum.
İnsanlarla ilişki kurmakta güçlük çekiyorum.
Kendimi hiç kimseye yakın hissetmiyorum.
İnsanlara ayak bağı olduğumu düşünüyorum.
İnsanlarla geçinemiyorum.

EMOSYONEL REAKSİYONLAR:

Olaylar beni zorluyor.
Beni neyin neşelendirdiğini bile unuttum.
Kendimi uçurumun kenarında hissediyorum.
Günler zor geçiyor.
Bugünlerde sık sık hiddetleniyorum.
Kendimi kontrol edemeyeceğimi hissediyorum.
Endişelerim gece uyumama engel oluyor.
Hayatın çekilmez olduğunu düşünüyorum.
Uyanınca kendimi depresyonda hissediyorum.

EK 5**TINETTI DÜŞME ETKİNLİK ÖLÇEĞİ****Hasta adı soyadı:****Tarih:**

Soru	En güvenli ⇄ En az güvenli
Banyo yapma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Dolaba uzanma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Yemek hazırlama (ağır veya sıcak objeleri taşımayı gerektirmeyen)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Evi dolaşma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Yatağa gitme ve yataktan kalkma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Kapı veya telefona bakma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sandalyeye oturma ve sandalyeden kalkma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Giyinip soyunma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Evi toplama	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Alışveriş yapma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EK 6

FİZİKSEL AKTİVİTE ÖLÇEĞİ

Hasta adı soyadı:

Tarih:

fiziksel aktivite yok

- (0) ara sıra yapılan hafif düzeyde fiziksel aktivite
- (1) düzenli olarak yapılan haftada bir saatten az süreli orta düzeyde fiziksel aktivite
- (2) düzenli olarak yapılan haftada bir saatten fazla süreli orta düzeyde fiziksel aktivite
- (3) düzenli olarak yapılan haftada 30 dakikadan az süreli ağır düzeyde fiziksel aktivite
- (4) düzenli olarak yapılan haftada 30- 60 dakika süreli ağır düzeyde fiziksel aktivite
- (5) düzenli olarak yapılan haftada 1- 3 saat süreli ağır fiziksel aktivite
- (6) düzenli olarak yapılan haftada 3 saatten fazla süreli ağır düzeyde fiziksel aktivite

EK 7

MANUEL KAS TESTİ

Hastanın adı- soyadı:

Tarih:

SAG

SOL

Kalça fleksörleri

Kalça ekstansörleri

Kalça abduktörleri

Kalça adduktörleri

Diz fleksörleri

Diz ekstansörleri

Ayak bileği plantar fleksörleri

Ayak bileği dorsal fleksörleri

Ayak bileği evertörleri

Ayak bileği invertörleri

EK 8

BERG DENGE ÖLÇEĞİ

Hastanın adı:

Tarih:

1- SIRT DESTEKSİZ FAKAT AYAKLAR YER VEYA TABURE ÜZERİNDE DESTEKLİ OTURMA

Talimat: Lütfen 2 dakika kollarınız bağlı oturun.

- () 4 emniyetli ve güvenli 2 dakika oturabiliyor.
- () 3 gözlem ile 2 dakika oturabiliyor.
- () 2 30 saniye oturabiliyor.
- () 1 10 saniye oturabiliyor.
- () 0 desteksiz 10 saniye oturamıyor.

2- OTURMADAN AYAĞA KALKMAYA GEÇİŞ

Talimat: Lütfen destek için ellerinizden destek almadan ayağa kalkın.

- () 4 ellerini kullanmadan ayağa kalkabiliyor ve bağımsız olarak stabilizasyonu sağlıyor.
- () 3 ellerini kullanarak bağımsız ayağa kalkabiliyor.
- () 2 birkaç denemeden sonra ellerini kullanarak ayağa kalkabiliyor.
- () 1 ayağa kalkmak ve stabilizasyon için minimal desteğe ihtiyaç duyuyor.
- () 0 ayağa kalkmak için orta seviyede veya maksimal yardıma ihtiyaç duyuyor.

3- DESTEKSİZ AYAKTA DURMA

Talimat: Lütfen bir yere tutunmadan 2 dakika için ayakta durun.

- () 4 2 dakika güvenli bir şekilde ayakta durabiliyor.
- () 3 gözlemlerle 2 dakika ayakta durabiliyor.
- () 2 desteksiz 30 saniye ayakta durabiliyor.
- () 1 30 saniye desteksiz ayakta durabilmek için birkaç denem gerekiyor.
- () 0 30 saniye desteksiz ayakta duramıyor.

Eğer hasta desteksiz 2 dakika ayakta durabiliyorsa, desteksiz oturma için tam puan verin.

4- GÖZLER KAPALI DESTEKSİZ AYAKTA DURMA

Talimat: Lütfen gözlerinizi kapayın ve ayakta 10 saniye bu şekilde durun.

- () 4 10 saniye güvenli bir şekilde ayakta durabiliyor.
- () 3 gözlemlerle 10 saniye ayakta durabiliyor.
- () 2 ayakta 3 saniye durabiliyor.
- () 1 gözlerini 3 saniye kapalı tutamıyor fakat yine de dengesini bozmadan duruyor.
- () 0 düşmekten korunmak için yardıma ihtiyaç duyuyor.

5- AYAKLAR BİTİŞİK DESTEKSİZ AYAKTA DURMA

Talimat: Ayaklarınızı birleştirin ve tutunmadan ayakta durun.

- () 4 bağımsız olarak ayaklarını birleştirebiliyor ve 1 dakika güvenli olarak ayakta durabiliyor.
- () 3 bağımsız olarak ayaklarını birleştirebiliyor ve 1 dakika gözlem altında ayakta durabiliyor.
- () 2 bağımsız olarak ayaklarını birleştirebiliyor ve 30 saniye durabiliyor.
- () 1 pozisyonu sürdürmek için yardıma ihtiyaç duyuyor fakat ayakta 15 saniye ayaklar bitişik durabiliyor.
- () 0 pozisyonu sürdürmek için yardıma ihtiyaç duyuyor ve 15 saniye kadar duramıyor.

6- KOL DIŞA AÇILARAK AYAKTA DURURKEN İLERİYE UZANMAK

Talimat: Kolunuzu 90 derece kaldırın. Parmaklarınızı dışa doğru gererek ulaşabileceğiniz kadar ileri uzanın. (Klinisyen, kol 90 derece uzatılmışken parmak uçlarına bir cetvel yerleştirir. Parmaklar ileri uzanırken cetvele değmemelidir. Kaydedilen ölçüm, hasta en ileri uzanan pozisyondayken parmaklarının ulaşabildiği en ileri mesafenin ölçümüdür. Mümkün olunca, hastadan gövde rotasyonunu önlemek için her iki koluyla uzanmasını isteyin.)

- () 4 emin bir şekilde ileri>25 cm' e uzatabiliyor.
- () 3 güvenli>12,5 cm' e uzatabiliyor.
- () 2 güvenli ileri>5 cm' e uzatabiliyor.
- () 1 ileri uzatabiliyor fakat gözleme ihtiyaç duyuyor.
- () 0 dış desteğe ihtiyaç duyup, dengesini kaybediyor.

7- AYAKTA DURMA POZİSYONUNDA YERDEN OBJEYİ ALMA

Talimatlar: Ayağınızın önüne yerleştirilen terlik/ayakkabıyı yerden alınız.

- () 4 yerdeki terliği kolayca ve güvenlice alabilir.
- () 3 yerdeki terliği alabilir ancak gözleme ihtiyacı var.
- () 2 alamaz, ancak terliğe 2- 5 cm yaklaşır ve bağımsız dengesini korur.
- () 1 alamaz, almaya çalışırken de gözleme ihtiyacı vardır.
- () 0 almayı deneyemez/ denge kurmak ve düşmemek için yardıma ihtiyacı vardır.

8- AYAKTA DURURKEN ARKAYA BAKMAK (SAĞ VE SOL OMUZLAR ÜZERİNDEN)

Talimatlar: Sol omzunuzun üzerinden arkaya bakın. Aynısını sağ taraf için tekrarlayın. Testleyici, hastanın arkasında tuttuğu objeye bakmasını söyleyebilir.

- () 4 her iki taraftan da bakar, ağırlık aktarımı iyidir.
- () 3 her iki taraftan da bakar, ağırlık aktarımı iyi değildir.
- () 2 sadece yana döner ancak denge sağlayabilir.
- () 1 dönerken gözleme ihtiyacı vardır.
- () 0 denge kaybetmemek ve düşmemek için yardıma ihtiyacı vardır.

9- 360 DERECE DÖNME

Talimatlar: Tam bir daire etrafında dönünüz. Durun. Daireyi bu defa ters yönden dönün.

- () 4 4 ya da daha az saniyede 360 dereceyi güvenlice döner.
- () 3 4 ya da daha az saniyede tek bir yönde 360 derece döner.
- () 2 360 derece dönebilir ancak yavaştır.
- () 1 yakın gözleme ya da sözlü uyarıya ihtiyacı vardır.
- () 0 dönerken yardıma ihtiyacı vardır.

10- DESTEKSİZ AYAKTA DURURKEN BASAMAĞA ALTERNATİF AYAK YERLEŞTİRME

Talimatlar: Her iki ayağını sırayla basamağa koy. Her ayak 4 defa basamağa dokunana kadar devam et.

- () 4 bağımsız olarak ayakta durur ve 8 adımı 20 sn içinde tamamlar.
- () 3 bağımsız olarak ayakta durur ve 8 adımı 20 sn den uzun bir sürede tamamlar.
- () 2 yardımsız ve gözlemsiz 4 adımı tamamlar.
- () 1 minimal yardımla 2' den fazla adımı tamamlar.
- () 0 düşmemek için yardıma ihtiyacı vardır./ Deneyemez.

11- BİR AYAK DIĞERİNİN ÖNÜNDE İKEN DESTEKSİZ AYAKTA DURMA

Talimatlar: (Hastaya gösteriniz.) Bir ayağınızı diğerinin önüne yerleştirin. Eğer adımınızı yeterli ölçüde öne atmadığınızı hissederseniz, öndeki ayağın topuğunu, arkadaki ayağın parmakları hizasına getirmeye çalışın. (3 skoru için, hasta diğer ayağın uzunluğundan daha uzun bir adım atabilmeli, adım genişliği ise kişinin normal adım genişliği kadar olmalı.)

- () 4 hasta tandem duruşuna bağımsızca gelebilmeli ve 30 sn bu pozisyonda durabilmeli.
- () 3 hasta bir ayağını diğerinin önüne bağımsızca koyabilmeli ve 30 sn bu pozisyonda durabilmeli
- () 2 bağımsızca küçük bir adım atabilmeli ve 30 sn bu pozisyonda durabilmeli
- () 1 adım atabilmek için yardıma ihtiyacı vardır ve 15 sn bu pozisyonda durabilmeli.
- () 0 adım atarken ya da ayakta dururken dengesini kaybeder.

12- TEK BACAK ÜZERİNDE DURMA

Talimatlar: Tutunmadan durabildiği kadar tek ayak üzerinde durması istenir.

- () 4 tek bacağını bağımsız kaldırır ve bu pozisyonda 1 sn den uzun bir süre durabilir.
- () 3 tek bacağını bağımsız kaldırır ve bu pozisyonda 5- 10 sn durabilir.
- () 2 tek bacağını bağımsız kaldırır ve bu pozisyonda 3 sn ya da daha uzun süre durabilir.
- () 1 bacağını kaldırmaya çalışır, 3 sn tutamaz ancak bağımsızca ayakta durabilir.
- () 0 deneyemez ya da düşmemek için yardıma ihtiyacı vardır.

13- AYAKTAN OTURMAYA GEÇİŞ

Talimat: Lütfen oturun.

- () 4 minimal el kullanımı ile güvenli bir şekilde oturuyor.
- () 3 ellerini kullanarak oturmayı kontrol ediyor.
- () 2 oturmayı kontrol etmek için bacaklarının arkasını sandalyeye doğru kullanıyor.
- () 1 bağımsız olarak oturuyor fakat kontrolsüz bir oturuşu var.
- () 0 oturmak için yardımcıya gerek duyuyor.

14- TRANSFERLER

Talimat: Dönüşlü bir transfer için sandalyeyi (sandalyeleri) düzenleyin.

Hastaya kollu bir sandalyeye ve bir de kolsuz bir sandalyeye doğru geçmesini söyleyin. 2 sandalye (biri kollu, biri kolsuz) veya bir yatak ve bir sandalye kullanabilirsiniz.

- () 4 hafif bir el kullanımı ile güvenle transfer yapabiliyor.
- () 3 kesin el yardımı ile güvenle transfer yapabiliyor.
- () 2 sözel ipucu veya gözlemlerle transfer yapabiliyor.
- () 1 bir kişinin yardımına ihtiyaç duyuyor.
- () 0 güvende olmak için 2 kişinin yardımına veya gözlemine ihtiyaç duyuyor.

() TOTAL SKOR (Max. 56)



T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
İZZET BAYSAL TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ETİK KURULU
BOLU

SAYI : 83
KONU: Sonuç

24.07.08

Sayın, Gülay DÖNMEZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü F.T.R AD
Yüksek Lisans Öğrencisi

Klinik Laboratuar Araştırmaları Etik Kurul Alt Kurulu tarafından 2008/100-39 no.lu
“Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler” çalışmanız etik olarak uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunulur. Saygılarımla.

Prof. Dr. AYSEL KÜKNER
Tıbbi Etik Genel Kurul Başkanı