

Tıp Öğrencilerinin Yaşlı Bakımevine Ziyaretleri: Yaşam Kalitesine Ne Katar?

Medical Students Visits to a Nursing Home: What Does it Add to Quality of Life?

Dr. Nilgün ÖZÇAKAR^a
Dr. Mehtap KARTAL,^a
Dr. Dilek GÜLDAL^a

^aAile Hekimliği AD,
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İzmir

Geliş Tarihi/Received: 02.09.2008
Kabul Tarihi/Accepted: 13.10.2008

Bu çalışma 4-7 Eylül 2008 tarihinde yapılan WONCA EUROPE 2008 14th Regional Conference kapsamında bildiri olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Nilgün ÖZÇAKAR
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği AD, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
nilgun.ozcakar@deu.edu.tr

ÖZET Amaç: Yaşlanma doğumla başlayan bir takım fiziksel ve fizyolojik değişikliklerle insan vücudunda zaman geçtikçe günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalara neden olan doğal bir süreçtir. Yaşlılar için bu kısıtlılıkların yaşam kaliteleri üzerinde büyük etkisi vardır. Amacımız devlete bağlı bir yaşlı dinlenme ve bakımevinde yaşayan yaşlıların genel özellikleri ve sağlık durumları ile tıp fakültesi öğrencilerinin ziyaretlerinin yaşam kalitesine etkisini belirlemektir. **Gereç ve Yöntemler:** Randomize kontrollü çalışma olarak planlanan araştırmada; sosyodemografik özellikler, sağlık durumu ve SF-36 yaşam kalitesi sorularını içeren anket, 18'i çalışma 36'sı kontrol grubunda yer alan, görüşmeyi tamamlamalarını engelleyen bir durumu olmayan 54 bakımevi sakinine uygulanmıştır. Çalışma grubu, tıp fakültesi üçüncü sınıf öğrencileri tarafından 15 gün arayla, beş kez ziyaret edilmiştir. Ziyaretler sırasında öğrenciler, yaşlıların problemlerini dinlemiş, günlük yaşam hakkında konuşmuşlardır. Dört ay sonunda tüm katılımcılara SF-36 anketi tekrar uygulanmıştır. Veriler SPSS 11.0 programında Pearson ki-kare (χ^2), Fisher exact testi ve Mann-Whitney U testleriyle değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Başlangıçta çalışma ve kontrol grupları arasında SF-36 alt ölçek puanları açısından fark yoktur. Çalışmanın sonunda çalışma grubunun fiziksel fonksiyon ($p=0.040$), genel sağlık ($p=0.002$), vitalite ($p=0.000$), rol kısıtlılığı-emosyonel ($p=0.000$), mental sağlık ($p=0.010$) alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. **Sonuç:** Akrabaları ya da arkadaşları olmadıkları halde tıp öğrencilerinin bakımevindeki yaşlıları düzenli ziyaretleri yaşam kalitesi puanlarını arttırmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi; bakımevi; yaşlı

ABSTRACT Objective: Aging is a natural process with physical and physiological changes beginning at birth leading to limitations in daily living activities as time passes. For elderly, these limitations have great impact on their quality of life. Our aim was to determine the general characteristics and health status of elderly living in a state resting and nursing home and the effect of the visits of medical students to their quality of life. **Material and Methods:** A randomized controlled trial was planned; a questionnaire including sociodemographic characteristics, health status, and SF-36 quality of life questions were applied to 18 people allocated to study and 36 individuals in control group who had no disability to complete the interview. The study group was visited by third year medical students in every 15 days for five times. During visits the students listened to their problems and talked about daily life. At the end of fourth month SF-36 was reapplied to all participants. SPSS 11.0 for Windows was used for data analysis including Chi-square (χ^2) test or Fisher's exact test and Mann-Whitney U. **Results:** Cases and controls had no differences for SF-36 subscales at the beginning, but at the end of the study, there were statistically significant differences between group for physical functioning ($p=0.040$), general health ($p=0.002$), vitality ($p=0.000$), role-emotional ($p=0.000$), and mental health ($p=0.010$). **Conclusions:** Although they were not relatives or friends, medical students' regular visits to elderly living in nursing home increased their scores of quality of life.

Key Words: Quality of life; nursing homes; aged

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010;30(1):17-23

Yaşlanma normal bir süreç olup doğumdan ölüme kadar devam eden kaçınılmaz ve geri dönüşsüz özelliktir. Yaşlılık bireyin fiziksel açıdan kayba uğradığı, yeti yitimlerinin artışıyla çevresine bağımlı hale geldiği ve ruhsal sorunları daha fazla yaşadıkları bir dönemdir.¹ Yine bu dönemde fiziksel kısıtlılıklarla birlikte eş ve arkadaşların kaybı giderek artan izolasyona yol açar. Yaşlı açısından değerlendirildiğinde; ev yaşının bildiği, içinde kendini güvende hissettiği, anılarıyla beraber olduğu bir ortamdır. Aile kurumundaki küçülme bu ortamın ve yaşlının aile içi statüsünün değişmesine neden olmuştur. Gelişmiş ülkelerde genellikle ekonomik ve sağlık sorunları nedeni ile evlerinden ayrılmak zorunda kalan yaşlılar kendileri için düzenlenmiş bakım merkezleri ve benzeri yerleri tercih ederler.² Bakımevleri ise yaşlıların çevre denetimini görel olarak yitirdiği, ilk kez karşılaşılan ve farklı kültürlerden gelen insanlarla birlikte yaşamak zorunluluğunun olduğu yeni bir ortamdır. Dünyada yaşlı sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi çalışmalarında yaşlılara buldukları doğal ortamlarında en etkin hizmetin verilmesi önerilmektedir.³⁻⁶

Yaşlılıkta sağlık durumunun ele alınmasında çok yönlü yaklaşım önerilmekte ve sağlık durumunun depresyon, yaşam kalitesi, kişiler arası yakınlık duygusu ve sosyal destek alanları ile birlikte değerlendirilmesinin yararlı olduğu belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı fiziksel, mental ve sosyal iyilik hali olarak tanımlarken, verilmesi gereken sağlık bakımı ve değerlendirilmesi arasında morbidite ve mortalite kadar yaşam kalitesinin de olması gerektiği vurgulanmaktadır.⁷

Genellikle; yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğu, fiziksel fonksiyon, psikolojik durum, sosyal etkileşim ve somatik duyu ölçütlerini içermesi gerektiği konusunda görüş birliği mevcuttur. Genel yaşam kalitesi sadece fonksiyonel yetileri değil, aynı zamanda semptomları, tedavilerin yan etkilerini, sosyal, psikolojik, ruhsal, ailesel ve finansal bakış açıları gibi değişik boyutları da içerir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi optimal tıbbi bakım için temel ölçüt haline gelmiştir. Özellikle sayıları giderek artan yaşlı bireylerin izlemlerinde ve tedavilerinde yaşam kalitesi ölçütleri her geçen gün daha fazla alanda kullanılmaktadır.^{8,9}

Yapılan çalışmalarda huzurevinde kalan yaşlılarda yaşam kalitesinin daha kötü bulunması ve depresyonun sağaltımı ile yaşam kalitesinin düzelmediğini gösteren sonuçlar, yaşam kalitesi araştırmasının çok yönlü bir kavram olarak ele alınmasının gerekliliğini desteklemektedir.¹⁰ Çalışmalarda yaşam kalitesi ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunan depresyon dışındaki değişkenler arasında yaş, eğitim durumu ve huzurevinde geçen süre yer almaktadır. Huzurevinde kalan yaşlıların ekonomik durumunun daha kötü olması ile ve huzurevinde geçirdikleri sürenin artışı ile yaşam kalitesinin bozulma eğilimi arasında bağıntı olduğu belirlenmiştir. Bu bilgilere göre sosyal ve ekonomik desteği olmayan yaşlıların huzurevinde kalma tercihleri ve bunu sürdürme mecburiyetleri; bu sürecin uzamasının da yaşam kalitesini bozduğu söylenebilir.¹¹ Bir başka önemli etken de yaşlıların sosyal izolasyon ile kendilerine değer verildiğini hissetmeme, gençlerle bir arada olamama, sorunlarını belki de hatıralarını anlatacak kimse bulamaları olabilir.

Yaşlılar ile ilgili çalışmalar ülkemizde ne yazık ki istenilen düzeyde değildir. Son yıllarda yapılan çalışmalar strese karşı yaşlının korunmasında sosyal destek sistemlerinin önemini ortaya çıkarmıştır. Tıp eğitiminin toplumun sağlık gereksinimlerine cevap verecek hekimler yetiştirme ve hekimlerin eğitimi yoluyla toplumun sağlık düzeyini geliştirme hedeflerine yönelik topluma dayalı eğitim ve uygulayarak öğrenme giderek ön plana çıkmıştır. Bu açıdan tıp öğrenim ve eğitiminin kendisinin de hastalar ve toplum için sosyal destek olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışma bir yaşlı bakımevinde yaşayan yaşlıların genel ve sağlık durumlarıyla birlikte tıp fakültesi öğrencilerinin ziyaretlerinin yaşam kalitelerine olan etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Randomize kontrollü çalışma olarak planlanan bu araştırma, devlete bağlı bir yaşlı bakımevinde 2006 yılının Şubat-Mayıs ayları arasında yapılmıştır. Araştırma için öncelikle ilgili kurum yetkililerinden, ardından Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakül-

tesi Etik Kurul'undan onay alınmıştır. Araştırma, Tıp Fakültesi üçüncü sınıf öğrencileri ile yürütülen özel çalışma modülü programı çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Bu programda konuya ilgi duyan 18 öğrenci görev almıştır. Bu nedenle her bir öğrencinin bir yaşlıyı izlemesi amacı ile çalışma grubuna 18 kişi dahil edilmiştir. İletişim kurulabilen, algılamayı etkileyen bir hastalığı olmayan 65 yaş ve üzeri huzurevi sakinleri arasından rasgele seçilen ve araştırmayı kabul eden 54 kişinin 18'i çalışma, 36'sı kontrol grubuna yine rastgele olarak yerleştirilmiştir. Müfredatlarında iletişim dersi olan öğrencilerimize ayrıca yaşlı sağlığı ile ilgili bilgi verilmiş, huzurevi ortamı ve kısa form-36 (SF36) tanıtılmıştır. Öğrencilerin anketi ve görüşmeleri standart bir şekilde gerçekleştirmelerine yönelik bilgilendirme yapılmıştır.

ARAŞTIRMADA KULLANILAN ARAÇLAR

Çalışmamızda yaşlıların sosyo-demografik özelliklerini, sağlık durumlarını belirlemeye yönelik bilgi toplama formu, enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ve yaşam kalitesini belirlemeye yönelik SF-36 kullanılmıştır.

Yaşamın normal olarak sürdürülmesi için gerekli olan aktivitelerin oluşturulmasındaki yetersizlik en iyi şekilde yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yalnız veya yardımla sürdürmedeki yeterlilikleri ile değerlendirilmektedir. Enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri ölçeği Lawton ve Brody tarafından geliştirilmiş olup yedi sorudan oluşur. Bu sorular telefon kullanabilme, araba-taksi ile yolculuk etme, gıda ve giysi alışverişi, yemek hazırlama, ev işleri, ilaçlarını tanıma ve kullanabilme, para ile ilgili işleri yapabilmeye. Sorular normal ise 0, kısmen bağımlı ise 1, tam bağımlı 2 olarak puanlanır. Toplam puan 0 (normal) ile 14 arası değişir. İşlevsellik azaldıkça puan artar.¹²

SF-36 değişik işlevsellik alanlarında yaşam kalitesini ölçen ve birçok dil ve kültürde kullanılan bir ölçek olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve ark. tarafından çalışılmıştır.¹³ Hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir ve uygulanması yaklaşık 10-15 dakika sürmektedir. SF 36 ölçeği genel sağlık değerlendirmeleri ve değişikliklerinin belirlenmesinde kullanılırken yaşam kalitesinin se-

kiz boyutunu inceler. Yaşam kalitesinin değerlendirildiği alanlar şunlardır: fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ağrı, mental sağlık, enerji, rol kısıtlılığı (emosyonel), rol kısıtlılığı (fiziksel) ve sağlığın genel olarak algılanması. Tüm alt ölçeklerde yüksek puan yaşam kalitesinin daha iyi durumda olduğunu, tersine puan azalması yaşam kalitesinin bozulmakta olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında ilk ziyarette 54 yaşlı ile görüşülerek SF-36 ve formların doldurulması sağlanmıştır. Daha sonra her bir öğrencinin çalışma grubunda yer alan bir yaşlıya 15 gün arayla düzenli beş ziyaret yapması sağlanmıştır. Hangi öğrencinin hangi yaşlı ile ilgileceği de rastgele olarak belirlenmiştir. Öğrencilere, yaşlılara her ziyarette yapacakları görüşmelerin standardizasyonunu sağlamak amacıyla bir form hazırlanmıştır. Öğrencilerin, her ziyaret sonrasında bu formu doldurarak görüştükleri yaşlıların "günlük yaşamları, aile ve arkadaş ilişkileri, varsa sorunları ve öğrencilerin kendilerini ziyaretleri konusundaki düşünceleri"ni kayıt etmişlerdir. Dördüncü ayın sonunda yapılan son ziyarette öğrencilerin ilk görüşmede olduğu gibi tüm yaşlılara SF-36'yı uygulamalarıyla çalışma tamamlanmıştır.

Katılımcılardan alınan bilgilere göre, izlem görüşmelerinin yapıldığı süreç içinde her iki gruptaki katılımcılarda önemli bir yaşam değişikliği olmadığı ifade edilmiş, bu durum bakımevi yetkilileri tarafından da doğrulanmıştır.

Toplanan veriler SPSS 11.0 programında Pearson ki-kare (χ^2), uygun olduğunda Fisher exact testi ve Mann-Whitney U testleriyle değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Yaşlıların %53.7'si kadın, %37.0'si evli olup huzurevinde eşleriyle birlikte yaşamaktadırlar. Yaş ortalaması 77.6 ± 6.8 yıl (65-91)'dir. Yaşlıların %85.2'sinin çocuğu vardır ve ortalama çocuk sayısı 2.0 ± 1.4 'tür. Katılımcıların %88.9'unun kronik hastalığı mevcut olup çalışma ve kontrol grupları arasında yaş ($p= 0.105$), cinsiyet (0.082), çocuk sahibi olma ($p= 0.418$) ve kronik hastalık durumu ($p= 0.651$) açısından anlamlı fark yoktur. Çalışma ve

kontrol gruplarına ait sosyo-demografik özellikler Tablo 1'de özetlenmiştir. Yaşlılarda en sık görülen ilk üç hastalık sırasıyla hipertansiyon, kalp hastalıkları ve diyabettir.

Enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri ölçeği değerlendirmelerine göre çalışma grubunun ortalaması puanı 5.83 ± 1.29 , kontrol grubunun ise 5.52 ± 1.34 'tür. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.200$) bulunmamıştır. Yaşlıların tamamı yemek yeme, giyinme ve tuvalet gereksinimlerini karşılama konusunda herhangi bir kişiye bağımlı olmadıklarını ifade etmektedirler. Çalışma grubunda sadece bir kişi telefon kullanımı, vücut temizliği ve banyo yapma sırasında yardıma ihtiyaç duyduğunu söylerken kontrol grubunun tamamı bu işlerini kendileri yapabilmektedir. Ulaşım araçlarından yararlanma konusunda her iki gruptan birer

TABLO 1: Yaşlıların sosyo-demografik özellikleri.

Özellikler	Çalışma Grubu % (n)	Kontrol Grubu % (n)	p
Cins*			
Erkek	27.8 (5)	55.6 (20)	0.082
Kadın	72.2 (13)	44.4 (16)	
Yaş (yıl)			
71 yaş altı	22.2 (4)	13.9 (5)	0.105
71-80	27.8 (5)	58.3 (21)	
81 yaş ve üzeri	50.0 (9)	27.8 (10)	
Medeni durum			
Eşi var	27.8 (5)	41.7 (15)	0.381
Eşi yok	72.2 (13)	58.3 (21)	
Çocuk*			
Var	77.8 (14)	88.9 (32)	0.418
Yok	22.2 (4)	11.1 (4)	
Eğitim durumu			
Ortaokul ve altı	50.0 (9)	30.6 (11)	0.273
Lise ve üzeri	50.0 (9)	69.4 (25)	
Meslek			
Çalışmış	61.1 (11)	75.0 (27)	0.351
Çalışmamış	38.9 (7)	25.0 (9)	
Gelir durumu			
<500 TL	11.1 (2)	8.3 (3)	0.825
500-1500 TL	77.8 (14)	72.2 (26)	
1501-5000 TL	11.1 (2)	16.7 (6)	
>5000 TL	0.0 (0)	2.8 (1)	
Kronik hastalık*			
Var	94.4 (17)	86.1 (31)	0.651
Yok	5.6 (1)	13.9 (5)	

* Fisher Exact Testi.

TABLO 2: Yaşlıların sağlık sorunları.

Özellikler	Çalışma Grubu % (n)	Kontrol Grubu % (n)	p*
Görme güçlüğü			
Var	50.0 (9)	61.1 (22)	0.627
Yok	50.0 (9)	38.9 (14)	
İşitme güçlüğü			
Var	33.3 (6)	47.2 (17)	0.496
Yok	66.7 (12)	52.8 (19)	
Unutkanlık			
Var	55.6 (10)	58.3 (21)	1.000
Yok	44.4 (8)	41.7 (15)	
Uyku sorunu			
Var	38.9 (7)	22.2 (8)	0.334
Yok	61.1 (11)	77.8 (28)	
Hareket kısıtlılığı			
Var	16.7 (3)	33.3 (12)	0.334
Yok	83.3 (15)	66.7 (24)	
Kuvvet kaybı			
Var	38.9 (7)	47.2 (17)	0.771
Yok	61.1 (11)	52.8 (19)	
Hazımsızlık			
Var	44.4 (8)	25.0 (9)	0.254
Yok	55.6 (10)	75.0 (27)	
Kabızlık			
Var	50.0 (9)	30.6 (11)	0.273
Yok	50.0 (9)	69.4 (25)	
İdrar sorunu			
Var	44.4 (8)	33.3 (12)	0.618
Yok	55.6 (10)	66.7 (24)	

* Fisher Exact Testi.

kişi yardıma ihtiyaç duyarken, birer kişi de tamamen bağımlı hareket etmekte olduğunu söylemektedir. Çalışma grubundan bir kişi, kontrol grubunda ise iki kişi odasını toplamada yardıma ihtiyaç duyarken bu iş için tamamen bağımlı olma durumunda çalışma grubunda bir kişi, kontrol grubunda iki kişi bulunmaktadır. Çalışma grubunun %72.2'si (13) kendi başına, %11.1'i (2) yardımla alışveriş yapabilirken %16.6'sı (3) tamamen başkalarına bağımlıdır. Kontrol grubunda ise %83.3'ü (30) kendi başına, %11.1'i (4) yardımla alışveriş yapabilirken %5.5'inin (2) tamamen başkalarına bağımlı olarak alışveriş yapabildikleri tespit edilmiştir.

Hastaların yaşadıklarını söyledikleri sağlık sorunları Tablo 2'te görülmektedir.

Yaşlıların huzurevine ait düşünceleri ve ziyaret durumlarına ilişkin bilgileri Tablo 3'de özetlenmiştir.

Tablo 4'te görüldüğü gibi ilk görüşmede uygulanan SF-36 sonuçları çalışma ve kontrol grubu için benzer bulunmuştur. Katılımcıların dört ayın sonunda yapılan değerlendirmelerinde ise çalışma grubunun SF-36 puanları fiziksel fonksiyon ($p=0.040$), genel sağlık ($p=0.002$), vitalite ($p=0.000$), rol kısıtlılığı-emosyonel ($p=0.000$), mental sağlık ($p=0.010$) alt grupları için kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur.

TARTIŞMA

Çalışmamızın tıp eğitiminde özel çalışma modülleri çerçevesinde yapılmasının olumlu ve olumsuz katkıları olmuştur.

Bilindiği gibi topluma dayalı tıp eğitiminin önemli bir bileşeni eğitim sürecinin topluma da bir katkı sağlamasıdır. Bu çerçevede çalışma, öğrenci eğitimi sırasında yaşlılara sosyal destek sağlanması açısından olumlu bir yaklaşımı içermektedir. Modüldeki öğrencilerin sayısının azlığı ise çalışmanın tıp eğitimi müfredatı çerçevesinde yapılmasının bir sonucu olarak ortaya çıkarken öğrencilerin konuya ilgi duyanlar arasından seçilmiş olmaları belli bir yan tutmaya neden olmuş olabilir.

Çalışmamızın başlangıcında kontrol ve deney grupları arasında gerek demografik gerekse günlük yaşam aktiviteleri açısından bir fark olmadığı halde sonunda deney grubunda genel sağlık, fiziksel

TABLO 3: Yaşlıların huzurevine ait düşünceleri ve ziyaret durumlarına ilişkin bilgileri.

Özellikler	Çalışma Grubu % (n)	Kontrol Grubu % (n)	p*
Birlikte yaşanan kişilerle ilişki			
İyi	77.8 (14)	86.1 (31)	0.461
Kötü	22.2 (4)	13.9 (5)	
Yaşanan ortamdan memnuniyet			
Evet	100.0 (18)	94.4 (34)	0.547
Hayır	0.0 (0)	5.6 (2)	
Ziyaretçi**			
Sık sık geliyor	50.0 (9)	58.3 (21)	0.385
Ara ara geliyor	50.0 (9)	41.7 (12)	
Ziyaretçiler			
Çocuklar, torunlar	66.7 (12)	72.2 (26)	0.502
Akrabalar, arkadaşlar	33.3 (6)	19.4 (7)	
Son ziyaret zamanı			
Son bir ay içinde	83.3 (15)	69.4 (25)	0.726
İki ay ve üzeri	16.7 (3)	22.2 (8)	

* Fisher Exact Testi.

** Üç yaşlının hiç ziyaretçisi yoktur.

puan, vitalite, rol güçlüğü emosyonel ve mental sağlık alt ölçeklerinde deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Bu sonuç, tıp öğrencilerinin ziyaretlerinin bu farkı yarattığını düşündürmektedir.

Öğrencilerin etkisi sosyal destek, sohbet, ziyaret edilme-sevilme, aranma ve tıbbi bakım gibi birkaç yönden olmuş olabilir.

Yaşam kalitesi doğal gereksinimlerinin yanında bunlarla ilgili bireyin ailesi ve toplumun bu yön-

TABLO 4: Çalışma ve kontrol gruplarının ilk ve son görüşmedeki SF-36 puanlarının karşılaştırılması.

	Çalışma Grubu		p	Kontrol Grubu		p
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS		Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	
	Önce			Sonra		
Fiziksel puan	78.61 ± 17.47	76.67 ± 8.28	0.552	89.44 ± 9.98	84.17 ± 6.04	0.040
Rol güçlüğü fiziksel	63.89 ± 36.60	54.86 ± 34.75	0.305	81.94 ± 11.52	81.25 ± 10.98	0.828
Ağrı	54.44 ± 33.19	50.19 ± 32.90	0.645	77.28 ± 19.32	81.94 ± 16.37	0.395
Genel sağlık	67.67 ± 18.29	64.89 ± 16.10	0.551	81.94 ± 10.56	69.81 ± 12.50	0.002
Vitalite	58.06 ± 24.74	56.53 ± 19.67	0.747	80.00 ± 17.32	63.75 ± 15.37	0.000
Sosyal fonksiyon	67.361 ± 24.31	65.63 ± 25.24	1.000	84.72 ± 13.25	70.49 ± 23.56	0.158
Rol güçlüğü emosyonel	55.28 ± 39.54	50.56 ± 33.20	0.534	86.83 ± 20.51	61.56 ± 21.35	0.000
Mental sağlık	60.67 ± 20.50	58.78 ± 20.35	0.695	86.00 ± 11.82	77.11 ± 12.67	0.010

SF: Standart sapma.

deki çabalarının bileşiminden de etkilenmektedir. Birçok kayıp yaşayan yaşlının sosyal izolasyona duyarlı olduğu ve 85 yaş ve üzerindeki yaşlılarda sosyal ilişkilerin temel olarak kendi çocukları ile olduğu, diğer akrabalarla ise giderek azaldığı belirtilmektedir. Yaşlıların temel olarak bağlantı kurdukları kişiler aileleri, özellikle çocukları olmakta, yaşlılıkta en önemli sosyal destek çekirdek aile gibi görünmektedir.^{2,4,14} Genel olarak güç bir durum içindeki bireye aile, arkadaş, komşular ve kurumdan sağlanan fiziksel ve psikolojik bir yardım olarak tanımlanan sosyal desteğin bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşıladığı, fiziksel ve psikolojik sağlığı olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle, bu yaş grubunda yapılan çalışmalarda huzurevlerinde bakım verenler ile yaşlılar arasında bir boşluk olduğu ve bakım verenlerin yaşlıların yaşam kalitesini yükseltmek için gereksinimlerini karşılamaları gerektiği bildirilmektedir.¹⁵ Çalışmamızda da yaşlılar daha çok çocuklarının ve torunlarının ziyaret ettiğini belirtmişlerdir. Ancak, yakınlarının kaybı nedeni ile yalnız yaşayan veya yaşlı bakımevi gibi bir ortamda kalmayı tercih eden yaşlılarda çoklu yaklaşım daha da önem kazanmaktadır.¹⁶ Ülkemizde yapılan çalışmalarda yaşlıların akrabaları ve diğer tanıdıklarla görüşmelerinin az olduğu saptanmıştır.⁴ Çalışmamızda yapılan ilk ziyarette SF-36 ölçeğinin alt gruplarından duygusal sorunlar nedeniyle günlük işlerin aksaması ile ilgili emosyonel rol güçlüğü ve depresif duygulardan uzak sakin ve mutlu hissetmeyle ilişkili mental sağlık açısından iki grup arasında anlamlı fark yokken, ziyaretlerle geçen dört ayın sonunda anlamlı fark bulunmuştur. Geçen süre içinde bireylerin hayatlarını etkileyen olumlu ya da olumsuz bir değişiklik olmadığı göz önünde bulundurulduğunda öğrencilerin ziyaretlerinin yaşlılar için anlamı ve etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Yaşlılar için ziyaretlerin aralığı da önem taşımaktadır. Huzurevinde kalınan süreler içinde diğer aile bireylerinin yaşlıları ziyaretlerinin sürekliliğinin terapötik etkisi olduğu ve yaşamdan tatmin olmayı arttırdığı bildirilmektedir. Bununla birlikte yakınların ziyaretlerinin sıklığının bilinmesi sağlık çalışanlarının bu ziyaretleri desteklemesi açısından anlam taşıyabilir.^{17,18} Çalışma-

mıza katılan yaşlıların ziyaretçi sıklığı değişmekle birlikte çoğu son bir ay içinde ziyaret edildiğini ifade etmiştir. Öğrencilerimizin düzenli aralıklarla on beş günde bir gerçekleştirdiği ziyaretlerin sürekliliği yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Yaşlıların en önemli etkinliğinin insanlarla konuşma olduğu ve sağlık çalışanlarının huzurevlerinde kalan yaşlıların bu gereksinimine dikkat göstermeleri gerektiği vurgulanmış, sosyal ve kültürel etkenlerin bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmelerinde önemli rol oynadığı bildirilmiştir. Özellikle sosyal etkileşim ve bu aktivitenin düzeyi doğrudan ilişkili bulunmuştur.^{14,15,19-21} Çalışmamızda, öğrencilerimizin ziyaretleri yaşlıları kantine davet etmeleri ve görüşmelerinin bu ortamda gerçekleştirmeleri yaşlılar için bir sosyal aktivite olarak değerlendirilebilir. Literatürde de huzurevlerinde sosyal aktivite ve hobilerle uğraşmaya zaman ayıranların yaşamdan daha çok zevk aldıkları bildirilmektedir.²²⁻²⁴ Bu konuda yapılan çalışmalar tıbbi bakımın sosyal destek ile birleştirilmesinin, ki bu çeşitli biçimlerde olabilir örneğin sağlık çalışanlarının sık ziyaretleri, hemşire, psikiyatrist desteği vb., bakımevlerinde yaşayanların algıladıkları sosyal desteği arttırdığı bildirilmektedir.²⁵ Tıp öğrencilerinin ziyaretleri hem tıbbi bakıma katkı hem de sosyal ve psikolojik destek olabilir. Bu görüşmeler sonucunda çalışma ve kontrol grubunda mental sağlık, vitalite ve rol güçlüğü emosyonel alt ölçeklerinde anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır. Bu noktada özellikle sosyal fonksiyon alt ölçeğindeki artış dikkat çekici olup yaşlıların insanlarla konuşma gereksinimi ile sosyal ve kültürel faaliyetlerin yaşam kalitesinde önemli rol oynadığı bilgilerini desteklemektedir.^{15,19,21}

Sosyal fonksiyon, mental sağlıktaki olumlu değişimler fiziksel fonksiyonların olumlu yönde gelişmesine de yol açar. Fonksiyonel yeterlilik yaşlı sağlığında yaşam kalitesi ile eşgüdüm gösterirken hastalık ve yetersizlikler yaşam kalitesini tehdit eder.²⁶⁻²⁸ Bizim çalıştığımız yaşlı grubunda genel anlamda fonksiyonel yetersizlik az olmakla birlikte yaşlıların beşi dışında tamamının sürekli ilaç kullanmalarını gerektiren hipertansiyon, kalp hastalıkları ve diyabet gibi en az bir kronik hasta-

lığı vardır. Aynı zamanda gruplar arasında fark olmamasına karşın yaşlıların görme güçlüğü, iştirme güçlüğü, hareket kısıtlılığı ve kuvvet kaybı gibi sorunları da mevcuttur. Tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılığı değerlendiren fiziksel fonksiyon puanında başlangıçta gruplar arasında anlamlı fark olmamasına rağmen sonrasında aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Bu durum fiziksel açıdan kısıtlılıkları olsa da sosyal desteğin yaşlıların yaşam kalitesini olumlu etkileyen önemli bir etken olduğunu gösteren bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

SONUÇ

Huzurevinde yaşlı sağlığı önemli bir sorundur. Tüm yaşlılar için, ama özellikle ailesinden ve yakınlarından uzak huzurevlerinde kalanlar için, yaşamdan zevk alma yaşam kalitesi için anahtar rolü oynar. Tıbbi bakım ne kadar mükemmel olursa ol-

sun sosyal destekle birleştirilmesi gerekir. Çalışmamızda huzurevindeki yaşlıların akrabalık ya da arkadaşlık ilişkileri olmayan, yeni tanıştıkları tıp fakültesi üçüncü sınıf öğrencileri tarafından düzenli ziyaretlerinin, yaşlıların yaşam kalitelerine olumlu etki sağladığı gösterilmiştir. Sağlık hizmetinin sosyal ilişkilerin desteklenmesi çerçevesinde de ele alınması yaşlıların yaşam kalitelerini yükseltecektir.

Teşekkür

Çalışmamıza destek veren Uz.Dr.Nil Tekin ve öğrencilerimiz Mehmet Fatih Güzel, Ebru Hasbay, Kamuran Bahar İnce, Gökhan Temtek, Rabia Yeşil, Hasan Açık, Hilal Bulut, Niyazi Altıntoprak, Hüseyin Durak, Tuğba Kemaloğlu, Rahman Bilal Gediz, Melike Demir, Mustafa İnce, Mehmet Veli Bıyık, Mehmet Akif Üstüner, Sedat Yılmaz, Fatih Şahin, Ömer Faruk Aydın'a teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Beers Mh, Berkow R. Basics of geriatric care. The Merck Manuel of Geriatrics. 3rd ed. USA: Merck Research Laboratories Division of Merck & Co., Inc.; 2000. p.3-24.
2. Jarvik LF, Small GW. Geriatric psychiatry: overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p.2980-8.
3. Ünsaldı ÜGE, Piyal B. [Evaluating the chronic diseases and activity restriction in a group of subjects of aged 65 years and over that applied to Çubuk Health Center]. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2002;22(4):362-8.
4. Aylaz R, Güneş G, Karaoğlu L. [The evaluation of the daily life activities, health and social status of the elderly living in the nursing home]. İnönü Univ Tıp Fak Derg 2005;12(3):177-83.
5. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. [Trends of elderly population in the world and Turkey: problems and recommendations]. Türk Geriatr Derg 2004;7(2):105-10.
6. Çivi S, Tanrıkulu MZ. [An epidemiological study to evaluate the level of dependence and physical disability with the prevalence of chronic diseases in the elderly]. Türk Geriatr Derg 2000;3(3):85-90.
7. Saxena S, O'Connell K, Underwood L. A commentary: cross-cultural quality-of-life assessment at the end of life. Gerontologist 2002;42 Spec No 3:81-5.
8. Aslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. [Quality of life assessment in geriatrics]. Türk Geriatr Derg 1999;2(4):173-8.
9. Jang Y, Hsieh CL, Wang YH, Wu YH. A validity study of the WHOQOL-BREF assessment in persons with traumatic spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil 2004;85(11):1890-5.
10. Nagatomo I, Nomaguchi M, Matsumoto K. Depression and quality of life in the elderly in a special nursing home. Jpn J Psychiatry Neurol 1993;47(3):525-9.
11. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A, et al. [Cognitive functions, mental disorders, level of depressive symptoms and quality of life in elderly residents of a nursing home]. Türk Geriatr Derg 2000;3(4):133-40.
12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9(3): 179-86.
13. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. [Validity and reliability of Turkish version of short form-36 (SF-36)]. İlaç Tedavi Derg 1999;12(2):102-6.
14. Tseng SZ, Wang RH. Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in Southern Taiwan. Public Health Nurs 2001;18(5):304-11.
15. Tu YC, Wang RH, Yeh SH. Relationship between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2006;43(6):673-80.
16. Steiner A, Raube K, Stuck AE, Aronow HU, Draper D, Rubenstein LZ. Measuring psychosocial aspects of well-being in older community residents: performance of four short scales. Gerontologist 1996;36(1):54-62.
17. Fukahori H, Matsui N, Mizuno Y, Yamamoto-Mitani N, Sugai Y, Sugishita C. Factors related to family visits to nursing home residents in Japan. Arch Gerontol Geriatr 2007;45(1):73-86.
18. Rash EM. Social support in elderly nursing home populations: Manifestations and influences. The Qualitative Report 2007;12(3): 375-96.
19. Andersson I, Pettersson E, Sidenval B. Daily life after moving into a care home-experiences from older people, relatives and contact persons. J Clin Nurs 2007;16(9): 1712-8.
20. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. Br Med Bull 2008;85(1):113-26.
21. Luleci E, Hey W, Subasi F. Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey. Arch Gerontol Geriatr 2008;46(1):57-66.
22. Subaşı F, Hayran O. Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. Arch Gerontol Geriatr 2005; 41(1):23-9.
23. Yazgan Ç, Kora K, Topçuoğlu V, Kuşçu K. [Factors influencing quality of life of nondemented elderly nursing homes residents]. Turkish Geriatr Derg 2006;9(3):143-9.
24. Pearson A, Hocking S, Mott S, Riggs A. Quality of care in nursing homes: from the resident's perspective. J Adv Nurs 1993;18(1): 20-4.
25. Aksüllü N, Doğan S. Relationship of social support and depression in institutionalized and non-institutionalized elderly]. Anadolu Psikiyatri Derg 2004;5(2):76-84.
26. Hellström Y, Hallberg IR. Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. Health Soc Care Community 2001;9(2):61-71.
27. Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL. Approach to the geriatric patient: Geriatric assessment. In: Johnson CA, Boyle PJ, eds. Current Geriatric Diagnosis & Treatment. 1sted. New York: McGraw-Hill Medical; 2004. p.16-20.
28. Donmez L, Gokkoca Z, Dedeoglu N. Disability and its effects on quality of life among older people living in Antalya city center, Turkey. Arch Gerontol Geriatr 2005;40(2):213-23.