

Eskişehir Mahmudiye’de 35 Yaş ve Üzeri Kişilerde Yaşam Kalitesi

Burhanettin IŞIKLI¹
Cemalettin KALYONCU²
Didem ARSLANTAŞ³

Quality of Life Among 35 Years or Older People Living in Mahmudiye-Eskişehir

► ÖZET

Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini “içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması” olarak tanımlamaktadır. Çalışma, Mayıs-Aralık 2006 tarihleri arasında Eskişehir Mahmudiye İlçe Merkezinde yaşayan 35 yaş ve üzeri kişilerin yaşam kalitelerini ve etki eden bazı etmenleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırma evrenindeki 35 yaş ve üzeri 2062 kişiden 1705’ine (%82,7) ulaşıldı. Katılımcılara sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan bir anket ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan WHOQOL-BREF Ölçeği (DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu) kırsal hekimlik stajı yapan internler tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %48,9’u algılanan yaşam kalitelerini, %58,5’i algılanan sağlık durumlarını “iyi” veya “çok iyi” olarak belirtmişlerdir. Yaşam kalitesi, genç erişkinlerde, erkeklerde, öğrenim düzeyleri yüksek olanlarda, evli olanlarda, sosyal güvencesi olanlarda, uzun süreli hekim tanıli ilaç kullanımını gerektiren bir hastalığı olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi açısından hiçbir yaş döneminin “gecikilmiş” kabul edilmeden, toplumdaki tüm bireylere sağlık eğitimi yapılması, sosyal açıdan desteklenmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi gerektiği kanısına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşam Kalitesi, WHOQOL-BREF Ölçeği

► ABSTRACT

Objective: The definition of the quality of life is made as “an individual’s perception of his situation in life within the context of his culture and values, as well as his objectives, expectations, and interests by the World Health Organization (WHO).

Method: This cross-sectional study was conducted among individuals 35 years and older living in the city center of Mahmudiye district of Eskişehir city, to evaluate their quality of life and quality of life between May and December 2006.

Of the 2062 individuals who were 35 years or older, 1705 (82.7%) were included in the study. A face to face inquiry including questions about socio-demographic characteristics and WHOQOL-BREF scale prepared by World Health Organization (WHO) were introduced by the sixth year medical school students.

Findings: Of the participants, 48.9% rated their quality of life as good or very good, while 58.5% were satisfied or very satisfied in means of their perceived health. In general, quality of life was higher among individuals who were younger, men, married, covered by a social security, have high educational level, and do not have diseases that need long time drug therapy.

Conclusion: It is concluded that, health education must be performed to all individuals in the population. It must be considered important to support individuals in all age group in means of social and preventive health care.

Key Words: Quality of Life, WHOQOL-BREF Scale

¹ Doç.Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

² Prof.Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

³ Yrd.Doç.Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yazışma Adresi:

Doç.Dr. Burhanettin Işıklı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
e-posta: burhan@ogu.edu.tr

Giriş ve Amaçlar

Yaşam kalitesi kavramı için ortak bir fikir bulunmamakla birlikte; kişinin yaşamının iyi gittiğine ilişkin algıladığı fiziksel, fonksiyonel, ruhsal ve sosyal faktörlerin bileşiminden ortaya çıkan iyilik hali duygusudur diye tanımlanabilir (1, 2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini 'içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması' olarak tanımlamaktadır (3-5).

Yaşam kalitesinin kapsamında kişilerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumları, bağımsızlık düzeyleri, sosyal ilişkileri, inançları ve çevreyle etkileşimleri bulunmaktadır (6).

Bireyin, toplumun bir parçası olarak yaşamını sürdürmesinde, sağlık anahtar role sahiptir. Sağlık aynı zamanda bireyin toplumdan aldığı desteği de yansıtır. Bu nedenle, her birey toplum içinde aktif olma ve aktif yaşlanma şansına sahip olmalıdır (7).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarındaki algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder (8).

Fiziksel alan, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal alan, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Mental alan içinde ise depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumlar yer almaktadır (9).

Yaşam kalitesini etkileyen faktörlere bakıldığında politik, sosyal ve ekonomik unsurların yer aldığı görülmektedir.

Bireyin sağlığı kendi başına yaşam kalitesini etkiler. Aynı zamanda ulusal politika ve kararlar da birey sağlığını etkilemektedir. Bireyin barınma koşulları, yaşadığı ev ortamı, fiziksel ve bilişsel sınırlılık ile ekonomik yetersizliğin getirdiği beslenme bozuklukları, duyuşsal ve fiziksel yetilerde azalmaya bağlı ulaşım zorlukları, eşin ölümü, aile bireylerinin evden ayrılmasına bağlı olarak yalnızlık ve kişiler arası ilişkilerde bozulma gibi pek çok sosyal etmen de yaşam kalitesini etkilemektedir. Cinsiyet, ırk, evlilik durumu, yaş farklılıkları da ekonomik olarak yaşam kalitesini etkilemektedir (10).

Günümüzde doğuştan yaşam beklentisinin artması bireylerin yaşam kalitelerine daha fazla dikkatle odaklanmasını gerektirmektedir. Bireylerin sağlıklı, dinamik ve mutlu bir yaşam sürdürebilmeleri için gerekli imkanların sağlanması, sağlık hizmeti ve sosyal destek sunumu kay-

nalarının değerlendirilmesi açısından yaşam kalitesinin ölçülmesi giderek artan bir önem kazanmaktadır.

Çalışma, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Eğitim Araştırma Bölgesi'nde yer alan Mahmudiye ilçesindeki 35 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesine etki edebilecek bazı faktörlerin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Yöntem

Çalışma, kesitsel tipte bir çalışma olup Mayıs-Aralık 2006 tarihleri arasında Eskişehir ili, Mahmudiye İlçe Merkezinde uygulanmıştır. Sağlık ocağı kayıtlarından saptanan 35 yaş üzeri 2062 kişiden 1705'ine (%82,7) ulaşılmıştır. Çalışma esnasında evinde bulunmayanlar bir kez daha arandı, ulaşılamayanlar çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Çalışma grubuna, literatüre dayanılarak hazırlanan ve katılımcıların bazı demografik özelliklerini inceleyen bir anket, altıncı sınıf Kırsal Hekimlik stajı öğrencileri tarafından evlerinde, yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Çalışma öncesinde öğrenciler WHOQOL-BREF Ölçeği ve uygulaması hakkında Halk Sağlığı Anabilim Dalında eğitim almışlardır. Anketin uygulanmasını takiben yaşam kalitesini ölçmek amacı ile Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) uygulanmıştır (3). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Eser ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (11). Ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan "cronbach alfa" değerleri bedensel alanda 0,83, ruhsal alanda 0,66, sosyal alanda 0,53, çevre alanında 0,73 bulunmuş olup, test-tekrar test güvenilirliğini hesaplamaya yönelik her soru için hesaplanan pearson katsayıları 0,57 ve 0,81 arasında değişmekte olduğu bildirilmektedir (11). Ölçek, biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorulduğu iki soru ile birlikte toplam 26 sorudan oluşmaktadır. Ölçekteki soruların usulüne uygun olarak son iki hafta dikkate alınacak şekilde cevaplamaları istenmiştir.

Ölçekte alanlara göre soruların içeriği şöyledir:

Bedensel Alan: Günlük yaşam etkinlikleri, ilaçlara ve tıbbi yardıma bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketsizlik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme ve çalışabilme kapasitesi.

Ruhsal Alan: Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, olumlu duygular, benlik, maneviyat, din, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkat toplama.

Sosyal Alan: Kişisel ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam

Çevre Alanı: Maddi kaynaklar, özgürlük, fiziksel gü-

venlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşılabilirlik ve niteliği, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme, fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim), ulaşım.

Algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumunu inceleyen sorular dışındaki sorular kullanılarak yaşam kalitesinin bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alan puanları hesaplanmıştır.

Anketin uygulanması sırasında uzun süreli ilaç kullanım gereksiniminin olması, bireyin kendi beyanlarına göre bir hekim tarafından konulmuş tanı varlığı ve kullandığı ilaçlar görüldükten sonra değerlendirilmiştir.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak, ölçeğin değerlendirilmesi DSÖ'nün düzenlediği rehberde önerildiği şekilde formüle edilerek, SPSS 13.0 istatistik programı yardımıyla alan puanları hesaplanarak analiz edilmiştir (3). Her bir alan bir birinden bağımsız olarak kendi alanındaki yaşam kalitesini ifade ettiği için alan puanları ayrı ayrı hesaplanmıştır. Alan puanları 0-20 puan arasında değişmektedir. Puan yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir. İstatistiksel analiz yöntemlerinden tek yönlü varyans analizi ve t testi kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılanların yaşları 35 ile 96 yıl arasında değişmekte olup ortalama $53,4 \pm 13,9$ yıldır. Çalışma grubunun 656'sı (%38,5) 35-44 yaş grubunda, 908'i (%53,3) kadın, 1384'ü (%81,2) evli ve 1634'ü (%95,8) herhangi bir sosyal güvenceye sahiptir.

Algıladıkları yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla sorulan "Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?" sorusuna katılımcıların %48,9'u "iyi" veya "çok iyi" olarak, %6,9'u ise "biraz kötü" veya "çok kötü" olarak cevap verdi. Algıladıkları sağlık durumları "Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?" sorusu ile incelendiğinde; %58,5'i "iyi" veya "çok iyi", %9,3'ü ise "çok az hoşnut" veya "hiç hoşnut değil" şeklinde cevap vermişlerdir.

Katılımcıların 226'sı (%13,3) sağlık ocağına ulaşmada zorluk çektiklerini belirtirken, %41,5'i (n=708 kişi) sağlık ocağında verilen hizmetlerden memnun olduğunu ifade etmiştir. Belediyenin vermiş olduğu hizmetlerden memnuniyet sorulduğunda ise %56,3'ü (n=960) bunu olumlu olarak yanıtlamıştır.

Çalışmaya katılanların algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumu puanlarının ortalaması ve bunların sağlık ocağına ulaşım, memnuniyet ve belediye hizmetlerinden memnuniyet durumuna göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Çalışmaya katılanların bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alan puanları hesaplanmıştır. Alan puanlarının or-

Tablo 1. Algılanan Yaşam ve Algılanan Sağlık Puan Ortalamalarının Sağlık Ocağına Ulaşım, Sağlık Ocağı ve Belediye Hizmetlerinden Memnuniyet Durumuna Göre Dağılımı (Mahmudiye, Eskişehir, 2006)

	S	%	Algılanan Yaşam Kalitesi	Algılanan Sağlık Durumu
Toplam	1705	100,0	3,5±0,8	3,6±0,8
Sağlık Ocağına ulaşmada zorluk çekme				
Evet	226	13,3	3,1±0,9	3,3±0,9
Hayır	1479	86,7	3,6±0,7	3,6±0,8
t;p			t=7,374 p=0,000	t=5,837 p=0,000
Sağlık Ocağı hizmetlerinden memnuniyet				
Evet	708	41,5	3,5±0,7	3,6±0,8
Hayır	997	58,5	3,4±0,8	3,5±0,8
t;p			t=3,128 p=0,002	t=1,868 p=0,062
Belediye hizmetlerinden memnuniyet				
Evet	960	56,3	3,5±0,8	3,6±0,8
Hayır	745	43,7	3,4±0,8	3,5±0,8
t;p			t=1,043 p=0,297	t=2,427 p=0,015

talaması ve bunların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tartışma

Eskişehir Mahmudiye İlçesinde yaşayan 35 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik çalışmada katılımcıların %48,9'unun algılanan yaşam kalitelerini iyi veya çok iyi olarak değerlendirmişlerdir. Algılanan yaşam kalitesi; cinsiyet ve uzun süreli ilaç kullanımını gerektiren hastalık olup olmaması bakımından fark göstermezken; sosyal güvencesi olanlarda, genel olarak öğrenim düzeyi yüksek olanlarda ve evli olanlarda yüksek bulundu. Sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk çekmeyenlerde, sağlık ocağında verilen hizmetten memnun olanlarda algılanan yaşam kalitesi daha yüksek iken, belediyenin vermiş olduğu hizmetlerden memnuniyet ile değişmemekteydi.

Çalışmaya katılanların %58,5'i algıladıkları sağlık durumlarını "iyi" veya "çok iyi" olarak belirtmiştir. Çalışma grubunun 701'i (%41,1) hekim tanı uzun süre ilaç kullanmayı gerektiren herhangi hastalığı bulunmasına rağmen, sağlık durumlarını "iyi" olarak değerlendirmişlerdir. Yani, hastalıklarının olduğunu bilmelerine rağmen kendilerini iyi hissettiklerini bildirmişlerdir. Algılanan sağlık durumu sosyal güvencesi olanlarda; erkeklerde, evli olanlarda, uzun süreli ilaç kullanımını gerektiren hastalığı olmayanlarda, sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk çekmeyenlerde ve öğrenim düzeyi yüksek olanlarda daha yüksek olarak bulunmuştur. Sağ-

Tablo 2. Algılanan Yaşam, Algılanan Sağlık ve Alan Puan Ortalamalarının Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (Mahmudiye, Eskişehir, 2006)

	S	%	Algılanan Yaşam Kalitesi	Algılanan Sağlık Durumu	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevre Alanı
Toplam	1705	100,0	3,5±0,8	3,6±0,8	15,3±2,7	14,7±2,3	15,8±3,1	14,6±2,3
Yaş Grupları								
35-44	656	38,5	3,3±0,8	3,6±0,9	16,6±2,1	14,9±2,2	15,2±2,8	13,8±1,9
45-54	306	17,9	3,5±0,8	3,7±0,8	15,2±2,2	14,7±2,1	15,9±3,4	14,4±2,1
55-64	277	16,2	3,5±0,8	3,5±0,9	14,4±2,4	14,2±2,1	15,9±3,5	14,4±2,4
65+	466	27,3	3,6±0,8	3,5±0,8	14,2±3,1	14,6±2,6	16,6±3,0	16,0±2,2
F; p			F=12,3 p=0,000	F=4,6 p=0,003	F=106,5 p=0,000	F=7,4 p=0,000	F=4,0 p=0,000	F=02,0 p=0,000
Cinsiyet								
Erkek	797	46,7	3,4±0,8	3,7±0,8	15,9±2,6	15,2±2,2	15,9±3,1	14,7±2,3
Kadın	908	53,3	3,5±0,8	3,4±0,8	14,9±2,7	14,3±2,2	15,7±3,1	14,6±2,2
t; p			t=1,7 p=0,078	t=5,4 p=0,000	t=7,8 p=0,000	t=8,0 p=0,000	t=1,3 p=0,186	t=0,8 p=0,378
Medeni Durum								
Evlü	1384	81,2	3,5±0,8	3,6±0,8	15,6±2,5	14,9±2,2	16,1±2,9	14,6±2,2
Evlü değil	321	18,8	3,3±0,7	3,3±0,8	13,9±2,9	13,8±2,5	14,4±3,7	14,6±2,4
t; p			t=4,0 p=0,000	t=5,6 p=0,000	t=10,1 p=0,000	t=8,0 p=0,000	t=8,0 p=0,000	t=0,4 p=0,642
Kiminle yaşadığı								
Yalnız	139	8,2	3,3±0,7	3,3±0,8	13,8±2,6	13,6±2,2	13,8±3,8	14,2±2,4
Eşi ile	1100	64,5	3,5±0,7	3,6±0,8	15,7±2,6	15,0±2,2	16,2±2,8	14,8±2,2
Aile ile	466	27,3	3,4±0,8	3,5±0,9	14,8±2,7	14,3±2,4	15,5±3,4	14,5±2,2
F; p			F=10,2 p=0,000	F=6,7 p=0,001	F=44,2 p=0,000	F=39,9 p=0,000	F=41,8 p=0,000	F=6,1 p=0,002
Öğrenim Durumu								
İlkokul altı	264	15,5	3,6±0,7	3,2±0,8	13,9±2,9	13,7±2,4	15,4±3,3	14,7±2,5
İlkokul	996	58,4	3,5±0,7	3,6±0,8	15,2±2,5	14,7±2,2	16,0±3,1	14,8±2,3
Orta-Lise	368	21,6	3,4±0,8	3,7±0,9	16,7±2,1	15,3±2,2	15,6±2,9	14,0±1,9
Yüksekokul	77	4,5	3,6±0,7	3,8±0,8	16,5±1,9	15,4±1,8	15,3±2,9	14,4±1,8
F; p			F=3,8 p=0,009	F=18,9 p=0,000	F=88,2 p=0,000	F=31,2 p=0,000	F=3,9 p=0,008	F=11,9 p=0,000
Sosyal Güvence								
Yok	1634	95,8	2,8 ± 0,9	3,1 ± 0,9	14,0±3,0	12,9±2,4	14,4±3,7	13,1±2,7
Var	71	4,2	3,5±0,8	3,6±0,8	15,4±2,7	14,8±2,2	15,9±3,1	14,7±2,2
t; p			t=4,3 p=0,000	t=7,7 p=0,000	t=4,1 p=0,000	t=6,6 p=0,000	t=3,7 p=0,000	t=5,7 p=0,000
Hekim tanımlı kronik hastalığı								
Yok	1004	58,9	3,5±0,8	3,8±0,8	16,4±2,1	15,1±2,1	15,6±3,0	14,4±2,1
Var	701	41,1	3,4±0,8	3,3±0,8	13,8±2,7	14,1±2,4	16,0±3,3	15,0±2,4
t; p			t=0,4 p=0,676	t=12,7 p=0,000	t=22,632 p=0,000	t=9,1 p=0,000	t=2,3 p=0,017	t=5,7 p=0,000

lık hizmetlerinden memnuniyet fark yaratmazken, belediye hizmetlerinden memnun olanların ortalama puanları daha yüksektir.

WHOQOL-BREF Ölçeğinin alan puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek değer sosyal alanda, en düşük değer ise çevre alanındadır. Arslantaş ve arkadaşlarının çalışmasında ise en büyük puan ortalamasının çalışmamızda değerlendirmedığımız ulusal çevre alanında olduğu ve bunu çevre alan ve sosyal alan puanlarının izlediği bildirilmektedir (9). Khorsid ve arkadaşlarının çalışmasında ise en yüksek puan ortalaması sosyal alanda iken, en düşük puanın bedensel alanda tespit edildiği bildirilmektedir (12). Alan puan ortalamalarının sırasının değişmesinin en önemli nedeni araştırma yapılan grupların yaş farkından ve toplumların yaşam biçiminden kaynaklanıyor olması muhtemeldir. Ancak,

ortak kanı yaşam kalitesinden alınan puanların yaşla birlikte azalması yönündedir (9, 13, 14).

Bu çalışmada, bedensel alan puanları yaş ilerledikçe azalırken, çevre ve sosyal alan puanlarının, tam tersi, artmakta olduğu gözlenmiştir. Ruhsal alan ortalama puanları ise yaş ilerledikçe azalmakta; ancak, 65 yaşından sonra biraz yükselmektedir. Sosyal ve çevre alan puanlarının yaşla birlikte artışı belki de Mahmudiye İlçesinde devam eden geniş aile yapısı ve örf ve adetlerle ilgilidir.

Yaşam kalitesi alan puanları cinsiyet açısından incelendiğinde sosyal alanda ve çevre alanında fark bulunmazken, bedensel ve ruhsal alanlarda erkeklerin puan ortalamaları daha yüksektir. Çalışmalarda, yaşam kalitesinden alınan puanların genelde erkeklerde daha yüksek olduğu bildirilmektedir (8-10, 13, 14). Arslantaş ve arkadaşları, bu farklılığı kronik hastalık sıklığının kadınlar-

da daha yüksek olmasıyla açıklamaktadırlar (9). Ancak, Lüleci ve arkadaşlarının Manisa Huzurevinde yaptıkları çalışmada ise erkek ve kadın puan ortalamaları arasında bir fark bulunmadığını bildirmektedirler (15).

Çalışma grubundakilerin 1384'ü (%81,2) evli idi. Evli olanların çevre alanı dışında tüm alan puan ortalamaları daha yüksekti. Avcı ve Pala'nın yaptığı çalışmada ise, evlilerde yaşam kalitesi alan puanlarının, bedensel alan dışında daha yüksek olduğu bildirilmektedir (8).

Bireylerin beraber yaşadığı kişiye göre değerlendirildiğinde; çalışma grubunda bedensel alan dışında diğer alanlarda yalnızca eşi ile yaşayanların puan ortalamaları tek başına veya aile fertleri ile yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalıştır ve arkadaşlarının çalışmasında yaşam kalitesi puanlarının eşiyile yaşayan yaşlılarda en yüksek olduğu saptanmıştır (10). Avcı ve Pala'nın yaptığı çalışmada eşiyile yaşayanların sosyal alan puanlarının yüksek olması evliliğin sürekli bir sosyal destek sağlamasına bağlıdır (8). Bu çalışmada da benzer bir sonuca ulaşılmıştır.

Öğrenim durumları irdelendiğinde, bedensel ve ruhsal alanlarda öğrenim düzeyi arttıkça ortalama puanlarının arttığı saptanmıştır. Öğrenim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının arttığı başka araştırmacılar tarafından da gösterilmiştir (9,10,16).

Sosyal güvencenin etkili olabileceğini düşündüğümüz ruhsal ve çevre puan ortalamalarının yanı sıra algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumundan alınan puanlar herhangi bir sosyal güvenceye sahip olanlarda daha yüksektir. Çalıştır ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarında da sosyal güvencesi olmayanların veya yeşil kartlı olanların yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının düşük bulunduğu belirtilmiştir (10).

Kronik hastalıklar, dünyada 2001 yılındaki ölümlerin yaklaşık %59'unun nedeni olarak bildirilmektedir. Bu hastalıklar sakatlıklara neden olduğu gibi yaşam kalitesini azaltmakta, sosyal ve tıbbi hizmetlerin yükünü artırmaktadır (17). Çalışma grubunda uzun süreli ilaç kullanımını gerektiren hastalığı olmayanların bedensel ve ruhsal alan puan ortalamaları uzun süreli ilaç kullanımını gerektiren hastalığı olanlara göre daha yüksekti. Bu bulgu uzun süreli ilaç kullanmaya neden olan hastalıkların fiziksel yönden olduğu gibi ruhsal yönden de hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini, dolayısıyla hastaların yalnız fiziksel yönden değil, ruhsal yönden de sağlık hizmeti almaları gerektiğini düşündürmektedir. Benzer şekilde Arslantaş ve arkadaşları ile Kılıçoğlu ve arkadaşlarının çalışmalarında da yaşam kalitesi alanında alınan puanların, uzun süreli ilaç kullanımını gerektiren hastalığı olanlarda daha düşük olduğu bildirilmektedir (9,16). Hatta Arslantaş ve arkadaşlarının çalışmasında sosyal alan puan ortalamaları diğer

değişkenlerde farklılık göstermezken, kronik hastalığı olanlarda anlamlı derecede düşmekte olduğunu gösterilmiştir (9).

Yaşam kalitesi üzerine etkili olan parametrelerden biri de kişilerin bulunduğu yerdeki sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve alınan hizmetlerden memnuniyettir. Özellikle kırsal kesimde hizmetin alınabileceği birimler açısından seçeneklerin kısıtlı ve bölgedeki toplumun %41'inin uzun süreli ilaç kullanımını gerektiren hastalığı olduğu düşünülecek olursa, bu parametrelerin yaşam kalitesi üzerine doğrudan etkiye sahip olacağı açıktır. Çalışmada sağlık ocağına ulaşmada zorluk çekenlerin, ruhsal ve çevre alan puanları, sorun yaşamayanlardan daha düşük, hizmetlerden memnun olanların, olmayanlara göre çevre alan puanları daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada, yaşam kalitesi genelde erkeklerde, öğrenimlilerde, evli olanlarda, sosyal güvencesi olanlarda ve hekim tanısı ile uzun süreli ilaç kullanımını gerektiren hastalığı olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Sonuçta; sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi açısından, her yaş döneminin gecikilmiş bir dönem olarak kabul edilmeden, toplumdaki tüm bireylere sağlık eğitimi verilmesi, sosyal açıdan desteklenmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi gerektiği kanısına varılmıştır.

► KAYNAKLAR

1. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(3):162-5.
2. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Pekşen Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. Turk J Med Sci 2003;33:335-40.
3. WHO. WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, Field Trial Version, December, 1996, Programme on Mental Health.
4. WHO. WHOQOL User Manual. 1998, Programme on Mental Health.
5. Norekval TM, Wahl AK, Fridlund B, Nordrehaug JE, Wentzel-Larsen T, Hanestad BR Quality of life in female myocardial infarction survivors: a comparative study with a randomly selected general female population cohort. Health Qual Life Outcomes 2007;5(1):58.
6. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL):development and general psychometric properties. Soc Sci Med. 1998;46(12):1569-85.
7. Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Geriatri, 1999;2(4):173-8.
8. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalite-

- sinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004;30(2):81-5.
9. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmutiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi 2006;28(2):81-9.
10. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2006;9(1):30-3.
11. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. 3P Dergisi 1999; 23-40 (ek2).
12. Khorshid L, Eşer İ, Arslan GG. Erişkin bireylerde kolesterol düzeyi ve yaşam kalitesinin incelenmesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Özet Kitabı, 2007;92, İzmir
13. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. Edirne Huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. Geriatri 2000;3(4):141-145.
14. Turgul Ö, Mandıracıoğlu A, Özüğurlu B, Özgener N, Devci H. Narlıdere ilçesinde 65 yaş üstü nüfusun yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 2004; 26, İzmir.
15. Lüleci E, Mandıracıoğlu A. Manisa'da huzurevlerinde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinin ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi. 7. Halk Sağlığı Günleri 2002, s-5 Eskişehir
16. Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç. Huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etkenler ile ilişkisi. Düşünen Adam Dergisi, 2005;18(4)187-95.
17. Mollaoğlu M. Kronik Hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Özet Kitabı, 2007; 9, İzmir