

GİRİŞ

Daha önceleri fatal olan birçok hastalığın 20'inci yüzyılda tedavi edilebilmesi, 65 yaş ve üzeri kişilerin sayısını oldukça artırmıştır. 2000 yılında bu yaş grubunun içinde olanların sayısı 600 milyondur. Bu sayının 2020 yılında 1 milyarı bulacağı öngörülmektedir.^{1,2} Yaşlı bireylerin çoğu bağımsız, zinde, kendi evlerinde rahatça yaşadığı halde, bir grup yaşlı gerek kronik hastalıkları gerek bakım ihtiyaçları nedeniyle huzurevlerinde yaşamaktadır. Sanayileşmeyle birlikte geniş aileler çekirdek ailelere dönüşmüş ve daha önceleri geniş ailenin güvencesi altında olan yaşlılar giderek yalnızlaşmaya ve toplum içinde bir sorun oluşturmaya başlamıştır.^{3,4} Oysaki yaşlıların pek azı toplumdan kopuk yaşar. Çoğunluğu çocuklarıyla ve torunlarıyla birlikte ve aile atmosferi içinde yaşamayı ister. Fakat bazıları çeşitli sebeplerle huzurevi ve gündüz bakım evlerinde kalabilir. Ülkemizde yakınları yanında yaşayanların huzurevlerinde yaşayanlara göre karamsarlıklarının

daha az ve üretkenliklerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir.^{5,6} Yaşlılarda kognitif durumdaki değişiklikler normal yaşlanmanın kabul edilen hatta beklenen sonucu olarak düşünülmektedir.^{7,8} Oysaki Şahin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yaş ve eğitimden bağımsız olarak Türkiye'de yaşayan yaşlılar, "bunama" kelimesini yaşlılık için normal sayarlarken demans semptomlarını normal görmemişlerdir.⁹

Yaşlılarda kognitif bozulma birçok faktöre bağlı gelişebilir. Genetik faktörler, ağır fiziksel hastalıklar ya da psikiyatrik hastalıkların varlığı ve sosyal desteğin yetersizliği gibi faktörlerin yaşlıların kognitif fonksiyonları üzerine etkisi son 10 yıl içinde tartışılmaya başlanmıştır.¹⁰⁻¹⁵ Huzurevi sakinlerinin bakımının iyileştirilmesi için sistematik bir yaklaşıma ihtiyaç varken konuyla ilgili literatür dünya genelinde nadirdir.¹⁶ Ülkemizde huzurevlerinde kalan yaşlıların kognitif fonksiyonları hakkında bilgi kısıtlıdır.¹⁷ Dahası bu yaşlılarda sosyal desteğin kognitif fonksiyonlar üzerine etkisi bilinmemektedir. Bu nedenle kognitif durumların belirlenmesi ve bu kognitif bozukluğun hangi faktörler tarafından etkilendiğinin bilinmesi önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın amacı; ülkemizde fiziki-sosyal hizmetlerin yeterliliği açısından farklı iki ayrı huzurevinde yaşayan yaşlılarda aile, arkadaş ve diğerlerinin (doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı vb.) sosyal desteğinin bireylerin kognitif fonksiyonları üzerine etkisini araştırmaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma Sosyal Hizmetlere bağlı iki ayrı huzurevinde Kasım 2004-Kasım 2007 tarihleri arasında sürdürülmüştür. Araştırma kesitsel bir araştırma olup birinci kent merkezi huzurevinden 87 kişi (Grup I), ikinci kent merkezi huzurevinden 49 kişi (Grup II) ile görüşülmüştür. Çalışma sırasında birinci kent merkezi huzurevinde 110 yaşlı, ikinci kent merkezi huzurevinde 61 yaşlı yaşamakta idi. Ağır duyma problemi olanlar, testleri cevaplayamayacak kadar ağır fiziksel hastalığı olanlar, çalışma öncesi

demans ve depresyon tanısı almış olanlar ve görüşmeyi kabul etmeyen kişiler çalışma dışında bırakılmıştır. Grup I'de bulunan yaşlılar en az 3 en fazla 8 kişilik odalarda kalıyordu. Ortak kullanılan erkeklere ait 4, kadınlara ait 4 tuvalet, 2 banyo mevcuttu. Grup II'deki yaşlılar iki kişilik standart odalarda kalıyordu. Odaların içinde tuvalet ve banyo bulunuyordu. Grup I'deki yaşlıların kaldığı huzurevinde 1 televizyon ve dinlenme salonu mevcuttu. Grup II'deki yaşlıların kaldığı huzurevinde 2 dinlenme ve televizyon salonu ve 1 uğraşı ve hobi odası mevcuttu. Grup I'deki yaşlıların kaldığı huzurevinde haftanın 3 günü hizmet veren 1 pratisyen doktor, 21 hemşire, 17 hasta bakıcı vardı. Grup II'deki yaşlıların kaldığı huzurevinde tüm gün çalışmalı 1 pratisyen doktor, 1 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı, 12 hemşire, 10 hasta bakıcı vardı.

Çalışmaya katılan yaşlılara Standardize Mini Mental Test (MMT), Yaşlılarda Depresyon Ölçeği (YDÖ) ve Sosyal desteği test etmek amacıyla çok boyutlu algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Standardize Mini Mental Test (MMT): Kognitif yetileri en kısa ve en güvenilir şekilde değerlendirmek üzere hazırlanmış test yönelim, kayıt belleği, dikkat ve hesap yapma, hatırlatma ve lisan ile ilgili bölümler içermektedir. Alınabilecek en yüksek puan 30 olarak hesaplanmıştır. Hafif ve orta düzey demans için kesme puanı 23/24 olarak bulunmuştur.¹⁸⁻²⁰

Yaşlılarda Depresyon Ölçeği (YDÖ): Toplam 30 maddeden oluşan ölçekte, evet ya da hayır yanıtı vermesi istenir. Ölçeğin Türkçe için duyarlılık ve özgünlük makalesinde kesme puanı 13/14'tür.²¹

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Gözden geçirilmiş formu): 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve diğer insanlardır. Her madde 7-aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Bu çalışmada, her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması

ile alt ölçek puanı elde edilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.²²

Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma verilerinin analizi bilgisayar ortamında SPSS 11.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışma grupları yeterli sayıda ve değişkenlerin dağılımı normal olarak bulunmuştur. Bu nedenlerle verilerin karşılaştırılmasında parametrik testler kullanılmıştır. Verilerin analizinde sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Student-t, kategorik analizlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi uygulanmıştır. Verilerin doğrusal analizi Pearson korelasyon analizi ile araştırılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya Sosyal Hizmetlere bağlı iki ayrı huzurevinde (Grup I ve Grup II) yaşayan 136 kişi katılmıştır. Grup I'de 87 (46 erkek, 41 kadın) yaşlı, Grup II'de 49 (25 erkek, 24 kadın) yaşlı bulunmaktadır. Grup I'deki kişilerin yaş ortalaması 72.7 ± 3.55 , Grup II'deki kişilerin yaş ortalaması 71.3 ± 2.89 olarak bulunmuştur. Grupların yaş ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$). Grup I ve Grup II huzurevlerinde yaşayan kişilerin cinsiyet, eğitim, sosyal güvence, medeni durum ve kronik fiziksel hastalık açısından karşılaştırılması Tablo 1'de bulunmaktadır. Eğitim düzeyi ve sosyal güvence açısından gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < .05$, $p < .05$). Grup I'de 5.2 kişiye 1 hemşire, Grup II'de 5.08 kişiye 1 hemşire düşmektedir. Grup I'de 6.5 kişiye 1 hasta bakıcı, Grup II'de 6.1 kişiye 1 hasta bakıcı bulunmaktadır. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$).

Grup I'deki yaşlılarının MMT ortalaması 23.8 ± 2.01 , Grup II huzurevi yaşlılarının ortalaması 26.1 ± 1.83 'tür. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t = -4.94$, $p < .001$). Grup I huzurevi yaşlılarının depresyon ölçeği sonucu 13.3 ± 5.87 , Grup II huzurevi yaşlılarının sonucu 8.4 ± 5.21 olarak

Tablo 1. Grup I ve Grup II huzureverlerinde yaşayan kişilerin sosyodemografik verileri

	Grup I (n=87)		Grup II (n=49)		p
	n	%	n	%	
Cins					
Kadın	41	47.1	24	48.9	>.05
Erkek	46	52.9	25	51.1	
Eğitim					
Okur-yazar değil	47	54	16	33	
İlk ve ortaokul	27	32	30	60.2	<.05
Lise ve üstü	13	14	33	6.8	
Sosyal güvence					
Bağkur, SSK*, ES**	66	75.8	42	85.7	
Yeşil Kart	21	24.2	7	14.3	<.05
Medeni durum					
Evli	12	13.7	6	12.2	
Bekâr/dul	75	86.3	43	87.8	>.05
Kronik fiziksel hastalık					
Var	61	68.5	39	79.5	
Yok	16	31.5	10	20.5	>.05

Grupların karşılaştırma analizlerinde ki-kare testi kullanılmıştır.

*Sosyal Sigortalar Kurumu, **Emekli Sandığı

tespit edilmiştir. Gruplar arası fark istatistiksel anlamlı olarak bulunmuştur ($t=3.78$, $p<.001$). Grup I huzurevindeki yaşlıların aile desteği skoru 9.8 ± 5.54 , Grup II huzurevi yaşlılarının sonucu 11.9 ± 6.16 , arkadaş desteği sırasıyla 7.9 ± 4.21 , 17.8 ± 6.42 ve diğerleri desteği (doktor, hemşire sosyal danışman vb.) sırasıyla 11.5 ± 4.58 ve 20 ± 4.48 olarak bulunmuştur. Grupların aile desteği açısından fark saptanmamıştır ($t=-1.46$, $p=14$). Ancak gruplar arası arkadaş ve diğerlerinin (doktor, sağlık personeli, sosyal danışman gibi) desteği açısından Grup II huzurevinde olanlar daha yüksek skorlara sahip olup istatistiksel olarak farklar anlamlı olarak tespit edilmiştir ($t=-7.89$, $p<.001$, $t=-8.05$, $p<.001$) (Tablo 2).

Arkadaş desteği ile MMT arası ilişki pozitifdir (0.655 , $p<.001$). Diğerlerinin desteği ile MMT arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (0.506 , $p<.001$). Depresyon skoru ile MMT arasında ise negatif korelasyon mevcuttur (-0.518 , $p<.001$).

TARTIŞMA

Çalışmalarda, yaşlı kişilerin kognitif fonksiyonlarının genetik, dejeneratif hastalıklar dışında birçok faktörden etkilendiği gösterilmiştir.^{23,24} Örneğin yaş kognitif kayıplar için en önemli risk faktörlerinden

biridir. Yaş arttıkça kognitif kayıplarda artış gösterilmiştir.²⁵ Yaşlılarda kognitif kayıplarda sadece yaş ya da yukarıda sayılan faktörlerin değil bunun yanında sosyoekonomik statü, eğitim ve sosyal desteğin önemli olabileceği düşünülmesine rağmen bu durum ile ilgili literatürde az sayıda yayın bulunmaktadır.^{10,11,26,27} Bu çalışmada sosyal desteğin (çok boyutlu) kognitif fonksiyonlar üzerine etkisini araştırdık. Çalışmamız fizik ve personel şartları birbirinden farklı iki huzurevinde yapılmıştır. Grup II'de bulunan yaşlılar huzurevi, fizik şartları ve diğer desteği (doktor, hemşire, sosyal danışman vb.) veren sayısı açısından daha olumlu şartlara sahipti. Çalışmamızda diğer desteğini Grup II yaşlılarının daha iyi aldığı belirlenmiştir. Her ne kadar iki huzurevinde hasta başına düşen hemşire ve hasta bakıcı oranı farksız olsa da Grup II'deki yaşlıların düzenli pratisyen doktorunun olması, sürekli olarak 1 psikolog ve 1 sosyal hizmet uzmanına sahip olmaları nedeniyle daha nitelikli destek görmekteydiler. Çalışmamızda kognitif kayıp ile diğer desteği arasında yakın ilişki saptanmıştır.

Yaşlı kişilerin fiziksel ve ruhsal bozukluklarını tanıyabilme, sağlık ve sosyal hizmetlerden ne kadar destek alabildiklerinin anlaşılabilmesi için huzurevleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmak gerekliliği

Tablo 2. Grupların nöropsikometrik parametrelerinin karşılaştırılması

Testler	Grup I n: 87	Grup II n: 49	t	p
YDÖ	13,3±5,8	8,4±5,2	3.78	<.001
MMT	23,8±2	26,1±1,8	-4.94	<.001
Aile Desteği	9,8±5,5	11,9±6,1	-1.46	0.148
Arkadaş Desteği	7,9±4,2	17,8±6,4	-7.89	<.001
Diğerleri Desteği	11,5±4,6	20±4,5	-8.05	<.001

Grupların karşılaştırma analizinde student-t testi kullanılmıştır.

vurgulanmaktadır.² Gelişmiş ülkelerde huzurevinde yaşayan yaşlıların rutin değerlendirilmeleri sonucunda fizik ve ruhsal hastalıklarına daha hızlı, etkin müdahale edilmesinde sosyal destek yetersizliği ortaya çıkarılmaktadır.¹⁶ Oysaki ülkemizde huzurevlerinde yaşlılar genelde zor şartlarda ve yeterli tıbbi ve sosyal destek almadan yaşamlarını sürdürmektedir. Yaşlılarda sosyal desteğin kognitif fonksiyonlar üzerindeki etkinliği az sayıda çalışmada gösterilmiştir.^{28,12} Bostwana'da yapılan bir prospektif çalışmada sosyal destek azlığı ile kognitif kötüleşme ve beklenenden erken ölümlerin ilişkili olduğu bildirilmiştir.¹² Yaşlı kişiler ile yapılmış 5 yıl süren bir prospektif çalışmada ise düşük sosyal desteğin kognitif bozulmada bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir.²⁸

Yaşlılarda kişiler arası ilişkilerde arkadaş desteğinin önemi ve bunun kognisyon üzerine etkisi iki uzunlamasına çalışmada değerlendirilmiştir.^{26,27} Sosyal iletişimi irdeleyen 12 yıllık prospektif bir araştırmada kognitif kötüleşme ile sosyal ilişki azlığı arasında pozitif ilişki bulunmuştur.²⁷ Bizim çalışmamızda Grup II huzurevinde yaşayan yaşlıların fizik şartlarının daha rahat ve konforlu olması, aynı odada sadece iki kişi kalmasının yakın arkadaş ilişkilerini pekiştirdiği söylenebilir. Yaşlılar için koğuş tarzındaki odalarda sorunlar çıkabilmekte ve akran ilişkileri bozulabilmektedir. Çalışmamızda Grup II huzurevindeki yaşlıların Grup I huzurevine göre arkadaş desteğinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Arkadaş desteği ile kognitif fonksiyonlar arasında yakın bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç daha önce yapılmış yayınlarla oldukça uyumludur.^{26,27}

Çalışmamızda her iki grubun depresyon ölçeği skorları ortalaması depresyon tanısı almak için eşik

altında kalmıştır. Ancak iki grup arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürde yaşlılarda depresyonun kognitif fonksiyonlar üzerine etkisi bilinmektedir.²⁹ Bizim çalışmamızda depresyon skoru yükseldikçe MMT skorunda düşme saptanmıştır. Ancak YDÖ'nün kognitif fonksiyonları bozuk kişiler için geçerliliği ve güvenilirliği sınırlıdır.¹⁷ Bu durum çalışmamızın kısıtlılığı olsa da temel amacımızın depresyon ile kognitif kayıp arasındaki ilişkiyi araştırmak olmadığı hatırlatılmalıdır.

Bizim sonuçlarımız huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda sosyal destek ile kognitif fonksiyonlar arasında yakın bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ancak bu çalışma iki ayrı huzurevinde yaşayan az sayıda yaşlı ile yapılmış olup, kognitif fonksiyonlar ile sosyal destek arasındaki ilişkinin daha iyi yorumlanabilmesi için Türkiye'nin birçok huzurevini kapsayan geniş serilerde yapılacak olan çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Arslan Ş, Gökçe Kutsal Y. Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Geriatri Dergisi 1999;4:34-38.
2. Katzman R, Rowe JW. Principles of Geriatric Neurology: F. A. Davis Company; London distributors: Williams & Wilkins Ltd., Philadelphia, 1992.
3. Eğri M, Güneş G, Genç M, Pehlivan E. (1997). Yeşilyurt ilçesinde yaşlıların sağlık ve sosyal sorunları. Turgut Özal Tıp Dergisi, 4;4:18-23.
4. Alvin I, Goldfarb E. Minor maladjustments of the aged. In: Ariete S American Handbook of Psychiatry. Basic Book Pres N.Y, 1976; 836-860.
5. Demircioğlu N. Malatya kent merkezinde üç farklı sosyoekonomik düzeydeki mahallelerde 65 yaş üzeri kadınların günlük yaşam aktiviteleri, sosyal, psikolojik fonksiyonları ve yaşamdan memnuniyet durumları. Yüksek Lisans Tezi. Malatya, 2000;6-22.
6. Dirican R, Bilgel N. Yaşlılarda sağlık sorunları. Halk Sağlığı (2. Baskı). Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993;453-460.
7. Boughey JGF, Graff-Radford NR. Alzheimer's disease; Neurology and Clinical Neuroscience (Anthony H.V. Schapira,eds) Philadelphia, Mosby, Elsevier. 2007;846-859.

8. Victoroff J. Central nervous system changes with normal aging. Comprehensive of Textbook of Psychiatry (8th edition). Lippincott Williams&Williams, Philadelphia 2004;3021-3027.
9. Şahin HA, Gürvit IH, Emre M, Hanagasi HA, Bilgiç B, Harmancı H. The attitude of elderly lay people towards the symptoms of dementia. *Int Psychogeriatr* 2006;18:251-258.
10. Winefield HR, Winefield AH, Tiggemann M ve ark. (1992). Social support and psychological well-being in young adults. *J Pers Assess* 1992;58:198-210.
11. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glasser JK. (1996). The relationship social support and physiological processes. A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull* 1996;119:488-531.
12. Clausen T, Wilson AO, Molebatsi RM, Holmboe-Ottesen G. Diminished mental- and physical function and lack of social support are associated with shorter survival in community dwelling older persons of Bostwana. *BMC Public Health* 2007;7:144.
13. Badgio PC, Worden BL. Cognitive functioning and aging in women. *J Women Aging* 2007; 19:13-30.
14. Jacelon CS. Theoretical perspectives of perceived control in older adults: a selective review of the literature. *J Adv Nurs* 2007;59:1-10.
15. Guo Z, Fratiglioni L Winblad B. Ark. Blood pressure and performance on the Mini Mental State Examinations in the very old. Cross-sectional and longitudinal data from the Kungsholmen Project. *Am J Epidemiol* 1997;145:1106-1113.
16. Carlson WL, Snowden M. Improving treatment for depression in the nursing home population: integrating the model of the depression care manager. *Harv Res Psychiatry* 2007;15:128-132.
17. Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA. Depresyon yaygınlığı ve risk etmenleri: Huzurevlerinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12:251-259.
18. Storey E, Kinsella G. Principles of neuropsychometric assessment; Neurology and Clinical Neuroscience (Anthony H.V. Schapira, eds) Philadelphia, Mosby, Elsevier. 2007;22-30.
19. Karaman Y. Alzheimer Hastalığı ve diğer demanslar.1. Baskı, Kayseri. 2002;365.
20. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerliliği güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:273-281.
21. Sağduyu A. (1997). Yaşlılar için Depresyon Ölçeği: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8:3-8.
22. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik, güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12:17-25.
23. Butterworth RF, Krill JK, Harper CG. Thiamine dependent enzyme changes in the brain alcoholism. *Alcoholism Clin Exp Res* 1993;17:1084-1088.
24. Vannesta J, Augustin P, Davies GA ve ark. Normal pressure hydrocephalus. *Arch Neurol* 1992;49:366-370.
25. Graham JE, Rockwood K, Beattie EL. Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. *Lancet* 1997;349:1793-1796.
26. Zunzunegui MV, Alvarado BE, Del Ser T, Otero A. Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003;58:93-100.
27. Holtzman RE, Rebok GW, Saczynski JS, Kouzis AC, Wilcox Doyle K, Eaton WW. Social network characteristics and cognition in middle-aged and older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2004;59:278-84
28. Kim SK, Kang PS, Hwang TY, Sakong J, Lee KS. Change of cognitive function and associated factors among the rural elderly: a 5-year follow-up study. *J Prev Med Pub Health* 2007;40:162-8.
29. Snowden M, Sato K, Roy-Byrne P. Assessment and treatment of nursing home residents with depression or behavioral symptoms associated with dementia; review of the literature. *JAGS* 2003;51:1305-1317.