

Fizik Tedavi Alan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Assessment For Quality Of Life Of Patients Receiving Physical Therapy

¹Yrd.Doç. Dr.Birsen ALTAY

²Yrd.Doç. Dr. H.Demet GÖNENER

¹Hemş. Kübra İSLAM

³Öğr.Gör. Pınar GÖV

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksek Okulu

²Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu

³Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Gaziantep Tıp Dergisi 2010;16(2):29-35.

Özet

Bu araştırma, kronik ağrısı olan ve fizik tedavi alan hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Tanımlayıcı-kesitsel tipteki bu araştırmanın örneklemini, Samsun'da Romatem'e Kasım 2007-Şubat 2008 tarihleri arasında kronik ağrı nedeniyle fizik tedavi almak için başvuran 150 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında hasta bilgi formu ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) kullanıldı. Elde edilen veriler yüzdelik, ortalama, standart sapma, Oneway Anova, Tukey HDS testi kullanılarak değerlendirildi. İki grup arasındaki karşılaştırmalar ise Student t Testi ile yapıldı. Çalışmamızın sonucunda; fizik tedavi alan hastaların Fonksiyonel durum ortalama puanı 51.5222.73, Esenlik ortalama puanı 48.3315.05, genel sağlık ortalama puanı 50.3316.35, Global Yaşam Kalitesi ortalama puanı ise 50.1916.38 olarak bulundu. Hastaların Eğitim durumu, sosyal güvencesi ve meslek durumuna göre yaşam kalitesinin karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı farklılık görüldü ($p<0.05$). Farklılığın ise; okur-yazar olmayanların ve ev kadınlarının puanlarının diğer gruplarda düşük olmasından kaynaklandığı belirlendi. Kronik hastalığın olması, ağrı yaşama durumu ve sürekli ilaç kullanma durumuna göre yaşam kalitesinin karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı farklılık görüldü ($p<0.05$). Araştırma sonucunda hastaların yaşam kalitesi puanlarının orta düzeyde olduğu ve bazı demografik farklılıkların yaşam kalitesine etkisi olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, Fizik tedavi, Ağrı, Kas-iskelet sistemi hastalıkları.

Abstract

This research has been conducted for the purpose of determining the quality of life of patients receiving physical therapy and suffering from chronic pain and the factors affecting the quality of life. Complement-sectional type of this research sample was created from 150 patients those applied to Romatem in Samsun to receive physical therapy because of the chronic pain between November 2007- February 2008. Patient information form and Quality of Life Scale were used for data collection. Data which obtained from forms and scales were evaluated by using percentage, arithmetic groups of patients Student t Test was utilized. At the end of this research, it is found that the functional score of patients receiving physical therapy was 51.52±22.73, well-being score was 48.33±15.05, general health score was 50.33±16.35, global quality of life score was 50.19±16.38. Significant differences were seen between groups when the quality of life compared according to educational status, social security and occupational status ($p<0.05$). It is determined that the difference was caused by non-literate and housewives patients scores, because they are lower than the other groups. Significant differences were seen between groups when the quality of life compared according to have chronic disease, to experience pain and to use constant drug ($p<0.05$). In this study it is seen that the scores of patients' life quality are moderate and some demographic differences affects the quality of life.

Key word: Quality of life, Physical therapy, Pain, Muscle-skeletal system disorders.

Giriş

Sağlık alanının da yaşam kalitesi, sağlık çalışanlarının hastasıyla ilgili fizyolojik fonksiyonlarını değerlendirmekten çok hastanın algılamaları ve hastalık ve hastalığın tedavisiyle ilgili yanıtlarını vurgular. Bu anlamda sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi; bireyin içinde bulunduğu duruma emosyonel yanıtı, hastalığın bireyin sosyal, emosyonel, mesleki ve aile yaşantısı üzerindeki etkisi, kişisel iyilik hali, kişinin beklentilerini ve ilgilerini kapsar. Fiziksel, sosyal, emosyonel fonksiyonların doyum ve gereksinimlerini karşılamada bireysel yeterlilik olarak çeşitli boyutlarda incelenmektedir (1).

Kas-iskelet sistemi hastalıkları yaşam kalitesini etkileyen en önemli hastalıklardan biri olarak kabul edilmektedir. Hastalığın neden olduğu kronik ağrı, günlük aktivitelerin yerine getirilmesini de zorlaştırmaktadır (1-3). Hastalık semptomları hastaların fiziksel iyilik hallerinde bozulmalara ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (2).

Romatizmal hastalıklar yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi ve ülke ekonomisi üzerine getirdikleri yük nedeni ile büyük önem taşırlar. Romatizmal hastalığa sahip bireyleri topluma kazandırmada fizyoterapi ve rehabilitasyonun yeri önemlidir. Son yıllarda yaşam kalitesi ölçütleri rehabilitasyon alanında ve tıbbi literatürde giderek artan bir önem kazanmıştır (4-8). Yapılan çalışmalarda romatizmal hastalığın bireylerin yaşam kalitesini düşürdüğü; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durum ve çocuk sayısı gibi bazı faktörlerin yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur (3,5,9-13).

Yaşam kalitesini artırmada fizyoterapi yaklaşımları ve psikososyal desteğin önemi büyüktür. Romatizmal hastalıklarda fizik tedavi ajanları temel olarak ağrı, inflamasyon ve eklem sertliğini azaltmak amacıyla kullanılır. Dolaylı olarak da eklem hareket açıklığı, kas gücü, mobilite, yürüme yeteneği ve fonksiyonel duruma katkı sağlamaları beklenir (14).

Yrd.Doç.Dr. Birsen ALTAY, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksek Okulu

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksek Okulu, Adalet Mah. SAMSUN

Tlf: 0362 231 77 20 **Faks:** 0362 231 77 21 **E-mail:** baltay@omu.edu.tr

7.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresinde Poster bildirisi olarak sunulmuştur. (25-27 Haziran 2008 Marmara Üniversitesi İSTANBUL)

Geliş Tarihi: 12.03.2010 **Kabul Tarihi:** 27.04.2010

Fizik tedavi ajanları, hastalığın semptomlarını azaltmasının yanı sıra, rehabilitasyon uygulamaları sırasında da sık kullanılan yöntemlerdir (5,14). Romatizmal hastalıkların izlem ve sonuçlarının değerlendirilmesinde klinik ölçüm ve laboratuvar değerlendirilmesinin yanında, romatolojik hastalıklara ilişkin çalışmalarda özellikle morbidite ve mortalitenin önceden belirlenmesi, kullanılan ilaçlara bağlı yan etkilerin değerlendirilmesi ve en uygun tedavi yönteminin seçimi gibi konularda yaşam kalitesini ölçmeye yönelik ölçütler son yıllarda giderek artan bir şekilde kullanılmaktadır (5,11,15,16). Öte yandan fonksiyonel kapasiteyi değerlendirmeye yönelik ölçütler son yıllarda artan bir oranda rutin kullanıma girmektedir. Romatizmal hastalıklar esas olarak fiziksel, emosyonel ve toplumsal düzeyde fonksiyon kaybına neden olabilir. Her üç düzeydeki fonksiyonel durum geçerli ve güvenilir anket veya ölçütlerle rahatlıkla değerlendirilebilmektedir. Genel olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmeye yönelik ölçütler arasında SF-36 bunlarda biridir (3). Bu çalışma, kas-iskelet sistemi ile ilgili kronik ağrıları nedeni ile fizik tedavi programına alınan hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı-kesitsel türdeki bu çalışma Samsun'da Romatemde fizik tedavi alan hastalarda yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Kasım 2007- Şubat 2008 tarihleri arasında fizik tedavi almak için başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 150 hasta oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan hasta bilgi formu ve kısa form-36 (SF-36) yaşam kalitesi ölçeği ile toplandı. Elde edilen veriler yüzdeler, ortalama, standart sapma, Oneway Anova, Tukey HDS testi kullanılarak değerlendirildi. İki grup arasındaki karşılaştırmalar ise Student t Testi ile yapıldı. Araştırmaya başlamadan önce kurumdan izin ve hastalardan sözlü bilgilendirilmiş onay alındı.

Yaşam Kalitesi Ölçeği: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ware and Sherbourne (17) tarafından 1987 yılında yapılmış olan yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe versiyonunu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır (9). Ölçek; klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş bir bireysel değerlendirme ölçeğidir. 36 ifade içeren ölçek, 3 ana başlık ve bu başlıklar altında yer alan 8 sağlık alanını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir. Ölçekten alınan puan 0-100 arasındadır. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. SF-36'da yer alan 3 majör sağlık alanı "Fonksiyonel durum, Esenlik ve Genel sağlık anlayışı"dır.

Bulgular

Katılımcıların %60'ı kadın olup, yaş ortalaması 41.84±14.55 (min:16.00 max:76) olarak bulunmuştur. Yaş dağılımına bakıldığında; %55.3 (n=83) ile 16-44, %38.0 (n=57) ile 45-64, %6.7 (n=10) ile 65 yaş ve üstü yaş grubunun olduğu görülmüştür.

Katılımcıların %32.7'si ilköğretim mezunu, %12'si düşük dereceli memur, %39.3'ünün aylık geliri 450-750 arasındadır. Katılımcıların tamamı sosyal güvenceye sahip olup, %48.7'sinin sosyal güvencesinin SSK olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %66.0'ının tanı konmuş bir hastalığı olup, en sık görülen hastalıkların sırası ile romatizma (%22.7), mide hastalığı (%16.7), osteoporoz (%10), kalp hastalıkları (%8.7) ve astım bronşit (%4.7) olduğu saptanmıştır. Bireylerin %67.3'ü fizik tedaviye ağrılarından dolayı geldiklerini, %32.7'si kuruma tedavi için geldiklerini belirtmişlerdir. Başvuranların %81.3'ü hastalıkları hakkında bilgi sahibi olduklarını ve %61.3'ü hastalıkları hakkında bilgiyi doktor-fizyoterapistlerinden edindiklerini ifade etmişlerdir. Hastalıklarıyla ilgili şikayetler kasılma (%16.0), uyuşma (%15.3) acı, yangı (%13,3) şeklinde sıralanmıştır. Katılımcıların %41.3'ü bir yıl ve daha fazla süredir ağrıların olduğunu belirtmişlerdir. Daha önce tedavi alan hastaların (%62.7) %34'ü fizik tedavi, %45.7'si ilaç tedavisi ve %20.2'sinin de egzersiz tedavisi aldığı saptanmıştır. Katılımcıların %85.3'ünün halen ağrıları mevcuttur. Ağrının lokalizasyonu %30.0 bel, %15.3 diz, %20 boyun, %12.7 kol, %7.3 omuz bölgesi olarak saptanmıştır. Ağrıları için %50'sinin ilaç kullandığı saptanmıştır. Tablo 2'de hastalar SF-36 alt ölçeklerinden esenlik (48.3315.05) alanında en düşük performans gösterirken, en yüksek puanı sosyal fonksiyon (51.5222.73) alt ölçeğinden almışlardır. Global yaşam kalitesi ortalama puanı 50.1916.38 olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Ölçekler	Ortalama	Sd	Min.	Max.
Fonksiyonel durum	51.52	22.73	5.00	98.75
Esenlik	48.33	15.05	0.00	85.67
Genel sağlık	50.33	16.35	10.00	97.50
Global sağlık	50.19	16.38	5.56	87.17

Tablo 2. Bazı Sosyo-demografik Özelliklere Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Ölçek	Değişkenler (N:150)	X ± Sd	İstatistik (Anova)
Fonksiyonel durum	Yaş	51.52±22.73	F:0.929 P:0.449
	Eğitim durumu	51.52±22.73	F:4.628 P:0.002*
	Sosyal güvence	51.52±22.73	F:1.470 P:0.225
	Meslek	51.52±22.73	F:9.742 P:0.000*
Esenlik	Yaş	48.33±15.05	F:0.582 P:0.676
	Eğitim durumu	48.33±15.05	F:2.539 P:0.042
	Sosyal güvence	51.52±22.73	F:1.913 P:0.130
	Meslek	48.33±15.05	F:5.405 P:0.000*
Genel sağlık	Yaş	50.33±16.35	F:0.945 P:0.440
	Eğitim durumu	54.01±12.58	F:1.173 P:0.325
	Sosyal güvence	50.33±16.35	F: 3.102 P:0.029
	Meslek	50.33±16.35	F:3.696 P:0.007*
Global sağlık	Yaş	50.19±16.38	F:0.327 P:0.859
	Eğitim durumu	50.19±14.38	F:4.124 P:0.003*
	Sosyal güvence	50.19±16.38	F:2.396 P:0.071
	Meslek	50.19±16.38	F:9.639 P:0.000*

Tablo 2’de Yaş gruplarına göre fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık ve global yaşam doyumu puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Eğitim durumuna göre fonksiyonel durum puanlarına bakıldığında, yüksek okul mezunlarının fonksiyonel durum puanları okur yazar olmayan, ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarına göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (F:4.628, P:0.002), eğitim durumuna göre esenlik durum puanları istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılık göstermiştir (F:2.539, P:0.042) ($p<0.01$). Anlamlılık ise; okur-yazar olmayanların esenlik puanlarının yüksek okul eğitim yapan gruba göre anlamlı düzeyde düşük bulunmasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$). Global yaşam doyumu puanı eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir (F:4.124, P:0.003) ($p<0.05$). Anlamlılık; okur-yazar olmayanların global yaşam doyumu puanlarının yüksek okul eğitim yapan gruba göre anlamlı düzeyde düşük bulunmasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 2).

Hastaların sosyal güvence durumlarına göre fonksiyonel durum ve esenlik puanları ve global sağlık puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$), genel sağlık puanı (F:3.102, P:0.029) anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur. Anlamlılık; Bağ-kur ve Emekli sandığına bağlı sosyal güvencesi olanlarda genel sağlık puanının en yüksek düzeyde bulunmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Meslek durumuna göre fonksiyonel durum (F:9.742, P:0.000), esenlik (F:5.405, P:0.000), genel sağlık (F:3.696, P:0.007) ve global sağlık puan ortalamaları (F:9.639, P:0.000) arasında ileri derecede anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bireyin hastalığı hakkında bilgisinin olması durumu ile, fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık ve global yaşam doyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3). Ağrısı olmayanlarda yaşam doyum alt ölçek puanları ağrısı olanlara göre daha yüksek bulunmuş olup, yalnızca ağrı yaşama ve esenlik puanları arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4). Başka bir kronik hastalığı olanlarda yaşam kalitesi alt ölçek puanları kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük bulunmuş olup, fonksiyonel durum ve global yaşam doyumu puanları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 3. Hastalığı Hakkında Bilgi Alma Durumu Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Hastalığı Hakkında Bilgisi Olma Durumu				Test Değ.	p
	Olan (n=122)		Olmayan (n=28)			
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	51.51	22.67	51.55	23.40	t:0.008	0.994
Esenlik Puanı	48.22	15.39	48.83	13.75	t:0.192	0.848
Genel Sağlık Puanı	50.12	16.89	51.25	13.98	t:0.328	0.743
Global Yaşam Doyumu	50.10	16.47	50.58	16.30	t:0.137	0.8922

t: Student t testi

Tablo 4. Ağrı Yaşama Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Ağrı Yaşama Durumu				Test Değ.	p
	Var (n=128)		Yok (n=22)			
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	50.45	22.35	57.73	24.41	t: 1.392	0.166
Esenlik Puanı	47.31	14.85	54.29	15.17	t: 2.028	0.044
Genel Sağlık Puanı	49.49	16.31	55.22	16.07	t: 1.526	0.129
Global Yaşam Doyumu	49.19	16.01	56.03	17.67	t:1.821	0.071

t: Student t testi

Tablo 5. Tanı konmuş kronik Hastalık Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Başka bir kronik Hastalık Varlığı				Test Değ.	P
	Var (n=122)		Yok (n=28)			
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	48.63	23.04	57.13	21.21	t: 2.198	0.029
Esenlik Puanı	46.73	15.86	51.45	12.93	t: 1.835	0.068
Genel Sağlık Puanı	48.56	16.45	53.77	15.75	t: 1.865	0.064
Global Yaşam Doyumu	47.98	17.16	54.49	13.93	t:2.340	0.002

t: Student t testi

Tablo 6. Sürekli İlaç Kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Sürekli İlaç Kullanma Durumu				Test Değ.	P
	Kullanan (n:122)		Kullanmayan (n:28)			
	Ort.	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel durumu	46.04	21.02	54.60	23.17	t:2.243	0.026
Esenlik Puanı	44.66	13.82	50.40	15.39	t:2.271	0.025
Genel Sağlık Puanı	46.43	15.05	52.52	16.71	t:2.218	0.028
Global Yaşam Doyumu	45.67	15.11	52.74	16.59	t:2.584	0.011

t: Student t testi

Tablo 6'da Sürekli ilaç kullananların yaşam doyum alt ölçek puanları sürekli ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuş olup, sürekli ilaç kullanma ve yaşam doyum puanları arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur.

Tartışma

Çalışmamızda kas iskelet sistemi hastalığı nedeniyle fizik tedavi alan hastaların genel olarak yaşam kalitesi puanları orta düzeylerde bulunmuştur. Fonksiyonel durum ortalama puanı en yüksek (51.5222.73), esenlik ortalama puanı en düşük (48.3315.05) bulunmuştur (Tablo 1). Yaşam kalitesinin incelendiği birçok çalışmada da sonucumuza paralel şekilde yaşam kalitesinin orta ve ortanın altında/düşük algılandığı saptanmıştır (12,18,19).

Araştırmaya katılan hastaların yaşlara göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; fonksiyonel durum ve global sağlık puanları yaşla birlikte düşme göstermekle birlikte, yaş grubu ile fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık ve global sağlık puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.01$).

Çalışmamızdan farklı olarak; Yılmaz'ın (18) çalışmasında, 65 yaş ve üstü hastaların fonksiyonel durum ve esenlik puanı diğer yaş gruplarına göre ileri derecede anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.01$). Arslan ve Bölükbaş'ın (20) kanserli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, yaşam kalitesi toplam puanı en yüksek 18-37 yaş grubunda bulunmuştur. Yazıcı ve arkadaşlarının (6) bel ve boyun ağrısı olan hastalarında yaptıkları çalışmalarında yaşın artmasıyla vitalite ve mental sağlık puanlarında artma olduğu saptanmıştır. Yaşın artmasıyla yaşam kalitesinin düşmesi beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızdaki farklılığın ileri yaşta katılımcıların sayısının az olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda eğitim durumuna göre yaşam kalitesi değerlendirilmesi yapıldığında; eğitim durumunun fonksiyonel durum, esenlik ve global sağlığı önemli derecede etkilediği ($p<0.01$) yani, eğitim durumları yükseldikçe yaşam kalitesi puanının da yükseldiği, genel sağlığı ise etkilemediği saptanmıştır. Bu durum eğitimin sonucu kişinin maddi ve sosyal imkanlarının artması ile ilişkili olabilir. Bostan ve arkadaşlarının (21) fonksiyonel kaybı olan hastalarda yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmiş olduğunun belirtilmesi araştırma sonucunu desteklemektedir.

Pehlivan ve arkadaşları (12) çalışmalarında eğitim durumunun fonksiyonel durum, esenlik ve global sağlığı önemli derecede etkilediği saptanmıştır. Yazıcı ve arkadaşları (6) çalışmalarında eğitim düzeyi düştükçe fiziksel rol kısıtlılığı ve genel sağlık puanları da anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Biçer ve arkadaşlarının (7), Dinçer ve arkadaşlarının (8) ve Yılmazın (18) çalışmasında benzer şekilde eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi puanlarının da yükseldiği belirtilmiştir. Akarcay ve arkadaşlarının (22) yaptıkları çalışmaya göre üniversite ve lisans üstü eğitime sahip olanların yaşam kalitesi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmalar araştırma sonuçlarımıza paralellik göstermektedir. Bu sonuç; eğitim ile kazanılan maddi ve sosyal imkanların bireyin yaşam biçimini olumlu etkilediği ve yaşam kalitesini artırdığı ile ilişkilili olabilir.

Çalışmada hastaların sosyal güvence durumlarının fonksiyonel durum, esenlik ve global sağlık puanlarını etkilemediği ($p>0.05$), genel sağlık puanlarını olumlu yönde etkilediği ($p<0.05$) belirlenmiştir. Yılmaz çalışmasında (18) sosyal güvence durumuna göre yaşam kalitesi alt ölçek puanlarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Dinçer ve arkadaşlarının (8) ankilozan spondilitli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, sosyal güvencesi olmayanların yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır. Çalışma grubumuzun tamamının sosyal güvencesinin olması, aradaki farkın anlamlı çıkmamasını sağlamış olabilir.

Araştırmada bireylerin meslek/çalışma durumlarına göre yaşam kaliteleri incelendiğinde; meslek durumlarının bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde önemli etkileri olduğu ($p<0.01$) ve buna bağlı olarak ev hanımlarının puanlarının da çalışan gruplardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların meslek durumlarına göre fonksiyonel durum ve esenlik puanları memur ve serbest çalışanlarda en yüksek ev kadınlarında ise en düşük bulunmuştur. Genel sağlık puanı ve global yaşam doyumu puanlarının ise çalışan gruplara göre ev kadınlarında en düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ranussou ve arkadaşlarının (23) araştırmasında çalışan ve çalışmayan hastaların yaşam kalitesi karşılaştırıldığı çalışmada, çalışmayan hastalarda hastalığın olumsuz etkileri yüksek, psiko-sosyal durumlarının daha düşük olduğunun belirtmiş olması araştırmayı desteklemektedir. Yılmaz (18) çalışmasında memurların fonksiyonel durum puanları emeklilere göre ve ev hanımlarına göre anlamlı olarak yüksek bulunduğu, global yaşam doyumu puanının ise, emeklilerde memur gruba göre anlamlı düzeyde düşük bulunduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda da görülmektedir ki; çalışan kesimin yaşam kalitesi emekli olan ve ev hanımı olan bireylere göre daha yüksektir. Bunun nedeninin gelir getiren bir işte çalışmanın maddi ve sosyal getirilerinin olmasının bireyleri hem fiziksel hem de ruhsal olarak rahatlattığı düşünülebilir.

Romatizmal hastalıklarda hasta eğitimi, uygulanan tedavilerin başarısı ve hastaların yaşam kalitesinin artırılması açısından önem taşımaktadır. Hasta eğitimi yanlış uygulamaların önlenmesi açısından da bir zorunluluk olarak düşünülmelidir (24). Pehlivan ve arkadaşlarının (12) çalışmalarında hastalığı hakkında bilgi sahibi olmayan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda bireyin hastalığı hakkında bilgisinin olması durumu ile, fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık ve global yaşam doyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Oysa; hastaların sağlıklı davranış geliştirmelerini sağlamanın, hastalıkları ile baş etmelerinin sağlanmasında ve hatalı tıbbi uygulamaları önlemesi ve kendi bakımı için teknik becerileri kazanabilmesi için bilgi/eğitim şarttır. Çalışma sonucumuzun bu şekilde anlamsız bulunması, denek sayısının az olması ile ilgili olabileceği gibi, bireyin öğrenme deneyimleri ve eğitim yöntemlerinden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada ağrı yaşamayan hastaların ağrı yaşayan hastalara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek bulunduğu, yalnızca ağrı yaşayan hastaların ağrıları sebebi ile esenlik hallerini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Koçyiğit ve arkadaşlarının (9) Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniğinde yaptıkları araştırma da fizik tedavi sonrasında fiziksel parametrelerde önemli oranda düzelleme saptanması ve ağrının fizik tedaviye en çok yanıt veren bir parametre olarak belirlenmesi araştırma sonucu ile paralellik göstermektedir. Castillo ve arkadaşlarının (25) kronik baş ağrısı ile ilgili yaptıkları çalışmada, ağrının şiddetinden çok, ağrının kronik olmasının, yaşam kalitesini daha kötü etkilediği belirlenmiştir. Becker ve arkadaşları (26) yaptıkları çalışmada, kronik ağrısı olan hastaların yaşam kalitesi puanlarının normal toplumda elde edilen puanlara daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Ağrı bireylerde ümitsizliğe yol açarak yaşam kalitesi puanlarının düşmesine yol açabilir. Fakat ağrı süresi uzadıkça bireylerin ağrıyla yaşamaya, onunla baş etmeye yönelik girişimleri öğrendikleri ve bunun yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediği düşünülmüştür. Hallberg ve arkadaşlarının (27) yaptığı çalışmada, ağrının, yaşlanma ile birlikte bireyleri fonksiyonel olarak kısıtladığı ve yaşam kalitelerini düşürdüğü bildirilmiştir.

Yılmazın çalışmasında (18) bel bölgesi ile diğer ağrı bölgeleri karşılaştırılmış; fonksiyonel durum puanı bel bölgesi ağrısı olanlarda anlamlı düzeyde düşük, esenlik, genel sağlık ve global yaşam kalitesi karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamamıştır. Biçer ve arkadaşlarının (7) çalışmasında, bel ve boyun ağrısı olan hastaların normal kontrollere göre fiziksel işlevlerinin daha kötü olduğu, işte ya da diğer etkinliklerde daha fazla sorun yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin normal kontrollerden daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kronik hastalık tanılı hastaların üzerindeki çok boyutlu etkilerinin gösterilmesi veya ölçülmesi açısından büyük önem taşır. Araştırmaya katılan bireylerde romatolojik hastalık dışında başka bir kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi alt ölçek puanları kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük bulunmuş olup, fonksiyonel durum ve global yaşam doyumu puanları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 5). Pehlivan ve arkadaşlarının (12) romatolojik sorunu olan hastalarla yaptıkları çalışmada başka bir kronik hastalığın yaşam kalitesi puan ortalamalarının, olmayanlara göre anlamlı olarak düşük bulunması çalışma sonucumuzu desteklemektedir. Başka bir kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi puanının düşük olması beklenen bir sonuçtur. Yapılan çalışmalarda da hastalığın yaşam kalitesine etkisinin ağırlığı ve azalmış işlevden kaynaklandığı bildirilmiştir (5-7,12,28). Yılmazın (18) çalışmasında başka bir hastalığın varlığına göre yaşam kalitesi puanlarında anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır.

Araştırmada Sürekli ilaç kullananların yaşam kalitesi alt ölçek puanları sürekli ilaç kullanmayanlara göre daha anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Bel ağrısı olan hastalarda fizik tedavinin yaşam kalitesi üzerinde etkisi araştırılan başka bir araştırma da ise ilaç tedavisi olmaksızın uygulanan fizik tedavi ile hem fiziksel hem de psiko-sosyal birleşenlerde belirgin düzelme olduğu belirtilmiştir (9). Ayrıca araştırma sonucu; düzenli ilaç kullanmanın, tedaviyi olumlu yönde etkilemesi nedeniyle kişinin iyileştikçe kendisini daha iyi hissettiği ve durumunu kabullenerek doğru baş ettiği şeklinde de değerlendirilebilir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonucunda fizik tedavi alan hastaların yaşam kalitesi puanlarının orta düzeyde olduğu ve eğitimin, sosyal güvenenin ve meslek durumunu gibi bazı demografik farklılıkların yaşam kalitesine etkisi olduğu, bireyin başka bir kronik hastalık varlığı, ağrı yaşama durumu ve sürekli ilaç kullanma durumunun yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır. Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hastaların yaşam kalitesini yükseltecek yeni tedavi, girişim ve bakım yaklaşımlarının geliştirilmesine yön verecektir.

Bu sonuçlardan yola çıkarak; bireysel yaklaşımlara önem verilmesi, bireye özgü davranışların değerlendirilmesine dikkat edilebilir. Kronik hastalık, sürekli ilaç kullanma ve ağrı yaşama durumunun günlük yaşam aktivitelerine olumsuz etkisinin göz ardı edilmemesi önerilebilir.

Kaynaklar

1. Mollaoğlu M. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı 5-7 Nisan 2007, İzmir, s:12-13.
2. Eşit-Üstün M, Karadeniz G. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. FSHD. 2006;1:33-43.
3. Ünal H. Romatizmal hastalıklarda fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 1999;2(1):12-19.
4. Seçkin Ü, Borman P, Bodur H. Fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran yaşlıların tanınış dağılımı. J Geriatr. 1999;2(2):57-60.
5. Sarı H, Çakmak B, Can G. Ankilozan spondilitte fizik tedavi ajanlarının yaşam kalitesi ve emosyonel durum üzerine etkisi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 2003;49(6):8-12.
6. Yazıcı K, Tot Ş, Ali Biçer A, Yazıcı A, Visal Buturak V. Bel ve boyun ağrısı hastalarında anksiyete. Depresyon ve Yaşam Kalitesi Klinik Psikiyatri. 2003;6:95-101.
7. Biçer A, Buturak V, Tot Ş, Yazıcı K, Yazıcı A. Bel ve boyun ağrısı hastalarında anksiyete. Depresyon ve Yaşam Kalitesi. Klinik Psikiyatri. 2003;6(2):95-101.
8. Dinçer K, Özgül A, Kalyon A, Taşkıyatan M.A, Tan AK. Ankilozan spondilit'te hastalığın yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alanlarına etkisi. Romatizma. 2003;18(2):82-91.
9. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G. Kısa Form-36'nın (KF-36) Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. İlaç ve Tedavi Dergisi. 1999;12:102-16.
10. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesine sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Türk Romatoloji Dergisi. 2005;20(1):55-63.
11. Wolfe W, Cathey M. The assessment and prediction of functional disability in rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 1991;18:1298-1306.
12. Pehlivan S, Ovayolu Ö, Ovayolu N, Pehlivan Y, Onat AM. Romatolojik sorunu olan hastalarda yaşam kalitesi ve bazı semptomlarla ilişkisi. Gaziantep Tıp Dergisi. 2010;16(1):10-14.
13. Kaya T Karatepe AG, Günaydın R, Türkmen G, Özbek G. Romatoid artritle olan hastalarda yaşam kalitesi: Hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum ve sağlık durumu ile ilişkisi. Romatizma. 2007;22:119-122.
14. Kızıl R. Romatizmal hastalıklarda fizik tedavi uygulamaları. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2006;2(45):4-8.

15. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *BMJ*. 1992;305:1074-77.
16. Fletcher A, Gore S, Jones D, Fitzpatrick R, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. II: Design, analysis and interpretation. *BMJ*. 1992;305:1145-48.
17. Ware JE jr, Sherbourne CD. The MOS 36 Item Short Form Helth Survey (SF-36): Conceptual Framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.
18. Yılmaz E. "Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi" Yüksek Lisans Tezi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul, 2005.
19. Acaray A, Pınar R. Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2004;8(1):1-5.
20. Arslan S, Bölükbaş N. Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2003;6(3):38-47.
21. Bostan EE, Borman P. Functional disability and quality of life in ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int*. 2003;(3):121-6.
22. Akarcay V, Alpkaya U, Hayran O, Uzun S. Yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Geriatri*. 2003;6(3):95-99.
23. Ronussou E, Kennedy LG, Garret S, Calin A. Socioeconomic status in ankylosing spondylitis: relationship between occupation and disease activity. *J Rheumatol*. 1997;24:908-11.
24. Tüzün Ç. Romatizmal hastalıklarda hasta eğitimi. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci*. 2006;2(45):1-3.
25. Castillo J, Guitera V, Munoz P, Pascual J. Quality of life in chronic daily headache: A Study in A General Population, Abstract. *Neurology*. 2002;58(7):1062-1065.
26. Becker N, Thomsen AB, Olsen AK, Sjogren P. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a danish multidisciplinary pain center. *Pain*. 1997;73:393-400.
27. Hallberg IR, Jakobsson U, Klevsgard R, Westergren A. Old people in pain: A Comparative study. *J Pain Symp Man*. 2003;26(1):625-636.
28. Hallberg IR, Jakobsson U, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Quality of Life Resarche*. 2005;13(1):125-136.