

# Romatolojik Sorunu Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Bazı Semptomlarla İlişkisi

Quality Of Life Patients With Rheumatologic Problems And Its Correlates With Some Symptoms

<sup>1</sup>Arş.Gör. Seda PEHLİVAN

<sup>1</sup>Öğr.Gör. Özlem OVAYOLU

<sup>1</sup>Doç.Dr. Nimet OVAYOLU

<sup>2</sup>Uzm.Dr. Yavuz PEHLİVAN

<sup>2</sup>Doç.Dr. Ahmet Mesut ONAT

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD

<sup>2</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD

Gaziantep Tıp Dergisi 2010;16(1):10-14.

## Özet

Romatolojik hastalıklarda aktif yaşam ve fonksiyonel kapasite etkilendiğinden sağlıkla ilgili yaşam kalitesi sonuçları önemli göstergeler olarak kabul edilmektedir. Çalışma, romatolojik sorunu olan bireylerin yaşam kalitesini ve görülen bazı semptomlarla ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırma romatoloji polikliniğine başvuran, çalışmaya katılmaya istekli 101 hasta (38 ankilozan spondilit, 34 romatoid artrit, 10 sistemik lupus eritematozus, 10 behçet ve 9 osteoartrit) ile tanımlayıcı olarak yapıldı. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik özellikler, semptomlar ve sıklığı ile ilgili soruların yer aldığı anket formu ve Short Form-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS programı kullanılarak yüzdellik, ki-kare, Kruskal Wallis analizi yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 40.3±1.3 yıl ve hastalık süresi ortalaması 31.7±4.0 ay idi. Romatolojik sorunu olan hastaların SF-36 yaşam kalitesi puan ortalamaları, fiziksel boyut; 33.0±1.4 ve mental boyut; 38.9±1.6 idi. Hastaların tanıları ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (p>0.05). Ancak çok fazla ağrı, tutukluk, eklemlerde şişlik, halsizlik, hareketlerde zorlanma, duygusal problemleri olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi (p<0.05). Romatolojik hastalıklar bireylerin günlük aktivitelerini yaparken zorlanmalarına neden olmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Hastaların karşılaştığı semptomların sıklığı arttıkça yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoloji, Kronik hastalıklar, Yaşam kalitesi.

## Abstract

Active life and functional capacity in rheumatologic diseases have been affected, health-related quality of life results are accepted as important indicators. Our study was done with the aim of to determine life quality of patients who with rheumatologic problems, and its correlate with some symptoms. Study was done as descriptive with 101 patients (38 ankylosing spondylitis, 34 rheumatoid arthritis, 10 systemic lupus erythematosus, 10 Behcet's disease and 9 osteoarthritis) who were admitted to the rheumatology clinic and want to join study. Datas were collected with a questionnaire that included sociodemographic characteristics, symptoms and frequency of symptoms related questions prepared by researchers and Short Form-36 quality of life. In evaluation of the data's, frequency, chi-square, Kruskal Wallis analysis were done by using SPSS. The age mean of patients were 40.3±1.3 years and mean of duration of illness were 31.7±4.0 months. SF-36 quality of life point mean scores of patients with rheumatologic problems 33.0±1.4 for physical dimension; and 38.9±1.6 for mental dimension;, respectively. Statistically significant relationship wasn't find between quality of life and diagnose of patients (p>0.05). But, the point mean of quality of life were significantly lower in patients who have too much pain, stiffness, swelling in joints, fatigue, motion strain, emotional problems (p<0.05). Rheumatologic diseases cause to difficulties when doing daily life activities of patients and they reduce life quality of patients. When the frequency of symptoms get raised life quality became more worsen.

**Key words:** Rheumatology, Chronic diseases, Quality of life.

## Giriş

Romatolojik hastalıklar; fiziksel, emosyonel ve toplumsal düzeyde fonksiyon kaybına neden olmaktadır (1). Eklemlerin tutulumunun yanısıra tüm organ ve sistemler de olumsuz etkilendiği için hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede sıkıntılarla karşılaşır (1,2). Bu hastalarda fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları ve fiziksel iyilik halinin bozulması tedaviye uyumu zorlaştırır, özbakım güçlerini zayıflatır ve çeşitli psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olur. Bütün bunların etkisiyle bireylerin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenir (2).

Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavram olduğundan net bir tanım yapmak güçtür (3,4). Bununla birlikte, dinamik, göreceli ve değişken soyut bir kavram olup bir bütün olarak yaşamın subjektif değerlendirilmesi ya da bireyin o andaki fonksiyon düzeyine göre ne algıladığının değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (2). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi; sağlık durumunun tüm yönlerini birleştiren ve kişinin içinde bulunduğu sağlık durumundan memnuniyetini ve sağlık durumuna verdiği emosyonel cevabı da içeren bir kavramdır (5). Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (4). Genel olarak da hastalığının fiziksel olumsuzlukları ile ilgili, fiziksel, ekonomik, sosyal ve duygusal faktörlere odaklanır (2). Yaşam kalitesi ile ilgili ölçümler, bireysel ve hasta grupları ile ilgili gerçek gereksinimleri ortaya çıkarmakta ve son yıllarda ülkemizde yaygın olarak kullanılmaktadır (4). Kronik hastalıklarda, yaşam kalitesi ölçütlerinden hangisinin hastalıktan önemli derecede etkilendiğinin tespit edilmesi, tıbbi ve rehabilitatif tedavinin önceliklerinin tespitinde yarar sağlamaktadır (2). Romatolojik hastalıklara ilişkin çalışmalarda özellikle morbidite ve mortalitenin önceden belirlenmesi, hastalık belirtilerinin progresyonunun izlenmesi, kullanılan ilaçlara bağlı yan etkilerin değerlendirilmesi ve en uygun tedavi yönteminin seçimi gibi konularda yaşam kalitesi ölçütlerinden yararlanılmaktadır (1,6).

Arş.Gör.Dr. Seda PEHLİVAN, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği  
Adres: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Şehitkamil / GAZİANTEP  
Tel: 0342 360 60 60-76760 Faks: 0342 360 87 95 E-mail: pehlivan.seda@hotmail.com

Geliş Tarihi: 02.12.2009 Kabul Tarihi: 19.01.2010

Bu çalışma, romatolojik sorunu olan bireylerin yaşam kalitesini ve görülen bazı semptomlarla ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Araştırmaya romatoloji polikliniğine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar alındı. Çalışma, 38 ankilozan spondilit, 34 romatoid artrit, 10 sistemik lupus eritematozus, 10 behçet ve 9 osteoartrit hastası olmak üzere toplam 101 hasta ile tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmaya başlamadan önce kurumdan ve hastalardan sözlü bilgilendirilmiş onay alındı. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ve Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilen Short Form-36 (SF-36) yaşam kalitesi ölçeği ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Anket formu; sosyodemografik özellikler, semptomlar ve sıklığı ile ilgili toplam 25 sorudan oluşuyordu. Yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçekten alınan puan 0-100 arasındadır ve puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır (7). Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS yardımıyla k-kare, student t testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis varyans analizi ve pearson korelasyon analizi yapıldı.  $P < 0.05$  anlamlı olarak kabul edildi.

### Bulgular

Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamasının  $40.3 \pm 1.3$  yıl, %75.2'si kadın, %47.5'i ilköğretim mezunu, %75.2'si evli ve %68.3'ünün ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu saptandı. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 1'de görülmektedir.

Romatolojik sorunu olan bireylerin SF-36 yaşam kalitesi puan ortalamaları, fiziksel boyut;  $33.0 \pm 1.4$  ve mental boyut;  $38.9 \pm 1.6$  idi. Yaş ile yaşam kalitesi puanlarından fiziksel boyut puan ortalaması arasında negatif korelasyon ( $r: -0.235$ ,  $p: 0.018$ ) bulunurken; mental boyut puan ortalaması açısından ilişki yoktu ( $r: -0.102$ ,  $p: 0.309$ ). Cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer ve ekonomik durum ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında ilişki bulunmadı ( $p > 0.05$ ). Ancak fiziksel boyut yaşam kalitesi puan ortalaması açısından eğitim düzeyi grupları arasında anlamlı fark saptandı ve anlamlılığın üniversite grubundan kaynaklandığı belirlendi ( $p < 0.05$ ).

Eğitim düzeyi ile mental boyut yaşam kalitesi puan ortalaması arasında ilişki bulunmadı ( $p > 0.05$ ). Hastaların hastalık süresi ortalaması  $31.7 \pm 4.0$  ay idi ve hastalık süresi ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktu (fiziksel boyut;  $r: 0.005$ ,  $p: 0.961$ , mental boyut;  $r: 0.002$ ,  $p: 0.982$ ).

Çalışmaya alınan hastaların tanıları ve ailede romatolojik hastalık varlığı ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında ilişki yoktu ( $p > 0.05$ ). Hastalık hakkında bilgi sahibi olanların fiziksel boyut yaşam kalitesi puan ortalaması bilgi sahibi olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunurken ( $p < 0.05$ ), mental boyut yaşam kalitesi puan ortalaması açısından iki grup arasında fark yoktu ( $p > 0.05$ ). Romatolojik hastalık dışında herhangi bir hastalığı olanların yaşam kalitesi puan ortalamaları olmayanlara göre anlamlı olarak düşük bulundu ( $p < 0.05$ ). Romatolojik sorunu olan hastaların %81.2'si hastalık sonrası yaşamında değişiklik olduğunu belirtirken, bu değişikliklerin günlük aktivitelerini yapmada zorluk (%74.4) ve psikolojinin bozulması (%25.6) olduğu tespit edildi.

**Tablo 1:** Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı

		Fiziksel Boyut		Mental Boyut	İstatistiksel analiz
		Sayı (%)	YKPO*±SE	YKPO±SE	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	76 (75.2)	31.8±1.8	38.0±1.8	FB: MWU:809.500, p:0.269 MB: MWU:894.500, p:0.662
	Erkek	25 (24.8)	36.9±4.3	41.4±3.8	
<b>Eğitim durumu</b>					FB: KW:22.388, p:0.000 MB: KW:3.476, p:0.324
	Okur-yazar değil	22 (21.8)	23.5±2.9	35.7±3.1	
	İlköğretim	48 (47.5)	32.3±2.3	37.4±2.4	
	Ortaöğretim	16 (15.8)	31.8±2.3	39.7±2.5	
	Üniversite	14 (14.9)	50.7±5.5	47.3±5.5	
<b>Medeni durumu</b>					FB: MWU:799.000, p:0.235 MB: MWU:891.500, p:0.645
	Bekar	25 (24.8)	32.7±2.1	38.8±2.0	
	Evli	76 (75.2)	34.1±2.3	39.0±2.5	
<b>Yaşanılan yer</b>					FB: KW:0.703, p:0.704 MB: KW:1.222, p:0.543
	Köy	4 (3.9)	29.1±11.4	42.6±8.2	
	İlçe	22 (21.8)	33.5±4.0	36.4±3.9	
	Şehir	75 (74.3)	33.1±1.9	39.4±1.8	
<b>Ekonomik durumu</b>					FB: KW:4.634, p:0.099 MB: KW:3.174, p:0.205
	Kötü	17 (16.8)	42.3±5.1	45.1±5.2	
	Orta	69 (68.3)	31.5±2.4	38.7±1.9	
	İyi	15 (14.9)	30.9±3.1	34.2±3.4	
<b>Toplam</b>		<b>100 (100.0)</b>	<b>33.0±1.4</b>	<b>38.9±1.6</b>	

\*Yaşam kalitesi puan ortalaması

Hastalık sonrası yaşam tarzı değişikliği olanların yaşam kalitesi puan ortalamalarının olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ )(Tablo 2).

Çalışmaya alınan hastalarda karşılaşılan semptomlar ve semptomların sıklığı ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasındaki ilişki Tablo 3'deki gibidir. Hastaların %68.3'ü ağrı, %32.7'si tutukluk, %37.6'sı eklemlerde şişlik, %49.5'i hareketlerde zorlanma, %61.4'ü halsizlik ve %39.6'sı duygusal problemleri 'çok sık' yaşadığını ifade etti. Ağrısı ve tutukluğu az olan hastaların diğer hastalara göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ). Eklemlerde şişlik şikayeti çok olanların yaşam kalitesi puan ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı olarak düşüktü ( $p<0.05$ ). Hareketlerde zorlanma sıklığı ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulundu ve bu ilişkinin üç grup arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi ( $p<0.05$ ). Hiç halsizlik şikayeti olmayan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Duygusal problem yaşama sıklığı ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardı ve anlamlılık az ile orta grubu arasındaki farktan kaynaklanıyordu ( $p<0.05$ ).

### Tartışma

Kronik romatizmal hastalıklarda hastalığın gidişatının geleneksel epidemiyolojik ölçümleri hastalığın sadece fiziksel yönünü yansıtır ve mental ve sosyal yönü ise gözardı edilir. Son yıllarda hastalığın fiziksel, mental ve sosyal yönünü hep birlikte değerlendiren yaşam kalitesi ölçümlerine ilgi gittikçe artmaktadır (8). Sağlık yaşam kalitesi bir hastalığın ve tedavisinin kişinin günlük yaşamını ve üretkenlik yeteneğine etkisini kapsar, bireyin eğitim düzeyi, ailenin desteği, tedavi süresi, hastalık ve tedaviye uyum gibi faktörlerden etkilenir (9). Yapılan bazı çalışmalarda sosyodemografik özellikler ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır (4,10,11).

Kişinin eğitim durumunun hastalık ve bununla ilişkili olarak gelecek ile ilgili düşüncelerini etkilediği bilinmektedir. Özgül ve arkadaşları (2) ankilozan spondilit hastalarının eğitim süresi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığını belirlemişlerdir. Çalışmamızda da benzer olarak yaş arttıkça fiziksel boyut yaşam kalitesinin düştüğü ve eğitim düzeyi yükseldikçe fiziksel boyut yaşam kalitesinin de yükseldiği belirlenmiştir. Yaşın ilerlemesi ile yaşlılığa bağlı fonksiyonel kayıpların ve bağımlılığın artmasına bağlı olarak yaşam kalitesinin düştüğü düşünülmektedir. Ayrıca eğitim seviyesinin artması, kişinin maddi ve sosyal imkanlarının artmasına yol açarak yaşam kalitesine yükseltebilir. Çoğu kronik hastalıkta genel yaşam kalitesi normal toplumdan çok farklı değildir, bunun nedeni kronik hastalıklara uyum sürecinin yaşam kalitesinin ilerleyici biçimde bozulmasına engel olmasıdır (4). Ancak kronik hastalıkların insan yaşamını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği de bilinmektedir. Kronik hastalığın türü ne olursa olsun bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapamaması, güçsüzlük, hastalık semptomları hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmalara ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (12). Çalışmada hastaların tanıları ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamamış olması bu durum ile açıklanabilir. Romatizmal hastalıklarda hasta eğitimi uygulanan tedavilerin başarısı ve hastaların yaşam kalitesinin artırılması açısından önem taşımaktadır. Özellikle bizimki gibi eğitim düzeyi düşük toplumlarda hasta eğitimi yanlış uygulamaların önlenmesi açısından da bir zorunluluk olarak düşünülmelidir (13). Çalışmada hastalık ile ilgili bilgi sahibi olmayan, başka bir hastalığı olan ve hastalık sonrası yaşam tarzı değişikliği olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilerini yeterli bulan kişilerin hastalıkla baş etme ve sosyal yaşamı düzenleme yeteneklerini arttırabilmesi yaşam kalitesini olumlu olarak etkileyecektir.

**Tablo 2:** Hastaların hastalık ile ilgili özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı

Hastalık	Sayı (%)	Fiziksel boyut	Mental boyut	İstatistiksel analiz
		YKPO*±SE	YKPO±SE	
<b>Hastalık</b>				
Ankilozan spondilit	38 (37.6)	37.9±3.2	41.2±3.0	
Romatoid artrit	34 (33.7)	30.6±2.9	38.8±2.7	FB: KW: 3.253, p:0.516
SLE**	10 (9.9)	288±3.3	39.0±2.9	MB: KW: 3.806, p:0.433
Behçet hastalığı	10 (9.9)	27.9±2.3	28.5±3.9	
Osteoartrit	9 (8.9)	32.9±6.2	40.8±6.2	
<b>Hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu</b>				
Olan	25 (24.8)	39.5±3.7	43.2±3.7	<b>FB: MWU: 662.000, p:0.023</b>
Olmayan	76 (75.2)	30.9±1.9	37.4±1.8	MB: MWU: 785.000, p:0.194
<b>Başka hastalık varlığı</b>				
Var	41 (40.6)	26.6±1.8	33.3±2.1	<b>FB: t:-3.161, p:0.002</b>
Yok	60 (59.4)	37.4±2.5	42.7±2.2	<b>MB: t:-2.885, p:0.005</b>
<b>Ailede romatolojik hastalık varlığı</b>				
Var	54 (53.5)	34.0±2.7	40.3±2.6	FB: t:0.618, p:0.538
Yok	47 (46.5)	31.9±2.1	37.2±1.9	MB: t:0.925, p:0.357
<b>Hastalıktan sonra yaşam tarzı değişikliği</b>				
Olan	82 (81.2)	28.2±1.4	35.3±1.5	<b>FB: MWU: 177.000, p:0.000</b>
Olmayan	19 (18.8)	54.1±4.3	54.1±4.5	<b>MB: MWU: 342.000, p:0.000</b>
<b>Toplam</b>	<b>100 (100.0)</b>	<b>33.0±1.4</b>	<b>38.9±1.6</b>	

\*Yaşam kalitesi puan ortalaması

\*\*Sistemik lupus eritematozus

**Tablo 3:** Hastalarda bazı semptomların görülme sıklığına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı

		Sayı (%)	Fiziksel boyut	Mental boyut	İstatistiksel analiz
			YKPO*±SE	YKPO±SE	
<b>Ağrı</b>	Az	9 (8.9)	62.8±6.2	65.2±4.9	<b>FB:29.493, p:0.000</b> <b>MB:20.375, p:0.000</b>
	Orta	23 (22.8)	37.5±2.4	39.4±2.4	
	Çok	69 (68.3)	27.7±1.7	35.2±1.8	
<b>Tutukluk</b>	Az	38 (37.6)	42.2±3.0	46.6±2.8	<b>FB:19.421, p:0.000</b> <b>MB:16.418, p:0.000</b>
	Orta	30 (29.7)	29.7±2.4	38.3±2.1	
	Çok	33 (32.7)	25.6±2.6	30.5±2.6	
<b>Eklemlerde şişlik</b>	Az	37 (36.6)	39.8±3.0	44.5±2.9	<b>FB:13.856, p:0.001</b> <b>MB:14.096, p:0.001</b>
	Orta	26 (25.7)	31.4±1.8	41.1±2.2	
	Çok	38 (37.6)	27.6±3.0	31.8±2.6	
<b>Hareketlerde zorlanma</b>	Hiç	20 (19.8)	48.4±4.7	52.0±4.1	<b>FB:34.500, p:0.000</b> <b>MB:24.037, p:0.000</b>
	Orta	31 (30.7)	37.5±2.3	42.6±2.6	
	Çok	50 (49.5)	24.1±1.8	31.2±1.7	
<b>Halsizlik</b>	Hiç	18 (17.8)	49.2±5.1	53.2±4.6	<b>FB:22.982, p:0.000</b> <b>MB:13.695, p:0.001</b>
	Orta	21 (20.8)	35.2±2.3	36.5±2.5	
	Çok	62 (61.4)	27.6±1.9	35.5±1.9	
<b>Duygusal problemler</b>	Az	30 (29.7)	40.2±3.6	45.9±3.3	<b>FB:7.381, p:0.025</b> <b>MB:13.054, p:0.001</b>
	Orta	31 (30.7)	30.4±2.7	40.1±2.5	
	Çok	40 (39.6)	29.7±2.5	32.6±2.3	
<b>Toplam</b>		<b>100 (100.0)</b>	<b>33.0±1.4</b>	<b>38.9±1.6</b>	

\*Yaşam kalitesi puan ortalaması

Buradan yola çıkılarak, hastaya sadece ilaç verip ve kullanmasını istemenin ötesinde, sağlık ekibinin kişiyi bir bütün olarak değerlendirip fiziksel yönden iyileştirmeye çalışırken sosyal ve psikolojik olarak da desteklemesi gerektiği görülebilir. Bu amaçla kişiyi ve ailesini hastalık hakkında bilgilendirmek ve eğitmek gereklidir (2).

Ayrıca başka bir hastalık varlığı, hastanın mevcut fiziksel ve mental işlevlerini zorlaştıracığından ve hastanın hastalık öncesinde yaptığı aktiviteleri hastalık nedeniyle devam ettiremiyor olmasından dolayı yaşam kalitesinin daha da olumsuz etkilendiği düşünülmektedir. Kronik hastalıklarda genel yaşam kalitesi çok bozulmamış olsa bile her hastalık kendi özellikleri gereği yaşam kalitesi alt alanlarını belirgin biçimde bozabilmektedir. Fakat hastalık çok şiddetliyse hem genel yaşam kalitesi hem de alt alanlar aynı düzeyde ve belirgin bir biçimde bozulabilmektedir (4). Romatizmal hastalığı olan hastaların ana yakınmaları olan ağrı, tutukluk ve vücut fonksiyonlarındaki kısıtlılıklar nedeniyle kişinin hem yaşam kalitesinde ve emosyonel durumunda hem de yaşam alanlarında etkilenim olur (9). Romatizmal hastalığı olan hastalarla yapılan çalışmalarda hastaların yaşam kalitesinin düştüğü ve bazı faktörlerden etkilendiği belirlenmiştir (1,3,6,7). Kılınc (4) Behçet hastaları ile yaptığı çalışmada, hastalığı aktif olanların yaşam kalitesinin aktif olmayanlara göre daha düşük olduğunu bulmuştur. Uğuz ve arkadaşları (10) romatoid artrit hastalarının hareket, ev işleri yapabilmeye, kendine bakım ve yürüme puanları ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu belirlemiştir. Çalışmamızda da hastaların tutukluk, eklemde şişlik, harekette zorlanma ve halsizlik şikayetlerinin sıklığı ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Bu durum bu semptomların hastaların fonksiyonel kapasitesini azaltarak günlük işlerini bile yapmasına engel olması ile açıklanabilir.

Kronik ağrıya neden olan hastalıklar, yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, kişinin yaşamla başa çıkma yeteneğini azaltmaktadır. (14) Nourbala ve arkadaşları (15) kronik ağrıyı görsel analog skala (GAS) ile değerlendirdikleri çalışmalarında; GAS skoru ile SF-36'nın tüm alt parametrelerini arasında negatif korelasyon tespit etmişlerdir. Çalışmamızda da ağrının sıklığı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirlenmiştir. Bu durumun ağrının, hastanın fiziksel sağlığını bozarak günlük aktivitelerini yerine getirmeyi zorlaştırmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Romatolojik hastalıklarda kullanılan fonksiyonel durum değerlendirilmesinde hastanın sadece fiziksel durumu değerlendirilmekte ve hastanın duygusal durumu göz ardı edilmektedir. Yaşam kalitesi teriminin kapsamına bireyin sağlığı ile ilgili kişisel arzuları, beklentileri ve duygusal yanıtları gibi farklı boyutları da girmektedir ve bu yüzden sağlığın değerlendirilmesinde daha güvenilir bir sonuçtur (1). Uğuz ve arkadaşları (10) ruhsal bozukluğu olan romatoid artrit hastalarının yaşam kalitesinin ruhsal bozukluğu olmayanlara göre daha düşük olduğunu belirlemiştir.

Bu çalışmada da benzer olarak duygusal problem yaşama sıklığı ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Bu durum, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmede hastanın duygusal durumunun fiziksel durumu kadar önemli olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak; romatolojik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi düşüktür ve yaşlılar, eğitim düzeyi düşük olanlar, hastalık hakkında bilgi sahibi olmayanlar, ek hastalığı olanlar, hastalık sonrası yaşam tarzı değişenler ve semptomları çok sık yaşayanların yaşam kalitesi daha da düşüktür. Tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerinin artırılması da hedeflenmektedir.

Bu yüzden romatolojik sorunu olan bireylerin yaşam kalitelerinin değerlendirilerek hastaların daha çok desteklenmesi iyilik halinin sürdürülebilmesi açısından önemlidir. Ayrıca tedavi seçeneklerinin hastaların yaşam kalitesi üzerine etkilerinin bilinmesi hastaları çok daha fazla tatmin edecektir. Bu çerçevede hasta elde edeceği iyilik durumunu, ulaşacağı sonucu bilecek ve tedavi onun bireysel gereksinimlerine de cevap verecektir.

### Kaynaklar

- 1.Ünal H. Romatizmal hastalıklarda fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 1999;2(1):12-19.
- 2.Özgül A, Peker F, Taşkaynatan MA, Tan AK, Dinçer K, Kalyon A. Ankilozan spondilit'te hastalığın yaşam kalitesi ve yaşam alanlarına etkisi. Romatizma. 2003;18(2):82-91.
- 3.Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma. 2005;20(1):55-63.
- 4.Kılınc D. Behçet hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon. Uzmanlık Tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD, 2007.
- 5.Tander B, Durmuş D, Akyol Y, Cantürk F. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi, ağrı ve depresyon. Romatizma. 2008;23:72-76.
- 6.Wolfe W, Cathey M. The assessment and prediction of functional disability in rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 1991;18:1298-1306.
- 7.Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fisek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi. 1999;12:102-106.
- 8.Gür A, Nas K, Çevik R, Erdoğan F, Denli A. Romatoid artritli ve osteoartritli hastaların yaşam kalitesi durumları. Dicle Tıp Dergisi. 2000;27(1):41-44.
- 9.Ward MM. Health-related quality of life in ankylosing spondylitis: A survey of 175 patients. Arthritis Care Res. 1999;12(43):247-255.
- 10.Uğuz F, Küçükseraç S, Akman C, Tüfekçi O. Romatoid artritli hastalarda ruhsal bozuklukların yaşam kalitesi üzerine etkisi. Anatol J Psychiatry. 2009;10:94-99.
- 11.Kaya T, Karatepe AG, Günaydın R, Türkmen G, Özbek G. Romatoid artritli hastalarda yaşam kalitesi: hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum ve sağlık durumu ile ilişkisi. Romatizma. 2007;22:119-122.
- 12.Eşit-Üstün M, Karadeniz G. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. FSHD. 2006;1:33-43.

13.Tüzün Ç. Romatizmal Hastalıklarda Hasta Eğitimi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2006;2(45):1-3.

14.Çetin N, Akçay-Yalbuздаğ Ş, Cabioğlu MT, Turhan N. Fibromiyalji sendromunda yaşam kalitesi üzerine etkili faktörler. Turk J Rheumatol. 2009;24:77-81.

15.Nourbala MH, Hollisaz MT, Nasiri M, Bahaeloo-Horeh S, Najafi M, Araghizadeh H et al. Pain affects health-related quality of life in kidney transplant recipients. Transplant Proc. 2007;39:1126-1129.