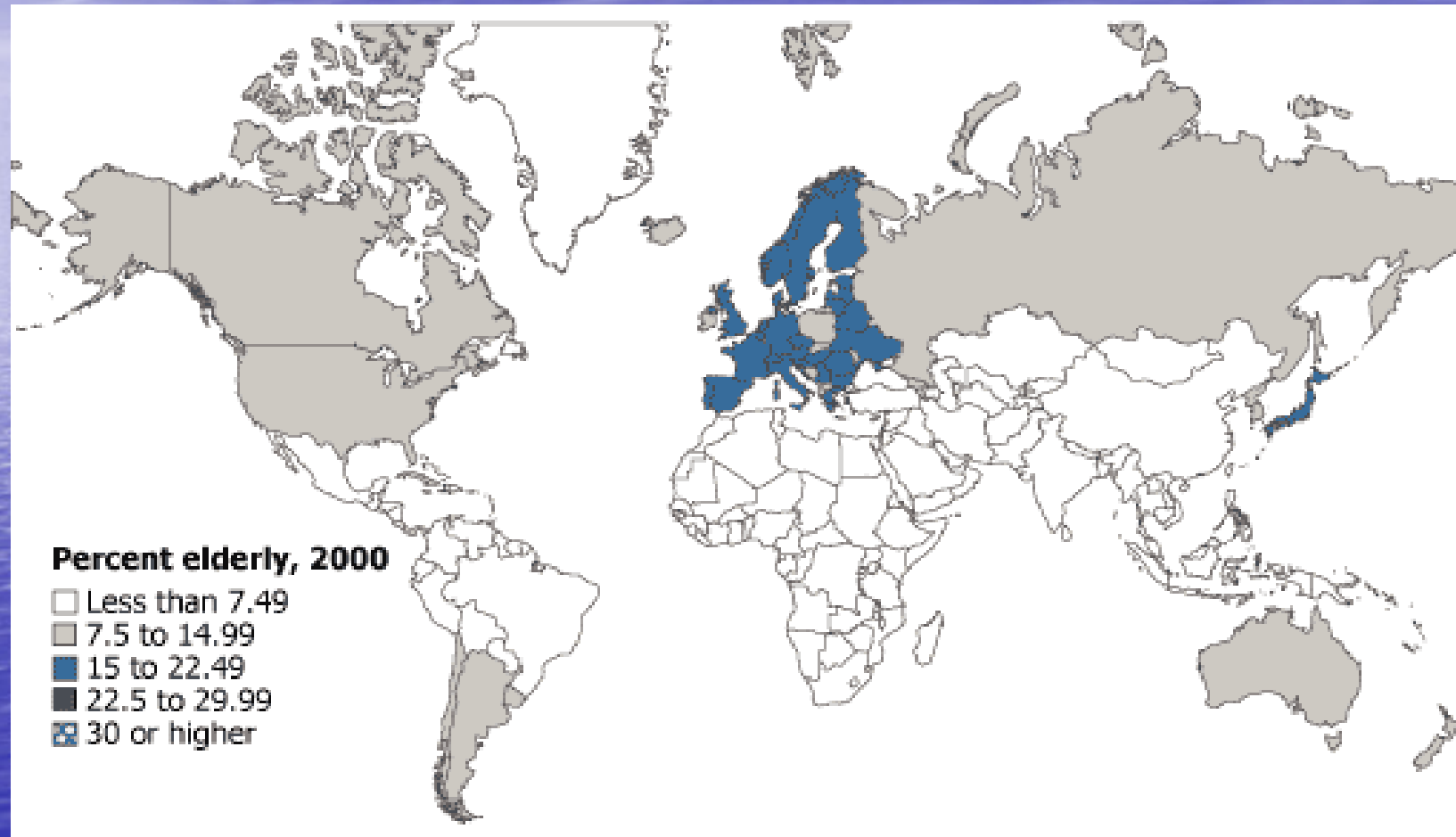


# KRONİK HASTALIKLARDA YAŞAM KALİTESİ



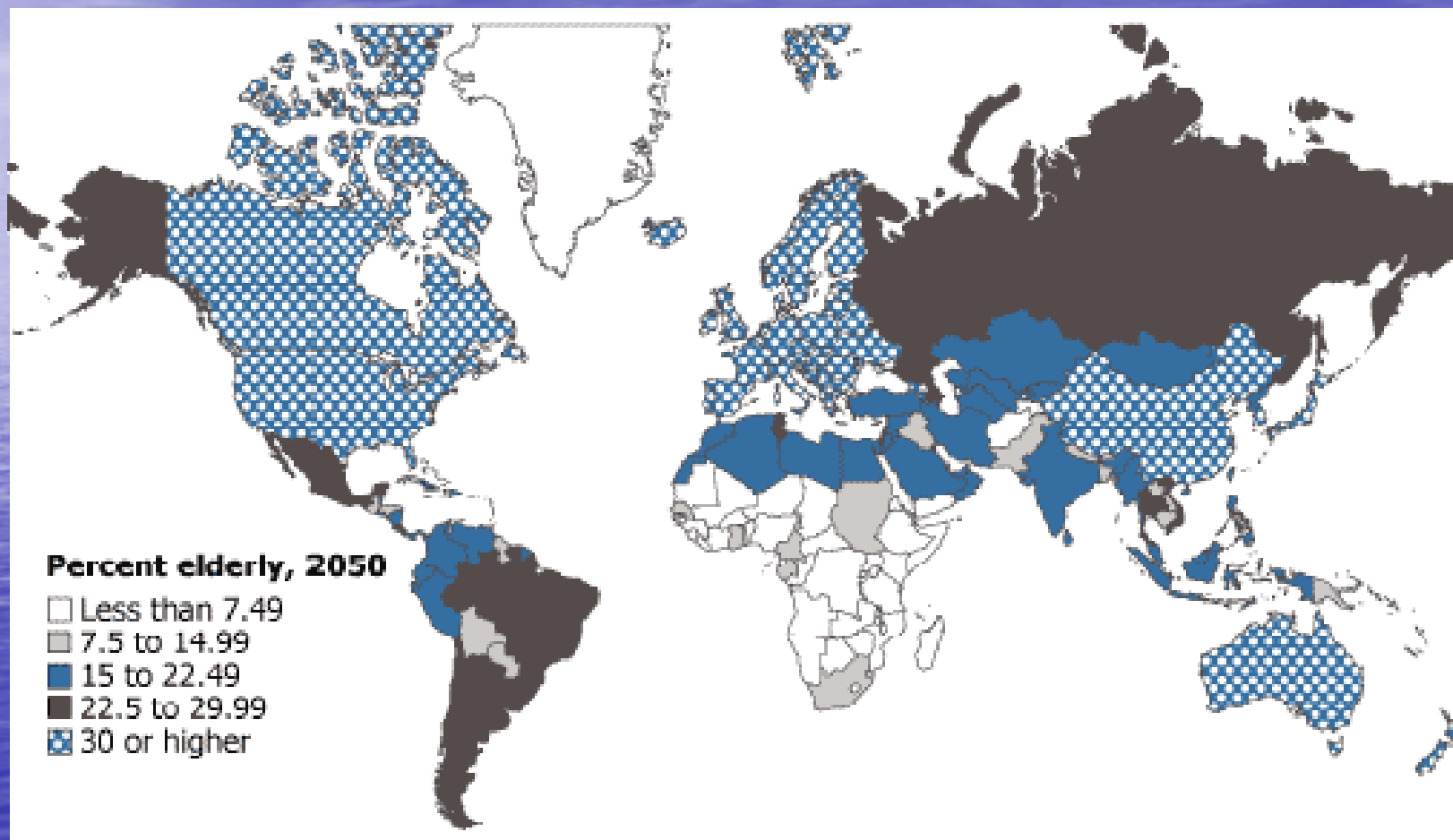
Doç.Dr.Mukadder MOLLAOĞLU  
Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

## Percentage of Elderly (Ages 65 and Over) by Country, 2000 and 2050



Source: United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2004 Revision* (New York: United Nations, 2005).

## Percentage of Elderly (Ages 65 and Over) by Country, 2000 and 2050

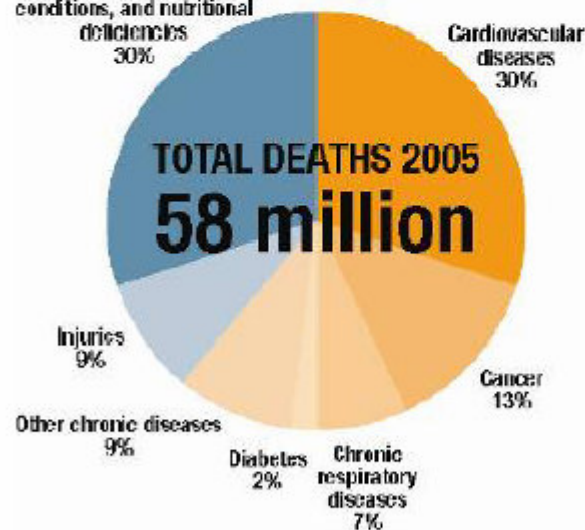


Source: United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2004 Revision* (New York: United Nations, 2005).

# Chronic diseases

## Projected main causes of death, worldwide, all ages, 2005

Communicable diseases, maternal and perinatal conditions, and nutritional deficiencies  
30%



World Health Organization

- Cardiovascular disease, mainly heart disease, stroke
- Cancer
- Chronic respiratory diseases
- Diabetes

Preventing  
**CHRONIC DISEASES**  
a vital investment

**Did you know??**

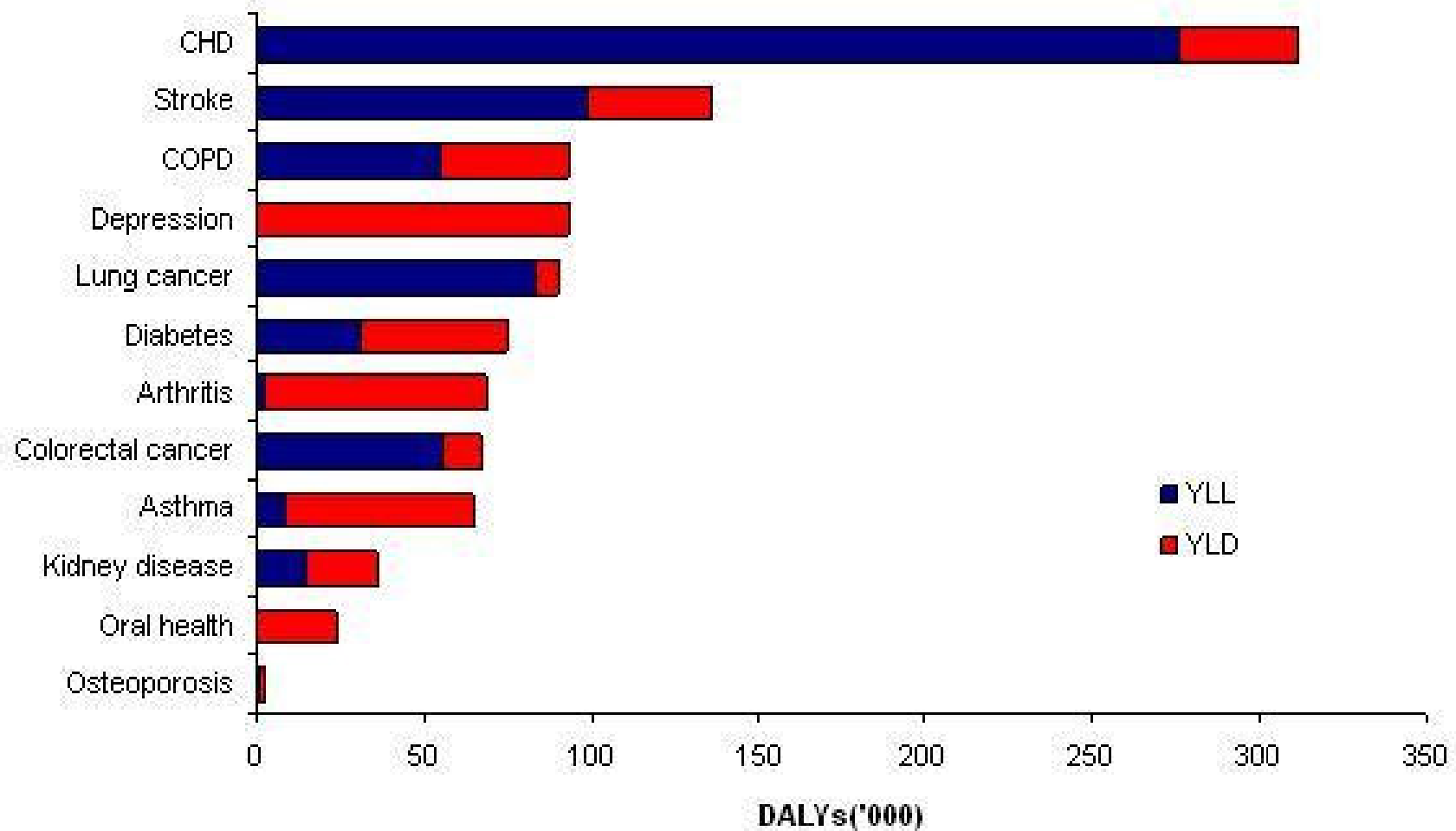
**35 000 000**  
**people died from**  
**chronic diseases**  
**in 2005**

[www.who.int/chp](http://www.who.int/chp)  
 **World Health  
Organization**

**60%** **of all deaths are due**  
**to chronic diseases**

## DALYs attributed to various chronic diseases and conditions

### Disease/condition



Source: AIHW: Mather C, Vos T, Stevenson C 1999. The burden of disease and injury AIHW cat. No. PHE 17. Canberra: AIHW. mortality burden (YLL),disability (YLD)

**Türkiye Genelinde En Yüksek 10 DALY'e (Ulusal Hastalık Yükü) Neden Olan Hastalıkların Yüzde Dağılımları (UHY-ME Çalışması,2000 Türkiye)**

<b>Kadınlar</b>	<b>%</b>	<b>Erkekler</b>	<b>%</b>
İskemik kalp hast.	10.0	İskemik kalp hast.	11.5
SVH	7.6	SVH	8.0
Perinatal nedenler	6.6	Perinatal nedenler	6.8
Unipolar depresif hast.	3.8	KOAH	4.1
Alt solunum yolu enf.	3.6	Alt solunum yolu enf.	3.6
KOAH	3.3	Osteoartritler	2.9
Osteoartritler	3.1	Konjenital anomaliler	2.8
Demir eksikliği anemisi	3.1	Trafik kazaları	2.7
Diabetes Mellitüs	2.8	Trakea,bronş,akc. kanseri	2.5

# Ülkemizde;



- Sağlık Bakanlığınca hazırlanan Kronik Hastalıklar Raporuna göre, Ülkemizde yaklaşık **22 milyon kişi** kronik hastalıkların etkisi altında yaşıyor...

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 'Kronik Hastalıklar Raporu', 2006.<http://sbu.saglik.gov.tr>

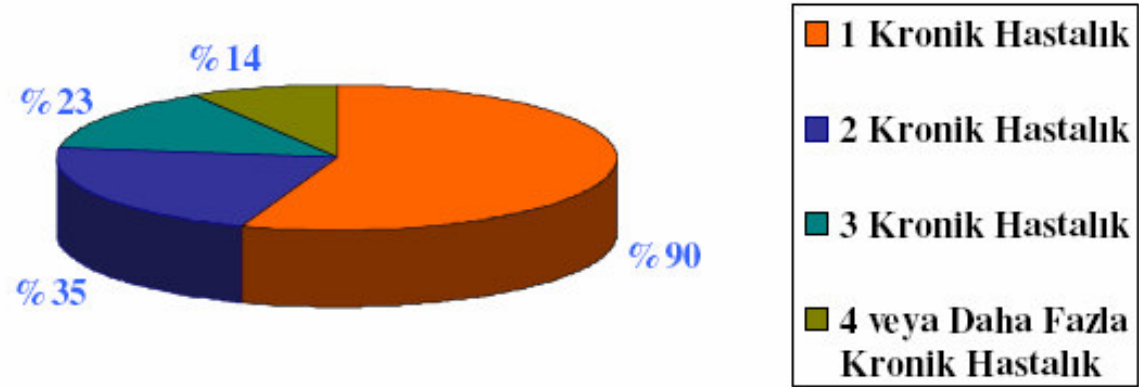
- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce hazırlanan 16 Şubat 2006 tarihli 'Kronik Hastalıklar Raporu'na göre, kalp-damar hastalıkları, yüksek tansiyon, DM ve KOAH'ın en önemli risk faktörlerinin; sigara - alkol kullanımı, sağlıksız beslenme, stres ve hareketsiz yaşam tarzı olduğu vurgulanıyor



- Türkiye'de hastanelere yatan hastaların üçte biri kronik hastalıklar nedeniyle yatmıştır.
- Türkiye'de ölüm nedenleri arasındaki ilk üç neden kronik hastalıklardır.



**Grafik 3: Türkiye’de 65 yaş üzerindeki kişilerin kronik hastalık sıklığı**



- GÜNÜMÜZDE TIP VE teknolojideki hızlı gelişmelere paralel olarak, insanın beklenen yaşam süresinde artış olmuş, yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalık insidansı da artmıştır

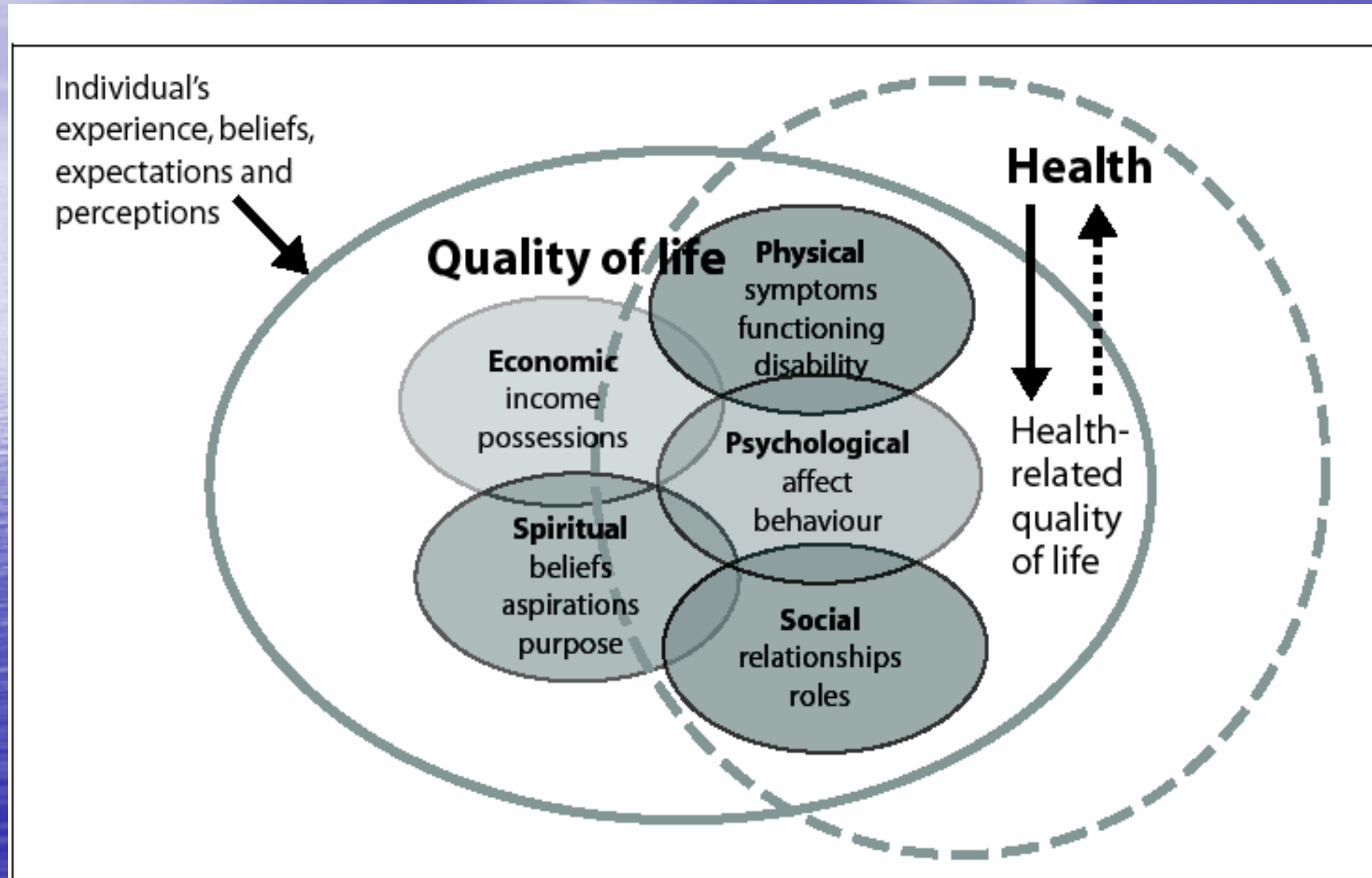
Bu nedenle, kronik hastalıklarda ortaya çıkan semptomların kontrol altına alınması ve bireyin hastalığı ile birlikte yaşamdan doyum sağlaması amacıyla yönelik olarak yaşam kalitesi kavramı tartışılmaya başlanmıştır



- Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesi tanımı “ kişinin kendi durumunu, kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi ” olarak kabul görmektedir.

The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL):development and general psychometric properties. Soc Sci Med 1998 ; 46: 1569-

# Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (HRQOL)

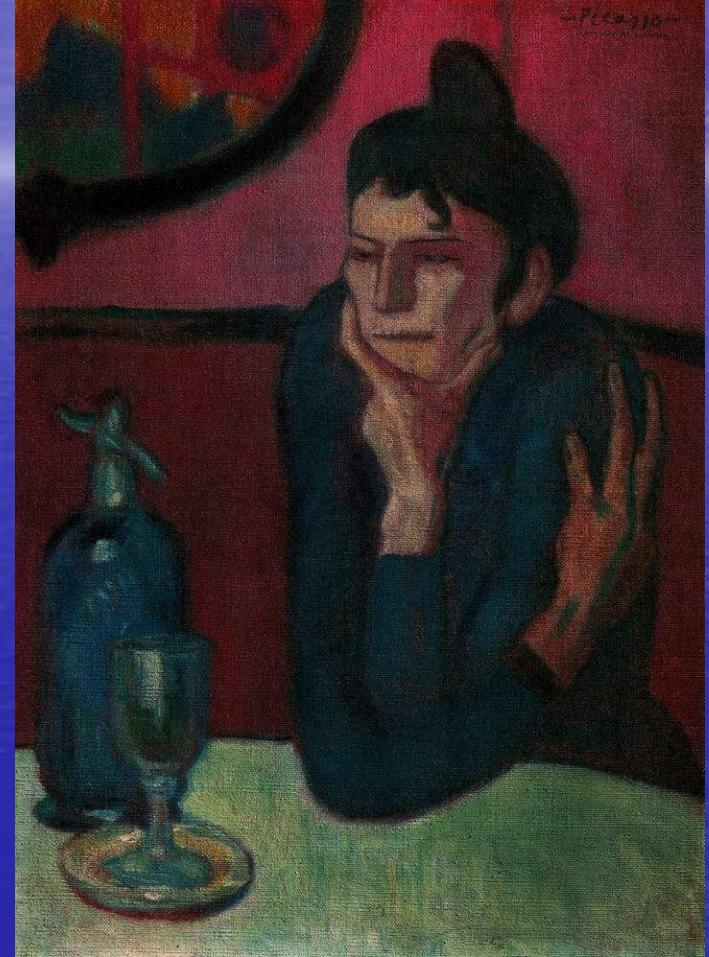


## Kronik hastalarda yaşam kalitesi neden etkilenir?

- Hastalık yaşamın her alanını etkiler; fiziksel, psikolojik, sosyal, mesleki, ekonomik...
- Uzun süreli etkiler semptomlar yatıştıktan sonra da devam eder.
- Yaşam kalitesiyle ilgili sorunlar nüksü davet eden boyutlarda olabilir.
- Yaşam kalitesinin azalması sıklıkla önemli bir biopsikososyal patoloji nedeni ya da sonucu olmaktadır.

# KH'larda Yaşam kalitesini değerlendirmek Önemlidir.Çünkü;

- YK, hastalıkların mekanik tedavisi ve semptomların iyileştirilmesinde yoğunlaşan günümüz tıbbına hümanistik bir bakış açısı getirmektedir.
- YK, hastanın sorunlu yaşam bölümünü tanımlamaya yardım eder.
- Bu sorunların üstesinden gelmesine yardım edilen hasta daha iyi hissedebilir ve sağlık sektöründen daha az talepte bulunur.



## KH'larda Yaşam kalitesini değerlendirmek Önemlidir.Çünkü;

- YK' nin değerlendirilmesi hasta merkezlidir, hastanın görüşlerini vurgular.
- Sağlık çalışanları genellikle tüm sorunları varolan hastalıkla ilişkili olarak ele alma eğilimindedirler.
- Hastaları sadece "olgular" olarak değil, hastalıkla direkt ilişkili olmayan yaşam alanları da olan bireyler olarak ele alır. **Bütüncü yaklaşım** sağlar.

## Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

- Kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi geniş ve çok boyutlu olmaktadır.
- YK (QOL) ölçümleri bakım stratejilerinin planlanması ve değerlendirilmesinde yararlı bilgi sağlayabilir.



# Kronik hastalıklarda kullanılan bazı ölçekler

- Romatoid Artrit (RAQoL)
- Epilepsi (ESI-55 , QOLIE-89)
- Astım (AQLQ, PAQLQ)
- Emosyonel durum (Beck, Hamilton)
- Cinsel İşlev (TTS)
- Obezite (IWQOL-Lite)
- Dermatoloji Life Quality Index = DLQI)
- Vision Scale Questionnaire = VSQ 25)
- Yaşlılar (WHOQOL-OLD , GDS)

# Kronik Hastalıklarda, kişinin hastalığa bağlı yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilen ve kullanılan sorular ve skalalar

## **Alzheimer/ Demans:**

- Hafıza ve Konsantrasyon skalası,
- Klinik demans skalası,
- Progressiv(ilerleyici) hafıza kaybı ölçümü skalası,
- Taşınabilir geriatrik yaş grubu soru skalası vb.

## **Artrit:**

- Amerikan romatizma birliği semptomları sınıflandırma ve hastalığın dercesini ölçüm skalası,
- Fonksiyonel kapasite soruları,
- Kendi kendine yeterlilik skalası,
- WOMAC (Western Ontario and McMaster Universitesi artrit değerlendirme ve ölçüm skalası),
- AIMS ( Artiritde işgücü kaybı ve yaşam kalitesi ölçüm skalası)

## **Astım:**

- Astım semptomları listesi,
- Astımla yaşam skalası,
- Astımda yaşam kalitesi skalası,
- Basit astım skalası.

## **Sırt Ağrısı :**

- Manchester sırt Ağrısı skalası,
- Oswestry Sırt ağrısı yaşam kalitesi skalası,
- Roland Skalası,
- Waddell yeterlilik ve iş gücü kaybı indeksi

## **Kanser:**

- Gögüs kanseri kemoterapi Soru skalası,
- EORTC - Kanserde yaşam kalitesi skalası,
- KPS( Karnofsky yeterlilik durum ölçümü),
- Akciğer kanserinde hastanın kendisi tarafından doldurulan yaşam kalitesi ve yeterlilik ölçüm skalası.

## **Dibetes, sindirim sistemi Bozuklukları:**

- DQOL VE IBDQ yaşam kalitesi ölçüm indeksleri

## **Kalp Hastalıkları:**

Gögüs ağrısı sorgulama indeksi,

- Kronik kalp yetmezliği indeksi,
- Minnesota Kalp yetmezliği sorgulama skalası,
- SAS(Spesifik aktivite skalası),
- Angina Pectoris sorgulama ve yaşam kalitesi indeksi

## **Kafa Travması ve Nörolojik Hastalıklar/ Multiple Sklerosis:**

- Glasgow skalası,
- EDSS( Kendi kendine yeterlilik ve durum saptama ,
- Hastalığın yaşama verdiği zararı ölçme skalası

## **Psikolojik Ölçüm Skalası:**

- Geriatrik depresyon skalası,
- Hamilton depresyon skalası,
- Rosenberg kendi kendine cevaplama skalası, Anksiyete skalası,
- Psikoz için yaşam kalitesi ve özbakım ölçüm skalası

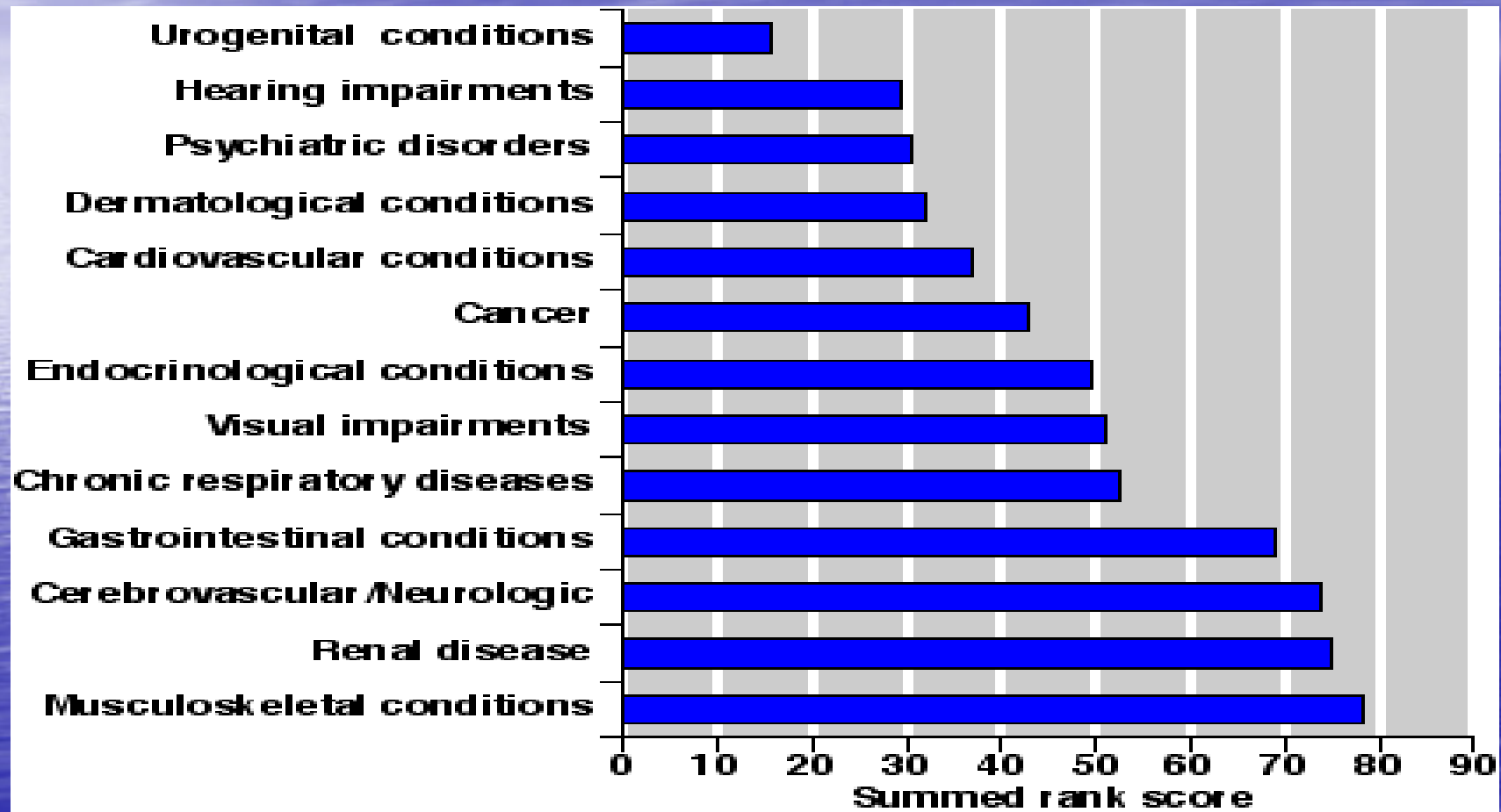
## **Rehabilitasyon:**

- Edinburgh Rehabilitasyon Skalası

## **Solunum Ve Ürolojik Hastalıklar Skalası:**

- Dispne(Solunum zorluğu) ölçüm skalası,
- Kronik solunum hastalıkları sorgulama skalası,
- Kronik bronşit ve yaşam standartı ölçüm skalası,
- Bening prostatik Hiperplazi skalası,
- Amerikan Uroloji Birliği Skalası.

Summed rank scores for disease clusters. Higher scores imply poorer quality of life

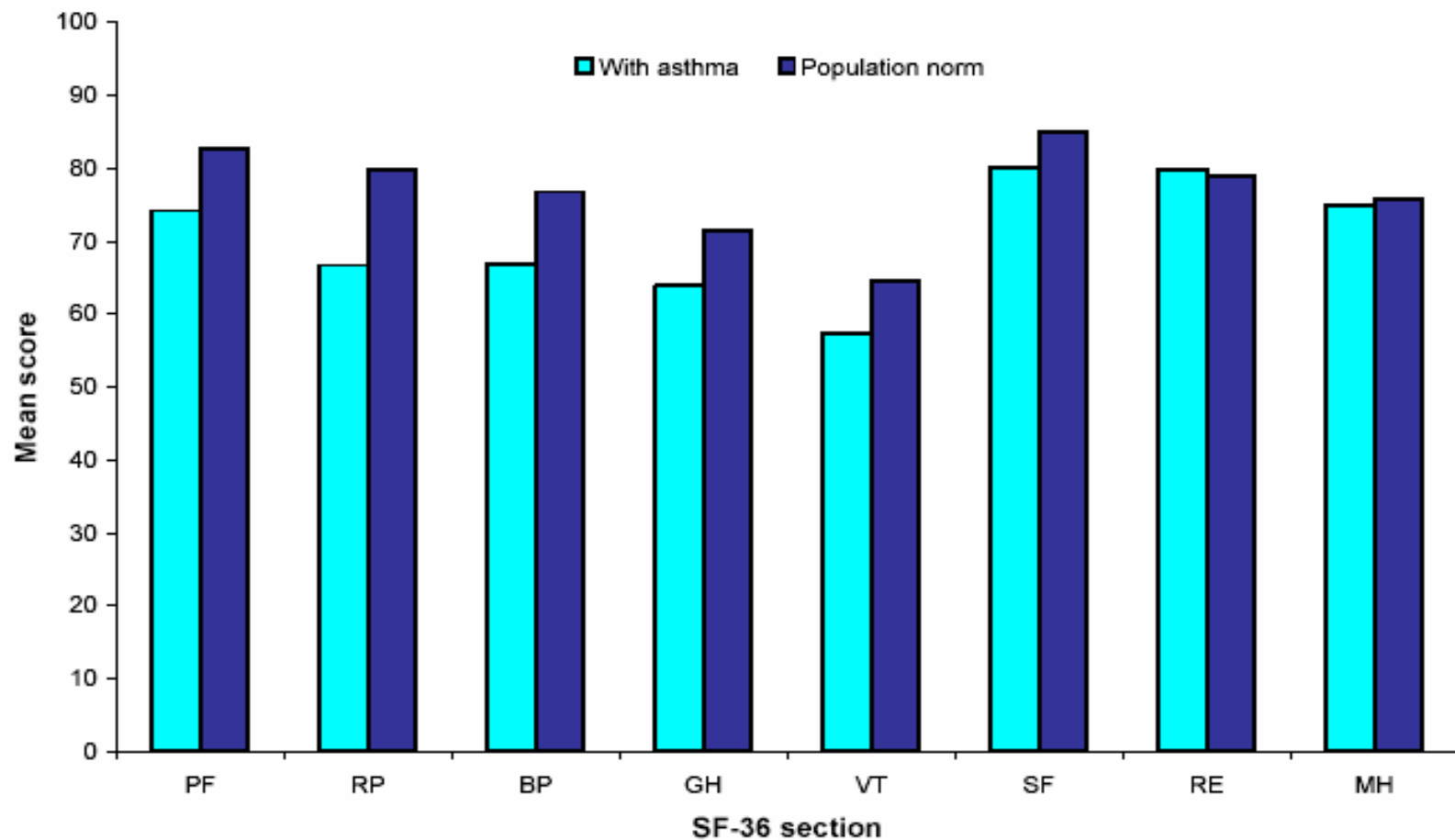


Mean distribution of the WHOQOL-BREF domains and the WHOQOL-BREF overall score for healthy Population and for patients with chronic illness

Groups	N	WHOQOL-BREF domains									
		Physical		Psychological		Social relationships		Environment		Overall	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
1. Healthy population	(1720)	80.9	14.5	76.0	14.7	73.2	17.8	71.4	13.8	71.3	15.2
2. Cancer	(39)	53.6	14.5	63.8	11.1	69.1	19.6	73.1	8.9	38.5	17.8
3. Diabetes	(34)	48.3	21.0	61.9	17.5	70.6	14.5	66.7	11.9	44.5	23.3
4. Multiple sclerosis	(31)	48.5	20.3	64.7	14.3	71.4	16.4	64.8	14.1	44.0	19.6
5. Coronary heart disease	(40)	53.8	18.5	68.4	14.2	68.6	12.5	70.8	13.4	48.8	20.2
6. Respiratory disease	(21)	47.9	19.3	57.7	19.0	66.9	19.7	65.9	13.4	41.7	21.4
7. Arthritis	(31)	41.7	16.7	55.9	15.2	65.6	12.7	60.5	13.4	48.3	22.2
8. Schizophrenia	(46)	60.7	22.1	53.0	20.7	49.5	26.1	58.2	19.5	48.8	21.7
Tamhane-T2 test, $p < 0.05$		1 > 2,3,4,5,6,7,8 7 < 8		1 > 2,3,4,6,7 1,5 > 8		1,2,3,4,5,6,7 > 8		1,2 > 7,8 5 > 8		1 > 2,3,4,5,6,7,8	

# Chronic Disease and Average SF-36 Domain Score (n: 675)

Variable		Physical function	Role physical	Bodily pain	General health	Vitality	Social function	Role emotional	Mental health
No. responded		662	668	666	660	666	667	658	665
Total population		81.7	67.7	65.4	67.7	56.2	78.4	75.5	73.5
Diabetes mellitus	No	83.1	70.5	66.4	69.5	57.0	79.2	77.6	73.9
Diabetes mellitus	Yes	70.1	43.9	56.2	52.5	49.8	71.4	57.4	70.8
Hypertension	No	84.8	72.3	67.0	70.0	57.4	79.0	77.8	73.8
Hypertension	Yes	67.0	45.4	57.2	56.6	50.6	75.5	64.3	72.3
COPD	No	82.7	69.0	65.5	68.1	56.5	78.5	75.9	73.4
COPD	Yes	45.9	19.1	59.2	52.6	45.5	75.0	60.4	80.4
Hyperlipidemia	No	83.3	70.1	66.1	69.0	57.2	79.1	77.0	73.9
Hyperlipidemia	Yes	69.3	48.6	59.1	57.2	48.7	73.1	63.5	70.8
Coronary artery disease	No	82.7	69.1	65.7	68.2	56.6	78.5	76.4	73.6
Coronary artery disease	Yes	58.3	32.7	55.7	57.2	47.5	77.4	55.1	72.9
Depression/anxiety	No	82.6	70.5	66.8	69.8	58.6	80.9	79.1	76.1
Depression/anxiety	Yes	76.3	48.9	55.9	54.4	40.5	61.8	52.1	57.0
Cancer	No	82.3	69.0	65.6	68.3	56.6	78.8	76.2	73.6
Cancer	Yes	70.6	43.2	60.4	57.1	49.0	72.1	62.6	72.4
Osteoarthritis	No	83.3	69.8	66.6	68.1	56.4	78.5	75.9	73.2
Osteoarthritis	Yes	65.2	46.6	52.2	63.6	53.9	77.6	72.0	76.8
Inflammatory arthritis	No	82.6	68.7	66.0	68.5	56.6	78.8	75.9	73.7
Inflammatory arthritis	Yes	57.3	40.6	47.7	45.9	46.1	67.9	66.7	68.0



*Note:* PF—physical functioning, RP—role: physical, BP—bodily pain, GH—general health, VT—vitality, SF—social functioning, RE—role: emotional, MH—mental health. There was a significant difference between the mean scores of people in metropolitan areas with and without asthma for all domains ( $p < 0.001$  except for RE, where  $p = 0.003$ ).

*Source:* Wilson et al. 2002.

## Hastalık Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Dağılımı

	Primer Hastalık								Test Değeri; p		
	DM (n=12)		HT (n=17)		Glomerulo Nefrit (n=15)		Bilinmiyor (n=14)			Diğer (n=14)	
	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD		Ort.	SD
<b>Fonksiyonel Durum</b>	69,17	22,82	70,16	21,67	69,04	17,75	65,09	26,04	62,46	28,97	<i>F:0,299; p:0,878</i>
<b>Esenlik</b>	61,25	15,88	61,35	16,72	55,96	14,67	60,34	19,36	55,31	18,32	<i>F:3,437; p:0,782</i>
<b>Genel Sağlık Anlayışı</b>	57,29	20,74	51,91	13,91	47,67	12,48	50,43	16,30	43,75	18,23	<i>F:1,256; p:0,293</i>
<b>Global Olarak Yaşam Kalitesi / Doyumu</b>	62,57	17,72	61,14	15,28	57,55	12,02	58,62	17,47	53,84	19,45	<i>F:0,567; p:0,687</i>

*F: Oneway Anova Test*

## Ülkemizde kronik hastalıklarla ilgili yapılan yaşam kalitesi araştırmaları

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği	Min-max puan	Toplam Puan Ortalaması	Kaynaklar
SF-36	0-100	51.41± 16.41	Karabulutlu E. Ve ark. SAPD Hastalarında yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünün değerlendirilmesi, A.Ü.HYO Dergisi,8(2);2005:1-11
Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği	42-210	109.0 ± 22.5	Erdem N ve ark.Koroner arter hastalarında yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi
SF-36	0-100	47.03 ± 15.68	Acaray A, Pınar R <b>Kronik hemodiyaliz hastalarında</b> yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004, 8 (1)
QOLIE-89	0-100	41.19 ± 22.65	<b>Mollaoglu M Epilepsili Hastaların Yaşam Kalitesinin QOLIE-89 (Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği) ile Değerlendirilmesi</b> Epilepsi 20017(3)
SF-36	0-100	58.93 ± 17.98	Fadıloğlu Ç. ve ark. Diyaliz hastalarında uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki, Ege Üniv.HYO Dergisi,20 (1):35-46
WHOQOL-BREF TR		3.23 ± 0.68	Arslandař ve ark.Eskişehir Mahmudiye İlçesindeki Yaşlılarda Yaşam Kalitesi,Osmangazi Tıp Dergisi 2006; 28 (2):81-89 (Ölçek:WHOQOL-BREF TR )

# Fiziksel alan;

- Günlük iŖleri yürütebilme,
- İlaçlara ve tedaviye bağımlılık,
- Canlılık ve bitkinlik,
- Cinsel istek,
- Ağrı, uyku ve çalışabilme ...



# Psikolojik alan;

- Beden imgesi ve dış görünüş,
- Olumsuz duygular, maneviyat,
- Öğrenme, bellek ve kişilerin ruhsal durumlarına ilişkin bazı kavramları,



# Sosyal alan;

- Diğer kiřilerle iliřkileri,
- Sosyal hayata dair istekliliđi
- Cinsel yařamı



# İşle ilgili alanlar ise;

- Maddi kaynaklar,
- Dinlenme,
- Boş zaman değerlendirme

# Kronik hastalıkların HRQOL üzerine etkileri

HRQOL Boyutları	Etkileri
<b>Fiziksel</b> Semptomlar Fiziksel yetenek sınırlılığı Yetersizlik/sakatlık	Öksürük, ağrı, solunum yetmezliği, uyku, merdiven yürüme, spor, egzersiz ve diğer aktiviteleri yapamama, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede yetersizlik...
<b>Psikolojik</b> Mental ve emosyonel sağlık	Yaşam üzerinde kontrol kaybı, nöbet atakları, kriz gelebileceği korkusu, anksiyete, sürekli ilaç kullanma zorunluluğu, depresyon, öz-saygı eksikliği, kendini farklı hissetme.
<b>Davranışsal</b>	Davranış değişimi

# Kronik hastalıkların HRQOL üzerine etkileri

HRQOL Boyutları	Etkileri
<b>Sosyal</b> Günlük roller Çalışma hayatı Kişilerarası ilişkiler	Olağan günlük işlerini yapamaması, İşe devam edebilme durumunda bozulmalar, İşle ilgili sorunlar Okula devam etme durumunda aksamalar Eğitimsel başarısızlıklar Toplumsal aktivitelerini sürdürmede bozulmalar Hasta geçirdiği günlerin sayısının giderek artması Arkadaş, akrabalarla ilişkilerin bozulması Sosyal izolasyon

## Kronik hastalarda yaşam kalitesi

- Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36); **özbakım gücü** arttıkça, yaşam kalitesi artmaktadır  
(*Karabulutlu ve ark.2005;Mollaoğlu ve ark 2006*)
- Rolls Royce yaşam kalitesi aylık gelir arttıkça, YK artmaktadır (*Erdem ve ark 2005;Pınar 1994*)
- **Yorgunluk** bireyin iyilik hali, günlük performansı, günlük yaşam aktiviteleri ve ilişkilerini de olumsuz etkilemektedir  
(*Barrett ve ark. 1990*).
- Kronik **ağrı** yaşayanlarda yaşam kalitesi düşük (*Palermo et al.,2005*)
- **Anksiyete ve depresyon** arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır (*Marco et al,2006*)
- **Uyku sorunları** arttıkça yaşam kalitesini düşmektedir  
(**Strine et al 2005**)

- Depression and health-related quality of life in hemodialysis patients

MOLLAOGLU Mukadder

### **Abstract**

- Objective. The objective of this study was to examine the association between depression and health-related quality of life (HRQoL) in hemodialysis patients independent of known predictors of HRQoL. Methods and Materials. A descriptive design was used to conduct the study, which involved 140 hemodialysis patients. Depression was measured using the Beck's Depression Inventory (BDI), and HRQoL was measured using the Medical Outcomes Study 36-item Short Form (SF-36). Results. Sixty-two percent of the subjects had a BDI score  $>15$ . The SF-36 Mental Component Summary (MCS) and Physical Component Summary (PCS) correlated inversely with the BDI score (MCS,  $r = -0.26$ ,  $p < 0.01$ ; PCS,  $r = -0.43$ ,  $p < 0.01$ ). The PCS score also correlated with age ( $r = -0.22$ ,  $p = 0.02$ ) and with hemoglobin ( $r = 0.21$ ,  $p = 0.048$ ), and the mean PCS was lower in subjects who had a BDI score  $\geq 15$  (22.6 vs. 31.4,  $p = 0.02$ ). Subjects with a BDI score  $\geq 15$  had a lower HRQoL score in all SF-36 domains. The global BDI score was a significant independent predictor of the MCS and PCS after controlling for age, sex, hemoglobin, and serum albumin in multivariate analysis.
- Conclusions. Depression is common in hemodialysis patients and is associated with a lower HRQoL. We hypothesize that end-stage renal disease directly influences depression, which in turn impacts on HRQoL. **Revue / Journal Title**

*Dialysis & transplantation (Dial. transplant.) 2004, vol. 33, no9, pp. 544-555.*

## KRONİK HEMODİYALİZ HASTALARININ YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Arzu ACARAY \*, Rukiye PINAR \*\*

### ÖZET

*Araştırma; 100 hemodiyaliz hastasının yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Yaşam kalitesi SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Araştırma bulgularına göre; hastalar yaşam kalitelerini düşük düzeylerde algılamaktadırlar, yaş, öğrenim durumu, medeni durum ve gelirin gideri karşılama durumu, hastalık ve diyaliz süresi, hastalık ve hemodiyalize ilişkin eğitim alma, önerilen diyet programına ve ilaç tedavisine uyma ve eritropoetin tedavisi alma durumu yaşam kalitesinin bazı boyutlarını etkilemektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik önerilerde bulunulmuştur.*

**Anahtar Sözcükler:** Hemodiyaliz, yaşam kalitesi

### SUMMARY

#### *The Evaluation of the Quality of Life in Chronic Hemodialysis Patients*

*This study was done to identify the quality of life (QOL) of 100 hemodialysis patients and factors that affect it. We used SF-36 as main measurement tool. According to the findings of the study the QOL, as the patients perceived it, ranged below average. Factors that effect the QOL were age, education, marital status, income, duration of illness and hemodialysis, being informed on the illness and hemodialysis, compliance to prescribed diet and medication, and receiving erythropoietin treatment. In the light of these findings, suggestions to improve the OQL were done.*

**Key Words:** Hemodialysis, quality of life

Yaşam kalitesi alanları	Ort (±) SS
Genel Sağlık Anlayışı	39.60 ± 21.23
Fonksiyonel Durum	55.54 ± 20.58
Esenlik	45.94 ± 16.02
Global Yaşam Kalitesi	47.03 ± 15.68

## Association between glycaemic control and quality of life in diabetes mellitus

Lau CY, Qureshi AK, Scott SG

Department of Epidemiology, University of California Los Angeles School of Public Health, Department of Clinical Quality, Saint Joseph Health System, Medical Director, St. Joseph Heritage Medical Group

Correspondence:  
Chuen-Yen Lau, MD  
E-mail: laucy@ucla.edu

Received : 12-03-04  
Review completed : 12-04-04  
Accepted : 09-07-04  
PubMed ID : 15377803  
J Postgrad Med 2004;50:189-94

### ABSTRACT

**Background:** Relationship between quality of life (QOL) and haemoglobin A1c (HbA1c) amongst diabetics in the community setting is unclear.

**Aims:** Assess the association between QOL and change in HbA1c in diabetic patients over one year.

**Settings and Design:** Cohort study of patients from four community clinics in California, USA.

**Methods:** Diabetic patients identified from databases using International Classification of Disease (ICD-9) codes were asked to complete Short Form 36 (SF-36), which measures health-related QOL, and invited to attend monthly diabetes workshops. From December 2000 to December 2001, data were collected on multiple parameters, including HbA1c. SF-36 surveys were re-collected at project termination.

**Statistical Analysis:** Regression analysis was used to correlate change in HbA1c with change in QOL physical component summary (PCS) and mental component summary (MCS) scores, while considering potential confounders.

**Results:** Of 1679 eligible patients, 380 completed SF-36 at project initiation, 243 of those completed SF-36 at project termination. Pre and post HbA1c data were available for 170 of the 243 who completed SF-36 at both times. Average MCS increased by 8.46% and PCS decreased by 2.24%. After adjustment, a 5% decrease in HbA1c values was associated with a 1% increase in MCS. No association between changes in HbA1c and PCS was observed.

**Conclusions:** Association between better HbA1c and improved mental, but not physical, QOL may reflect physical inconvenience of increased regimen complexity and mental empowerment from proactive disease management. Larger cohort studies with longer follow-up are needed to further elucidate the relationship between glycaemic control and QOL.

**KEY WORDS:** Glycaemic control, Quality of life, SF-36, Diabetes

Table 2: Average change in SF-36 scores from Baseline to the Diabetes Project Termination (n = 243).

SF-36 sub-scale	Baseline mean score (standard error of the mean)	Termination mean score (standard error of the mean)	Change in mean score (percent change in mean score)
Physical Functioning (PF)	72.06 (1.78)	71.21 (1.78)	-0.85 (-1.18%)
Role Physical (RP)	64.27 (2.67)	68.21 (2.51)	3.94 (6.13%)
Bodily Pain (BP)	65.21 (1.79)	66.44 (1.76)	1.23 (1.89%)
General Health (GH)	56.69 (1.55)	56.26 (1.48)	-0.43 (-0.76%)
Vitality (VT)	48.18 (0.89)	55.34 (1.51)	7.16 (14.06%)*
Social Functioning (SF)	78.48 (1.62)	76.81 (1.71)	-1.67 (-2.13%)
Role Emotional (RE)	70.07 (2.52)	69.75 (2.53)	-0.32 (-0.46%)
Mental Health (MH)	58.42 (1.50)	70.66 (1.36)	12.24 (20.95%)*
SF-36 composite scale			
Mental Component Summary <sup>†</sup>	44.45 (0.63)	48.21 (0.68)	3.76 (8.46%)*
Physical Component Summary <sup>†</sup>	45.13 (0.65)	44.12 (0.73)	-1.01 (-2.24%)

\*Change in score statistically significant,  $p < 0.05$ . <sup>†</sup>Mental Component Summary; see Ware and Kosinski (reference 30), Appendix C, 170-171.

<sup>†</sup>Physical Component Summary; see Ware and Kosinski (reference 30), Appendix C, 170-171.

## QUALITY OF LIFE AMONG CARDIAC PATIENTS

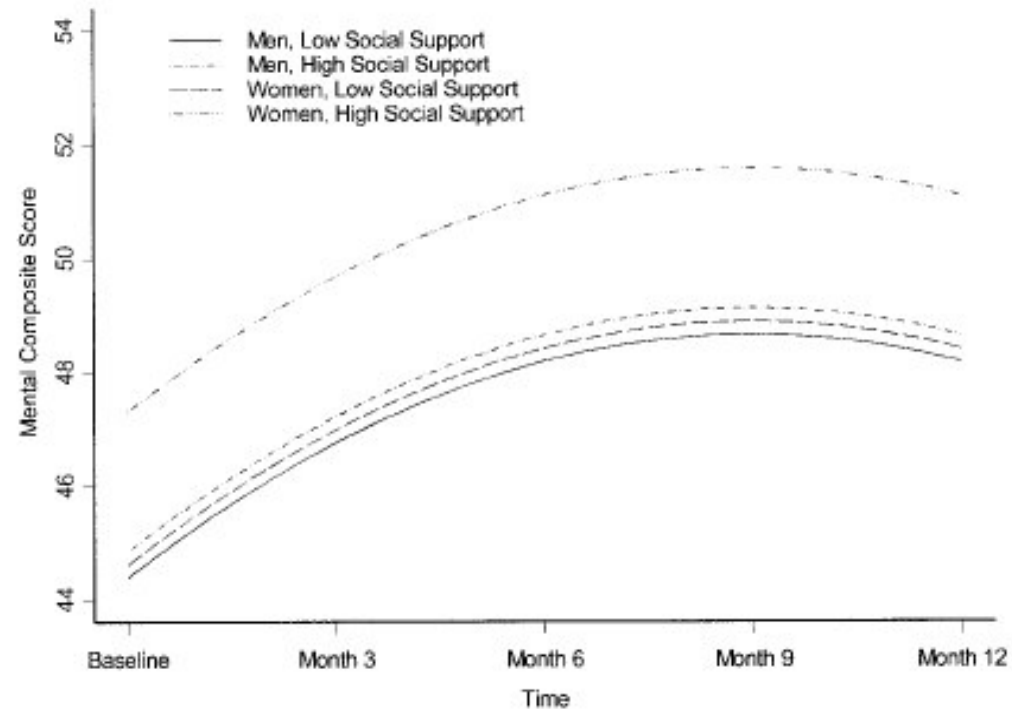
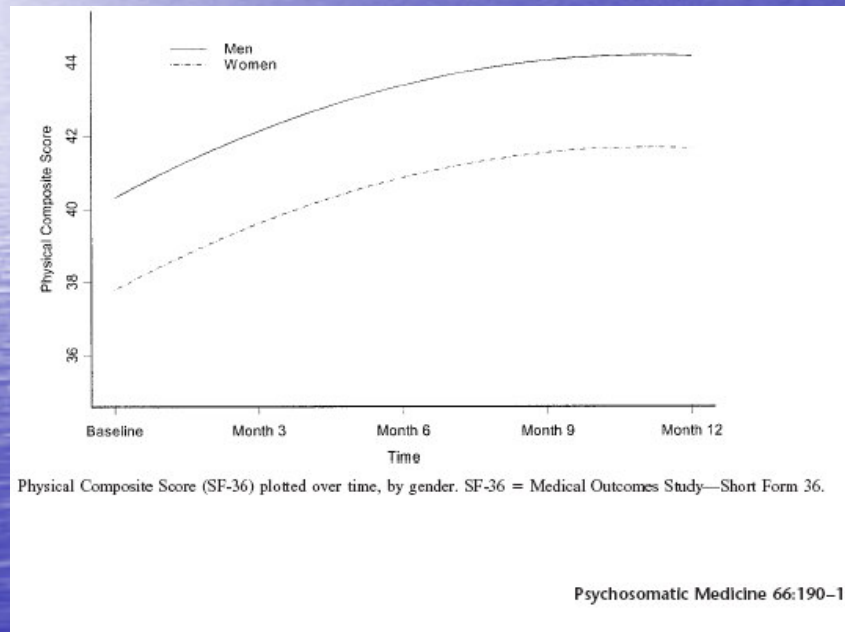


Figure 1. Mental Composite Score (SF-36) plotted over time, by gender and social support (low support = 25th percentile; high support = 75th percentile). Plots are calculated with coefficients from the model fit to the entire data set. Because of the interaction of Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) and gender, plots are created using upper and lower quartile values of ISEL as reference points. SF-36 = Medical Outcomes Study—Short Form 36.

Charles et al. *Psychosomatic Medicine* 66:190-197 (2004)



## Gender Differences in Quality of Life Among Cardiac Patients

CHARLES F. EMERY, PhD, DAVID J. FRID, MD, TILMER O. ENGBRETSON, PhD, ANGELO A. ALONZO, PhD, ANNE FISH, PhD, AMY K. FERKETCH, PhD, NANCY R. REYNOLDS, PhD, JEAN-PIERRE L. DUIARDIN, PhD, JOANN E. HOMAN, MSN, AND STEPHEN L. STERN, MD

**Objective:** Prior studies of quality of life among cardiac patients have examined mostly men. This study evaluated gender differences in quality of life and examined the degree to which social support was associated with quality of life. **Methods:** A sample of 536 patients (35% women) was recruited during a 14-month period from the inpatient cardiology service of a University-based hospital. Participants completed assessments at baseline and at 3-month intervals over the subsequent 12 months, for a total of 5 assessments. Measures at each assessment included quality of life [Mental Component Score (MCS) and Physical Component Score (PCS) from the Medical Outcomes Study—Short Form 36] and social support [Interpersonal Support Evaluation List—Short Form]. **Results:** A total of 410 patients completed the baseline assessment and at least one follow-up, and were included in the data analyses. Linear mixed effects modeling of the MCS score revealed a significant effect of gender ( $p = .028$ ) and time ( $p < .001$ ), as well as a significant interaction of gender by social support ( $p = .009$ ). Modeling of the PCS revealed a significant effect of gender ( $p = .010$ ) and time ( $p < .001$ ). **Conclusions:** Women with cardiac disease indicated significantly lower quality of life than men with cardiac disease over the course of a 12-month longitudinal follow-up. Social support, especially a sense of belonging or companionship, was significantly associated with emotional quality of life (MCS) among women. Strategies to increase social support may be important for health and well-being of women with cardiac disease. **Key words:** quality of life, cardiovascular disease, gender differences, social support.

P.A. PARKER *ET AL.*

Table 5. Means of cancer type on psychological adjustment and QOL

Variable	Breast	Gastrointestinal	Gynecologic	Urologic
State anxiety	36.5	36.3	40.1	36.6
Trait anxiety	35.3	34.1	37.4 <sup>a</sup>	31.7 <sup>ab</sup>
Depression	14.7 <sup>a</sup>	12.9	15.5 <sup>a</sup>	10.0 <sup>ab</sup>
QOL—mental health	50.8 <sup>a</sup>	51.8	49.4 <sup>a</sup>	55.3 <sup>ab</sup>
QOL—physical health	42.7 <sup>a</sup>	42.3 <sup>a</sup>	39.9 <sup>a</sup>	46.2 <sup>ab</sup>

Note: Means with different superscripts are significantly different from each other at  $p < 0.05$ .

# DİYABETİK NÖROPATİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

- Diyabetin kronik dejeneratif komplikasyonlarında olan diabetik nöropati yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır. Bu çalışmada diyabetik nöropatinin yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırıldı. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı ve Türk Diyabet Cemiyeti Konya şubesi polikliniklerinden 73 kadın ve 61 erkek toplam **134 diyabetik hasta** çalışmaya alındı. Tüm hastalara **Short Form 36 (SF36)** ve **Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşam kalite anketleri** uygulandı. Diyabetik nöropati varlığına klinik bulgulara göre karar verildi. Toplam 134 olgunun 88 tanesinde nöropati saptandı. SF 36 yaşam kalite anketinin **genel sağlık** ( $p=0,030$ ) ve **vitalite** ( $P=0,007$ ) alt parametrelerinde nöropatisi olan hastalarda olumsuz etkilenme saptandı. İstatistiksel değerlendirme student's t testi ile yapıldı. WHO yaşam kalite anketine göre ise anketin toplam değerlendirmesinde nöropatisi olan ve olmayan hastalar arasında fark bulunmazken hastaların **fiziksel sağlık** ( $p=0,002$ ), **uyku ve dinlenme** ( $p<0,001$ ), **olumlu duygular** ( $p=0,018$ ), ve **cinsel yaşam** ( $p=0,018$ ) gibi anket alt parametrelerinde istatistiksel anlamlı olumsuz etkilenme olduğu saptandı. Çalışmanın sonuçları göre her ne kadar WHO anketinin istatistiksel total değerlendirmesi nöropati ile değişmemekteyse de aynı anketin **yaşam kalitesini önemli alt parametrelerine nöropatinin olumsuz etki saptanmıştır.**
- M. Sait Gönen ve ark. **Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism 2003, Volume 7, Number 1,**

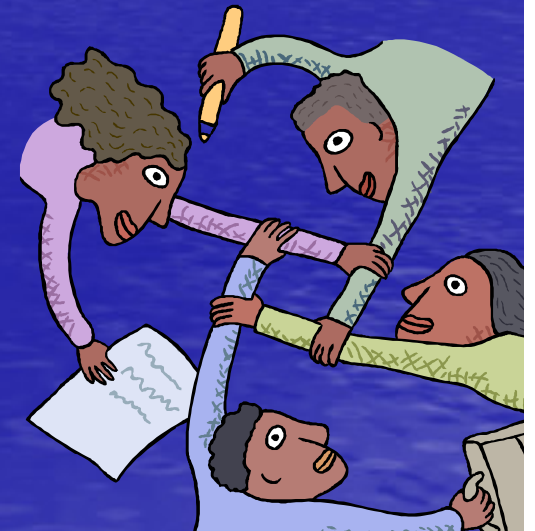
# SONUÇ

- Günümüzde tıp ve teknolojideki hızlı gelişmelere paralel olarak, beklenen yaşam süresi artmış ve yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalık insidansı da artmıştır
- Yapılan çalışmalara göre, kronik hastalıklar yaşam kalitesinin tüm boyutlarını olumsuz etkilemektedir.
- Bu çalışmalarda kronik hastalıklarda ortaya çıkan semptomlar, fiziksel ve psikososyal faktörler, demografik özellikler, anksiyete, depresyon, ağrı, yorgunluk gibi sorunlar bireyin yaşamdan doyum almasını etkileyen en önemli faktörler olarak bulunmuştur.

# Öneriler

Sağlık çalışanları;

- Hastaların yaşam kalitesini etkileyecek olası risk faktörlerini değerlendirerek hastaların değerlerini, inançlarını, önceliklerini belirlemelidir,



# Öneriler

- Hastaların yaşam kalitesini etkilediği ortaya konulan faktörlere (diyet , ilaç ...) uyumun arttırılması amacıyla eğitim programları düzenlemelidir,



# Öneriler

- Hastaların uyum, özbakım ve özyeterliliklerini arttırıcı hemşirelik aktivitelerini planlamalı ve uygulamalıdır. Buna göre hemşirenin;
  - Bakım
  - Danışmanlık
  - Eğitim rolleri
  - Rehabilitasyon rolleri ön planda olmalıdır.

# Öneriler

- Sağlık politikalarında “algılanan sağlığa” dayalı yaklaşımların daha çok önem kazanması için “daha niteliksel araştırmalar yapmalıdır.
- Yaşam kalitesini arttırıcı aktiviteler için multidisipliner ekip yaklaşımı ve bütüncü anlayışla çalışmalıdır



# Teşekkürler



*The likelihood of sub-optimal COOP/WONCA scores by diagnosis*

	Number of subjects (%)				
	Physical fitness score >2	Feelings score >2	Daily activity score >2	Social activity score >2	Overall health score >3
Control group (n = 191)	76 (40%)	35 (18%)	27 (14%)	17(9%)	33(17%)
Hypertension (n = 300)	232 (77%)*	46 (15%)	45 (15%)	28 (9%)	47 (16%)
RR	1.94	0.84	1.06	1.05	0.91
95% CI	1.62–2.34	0.56–1.25	0.68–1.65	0.59–1.86	0.60–1.36
Diabetes mellitus (n = 152)	107 (70%)*	18 (12%)	19 (13%)	6 (4%)	19 (13%)
RR	1.77	0.65	0.88	0.44	0.72
95% CI	1.44–2.17	0.38–1.09	0.51–1.53	0.18–1.10	0.43–1.22
Heart disease (n = 49)	42 (86%)*	13 (27%)	12 (24%)	7 (14%)	11 (22%)
RR	2.15	1.45	1.73	1.61	1.30
95% CI	1.75–2.65	0.83–2.52	0.95–3.17	0.71–3.65	0.71–2.38
Stroke (n = 60)	51 (85%)*	14 (23%)	16 (27%)**	9 (15%)	8 (13%)
RR	2.14	1.27	1.89	1.69	0.77
95% CI	1.74–2.62	0.74–2.20	1.09–3.26	0.79–3.58	0.38–1.58
OA knee (n = 215)	152 (71%)*	50 (23%)	50 (23%)**	28 (13%)	53 (25%)
RR	1.78	1.27	1.65	1.46	1.43
95% CI	1.46–2.16	0.86–1.87	1.07–2.52	0.83–2.59	0.97–2.10
Other joints (n = 88)	64 (73%)*	23 (26%)	26 (30%)**	12 (14%)	22 (25%)
RR	1.83	1.43	2.09	1.53	1.45
95% CI	1.47–2.27	0.90–2.26	1.30–3.36	0.77–3.07	0.90–2.33
Asthma/COPD (n = 65)	47(72%)*	17 (26%)	19 (29%)**	10 (15%)	19 (29%)**
RR1	1.82	1.43	2.07	1.73	1.69
95% CI	1.44–2.29	0.86–2.37	1.24–3.46	0.83–3.58	1.04–2.76
Depression (n = 56)	49 (88%)*	20 (36%)**	12 (21%)	13 (23%)**	18 (32%)**
RR	2.20	1.95	1.52	2.61	1.86
95% CI	1.80–2.69	1.23–3.09	0.82–2.79	1.35–5.04	1.14–3.04

RR = the relative risk of sub-optimal COOP/WONCA scores of subjects with the diagnosis compared with control subjects without any of the diagnoses  
 \* $P \leq 0.001$ ; \*\* $P \leq 0.01$ ; \*\*\* $P \leq 0.05$  by chi-square tests on the difference in proportions between patients with the diagnosis and controls without any of the diagnoses, df = 1.

Yaşam kalitesi	Ortalama	SD
Fonksiyonel durum	62.08	25.56
Esenlik	58.82	19.30
Genel sağlık	52.82	19.94
Toplam yaşam kalitesi	58.93	17.98

## KEMOTERAPİ ALAN KANSERLİ HASTALAR VE YAKINLARININ YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sevgi KIZILCI \*

### ÖZET

*Araştırma, kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörleri saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 100 hasta ve 100 hasta yakını oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak hastaların ve yakınlarının tanıtıcı özelliklerine ilişkin soruların yer aldığı anket formları ile yaşam kalitesini ölçmek için Rolls-Royce Modeli yaşam kalitesi skalası kullanılmıştır.*

*Araştırma sonucunda hastaların yaşam kalitesini, eğitim durumu, meslek, destek olan yakınlar ve hastalık süresinin etkilediği görülmüştür. Hasta yakınlarının yaşam kalitesini ise yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, hastaya yakınlık derecesi ve hastalık süresinin etkilediği belirlenmiştir. Bu bulgulara dayanarak, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik olarak, sağlık çalışanlarına önerilerde bulunulmuştur.*

**Anahtar Sözcükler:** *Kanserli hasta, Yaşam Kalitesi, Hasta Yakınları/Hasta Ailesi*

### SUMMARY

***The factors effected quality of life of people with cancer and their relatives.***

*This descriptive study was conducted to investigate factors that effect quality of life of people with cancer and their relatives. The sample of the study consist of 100 patients with cancer and 100 of their relatives. Data collection tolls are the questionnaires which included the questions about the background charecteristics of the patients and their relatives and the Rolls-Royce Model's scale of quality of life to measure the patients' qulity of life.*

*In the study it was found that educationoccupation, family support and the period of illness have effected the quality of life of patients. In the light of this findings, suggestions were made to the health workers in order to improve the quality of life of the patients and their relatives*

**Key words :** *Patient with Cancer, Quality of Life, Patient relatives/ family*

**Çizelge 2:** Hastaların Tanılarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Yaşam Kalitesi	Tanı					
	Meme kanseri (n=31)	Akciğer Kanseri (n=23)	Lenfoma (n=20)	Kadın üreme org. kanseri (n=16)	Sindirim org. Kanseri (n=10)	
Genel iyilik	22.87	22.30	22.30	22.50	19.20	p>0.05
Fiziksel semptom ve aktivite	22.71	20.26	21.50	20.06	19.30	p>0.05
Uyku	9.97	10.43	11.40	8.69	8.70	p>0.05
İştah	7.68	7.17	6.55	6.25	6.10	p>0.05
Seksüel fonksiyon	11.84	9.13	12.10	9.69	9.20	p>0.05
Algılama	16.42	17.70	16.10	14.19	14.70	p>0.05
Tıbbi etkileşim	10.81	9.48	10.45	10.56	9.90	p>0.05
Sosyal ilişkiler ve iş perform.	25.61	23.48	23.90	23.69	23.00	p>0.05

Genel yaşam kalitesi puan ortalamasının kronik hastalık varlığına göre dağılımı (n:418)

Değişkenler	Genel yaşam kalitesi puanı $X \pm SD$
<b>kronik hastalık varlığı</b>	
Var (n:300)	3.23 $\pm$ 0.68
Yok (n:118)	3.66 $\pm$ 0.59
t değeri; 5.98	p ; <b>0.000</b>

Arslantaş ve ark.Eskişehir Mahmudiye İlçesindeki Yaşlılarda Yaşam Kalitesi,Osmangazi Tıp Dergisi 2006; 28 (2):81-89 (Ölçek:WHOQOL-BREF TR )