



Kronik Beyin Damar Hastalıklarında Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler

Ferhan Soyuer*, Demet Ünalın*, Ahmet Öztürk**

*Erciyes Üniversitesi, Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Kayseri

** Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Bioistatistik AD. Kayseri

Amaç: Kronik beyin damar hastalığı (BDH) olan ve toplumda yaşayan olgularda, yaşam kalitesini değerlendirmek ve sosyodemografik, klinik değişkenlerle yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Veri toplama aracı olarak bir anket formu, yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, depresyonun derecesini belirlemek için Beck Depresyon Envanteri (BDI), BDH şiddetini değerlendirmek için Canadian Neurological Skala (CNS), fonksiyonel değerlendirme için, fonksiyonel bağımsızlık ölçeği (FIM) kullanılmıştır.

Bulgular: Olguların, 43 (%61.4)'ü erkek, 27 (%38.6)'ı kadın olup, yaş ortalamaları 60.16 ± 11.30 'dır. Çalışma grubundaki olguların hastalık süresi 197.44 ± 26.22 gün'dür. Ellibir (%72) olguda dahili bir hastalık vardır. Çalışmamızda, olguların yaşı arttıkça fizik fonksiyonellik ve genel sağlık algısı boyutu puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). CNS ve FIM arttıkça, fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik, genel sağlık algısı sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde artma olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Sonuç: Kronik BDH' da yaşam kalitesi, hastalık şiddeti, fonksiyonel durum ve depresyondan etkilenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beyin damar hastalıkları, Yaşam kalitesi, Depresyon, Risk faktörleri

Quality of Life and Effecting Factors in Chronic Cerebro Vascular Diseases

Objective: To search the relation between sociodemographic and clinic variables and quality of life and evaluate the quality of life in cases having chronic cerebro vascular disease (CVD).

Material and method: As a data gathering device, a questionnaire form, for evaluating quality of life; a SF-36 quality of life scale for determining the degree of depression; beck depression inventory (BDI), for determining CVD severity; Canadian Neurological Scale (CNS), for functional evaluation, functional independence measure (FIM) are used.

Results: 43 (64%) of the cases are male and 27 (38.6%) are female and their mean age is 60.16 ± 11.30 . Disease duration of the cases in working group was 197.44 ± 26.22 days. There was an interior disease in 51 (72%) cases. In our study it is determined that as the age of patients increases there is a significant decrease in physical functionality and general health perception scores ($p < 0.05$). As CNS and FIM increases it is determined that there is a significant increase in physical functionality, physical role limitations, energy/activity, social functionality, general health perception health dimension scores. ($p < 0.05$).

Conclusion: Quality of life in chronic CVD is effected by disease severity, functional condition and depression.

Key Words: Cerebro vascular diseases, Quality of life, Depression, Risc factors

Beyin damar hastalıkları (BDH), yetersizliğin en önemli nedenlerinden biridir ve BDH, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ölüm sıralamasında kalp krizi ve kanserden sonra üçüncü sırada, kişiyi fiziksel özürle bırakmada ise ilk sırada yer almaktadır.¹ BDH'larının hem hastalar hem de aileler için ciddi sonuçları olan bir hastalık olduğu bilinmektedir. BDH, olguların sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri üzerinde de güçlü bir olumsuz etkiye sahiptir.²⁻⁵ Düşük yaşam kalitesi ile ilişkili görülen faktörler; depresyon, fonksiyonel bozukluk ve paralizi ciddiyeettir.⁶⁻⁸

Türkiye'de yetersizliğin ilk nedeni olan BDH'nın yaşam kalitesi üzerine olan etkisi, Gökkyaya ve ark.⁵ tarafından gösterilmiştir. Bu çalışma, sadece BDH rehabilitasyonu alan olguların, rehabilitasyon sonrası yaşam kalitelerini değerlendirmiştir.

Bu çalışmadaki amacımız, ilk beyin damar hastalığı sonrası altıncı ayda olan, toplumda yaşayan olgularda, yaşam kalitesini değerlendirmek ve sosyodemografik, klinik değişkenlerle yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Temmuz 2004- Temmuz 2005 tarihleri arasında nöroloji kliniğinde yatan ve beyin damar hastalığı geçirdikten sonraki 6.aydan itibaren çalışmamıza 70 hasta dahil edilmiştir.

Olguların çalışmaya dahil edilme kriterleri; BDH'nı ilk kez geçirmiş olmak, BDH risk faktörleri hariç başka hastalığı bulunmaması, BDH öncesi psikiyatrik veya alkolizm hikayesi olmaması, 85 yaşından küçük olmasıdır.

Veri toplama aracı olarak; araştırmacı tarafından geliştirilen ve hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitimi, mesleği, gelir durumu, sağlık güvencesi, dahili hastalıkları, BDH tipi, lokalizasyonu, süresi vb. bilgileri almak amacıyla oluşturulan bir anket formu kullanılmıştır.

Yaşam kalitesini değerlendirmek için, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. SF 36, yaygın şekilde kullanılan jenerik, hasta raporu ve sağlık durumu ölçeğidir. Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği Pınar ve ark.⁹ tarafından yapılmıştır.

Depresyonu değerlendirmek için, Teğin ve Hisli¹⁰ tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan Beck Depresyon Envanteri (BDI) kullanılmıştır. Beck Depresyon Envanterinde her madde 0-3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Ölçeğin kesim puanı 17'dir.

Canadian Neurological Skala (CNS), BDH şiddetini değerlendirmek için kullanılmıştır. Mental ve motor fonksiyonu değerlendiren iki bölümden oluşmaktadır. Normal hastalar için kesim puanı 11.5'dir.¹¹

Fonksiyonel değerlendirme, fonksiyonel bağımsızlık ölçeği (FIM) ile yapılmıştır.¹² Bu ölçüm; kendine bakım, sifinkter kontrolü, mobilite, lokomasyon, iletişim ve sosyal iletişim bölümlerinden oluşmaktadır. Maksimum skor 126'dır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Sürekli değişkenleri karşılaştırmak amacıyla; değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu test edilerek

parametrik ve parametrik olmayan analizler yapılmıştır. Değişkenlere göre yaşam kalitesi ölçek puanları yönünden ortalamaların karşılaştırılmasında unpaired t testi ve Mann-Whitney U testi ve ikiden fazla grup arasında yaşam kalitesi ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi testi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman's korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Çalışmanın verileri SPSS-11.5 programı aracılığı ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma grubunu oluşturan olguların demografik-sosyokültürel özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Olguların, 43 (%61.4)'ü erkek, 27 (%38.6)'ı kadın olup, yaş ortalamaları 60.16 ± 11.30 'dır.

Tablo 1. Araştırma grubunu oluşturan olguların demografik-sosyokültürel özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	43	61.4
Kadın	27	38.6
Yaş (X±SS)		60.16±11.30
(min-max)		(23-83)
Medeni durum		
Evlü	60	85.7
Dul veya boşanmış	10	14.3
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	21	30.0
İlkokul-Ortaokul	32	45.7
Lise-Yüksekokul	17	24.3
Mesleki durum		
Emekli	28	40.0
Ev hanımı	27	38.6
*Diğer	15	21.4
Aylık gelir (ortanca)		500milyon
(min-max)		(50 milyon-3milyar)
Sağlık güvencesi		
Var	66	94.3
Yok	4	5.7
Yerleşim yeri		
İl	47	67.2
İlçe	12	17.1
Köy	11	15.7
Toplam	70	100.0

* Çiftçi, serbest çalışan

Araştırma grubunu oluşturan olguların klinik özellikleri Tablo 2, yaşam kalitesi puanları Tablo 3'de verilmiştir.

Çalışma grubundaki olguların hastalık süresi 197.44 ± 26.22 gün'dür. 51 (%72) olguda dahili bir hastalık vardır. Olgularımızda BDH'na eşlik eden dahili problemler 9 (%17.6)'da hipertansiyon (HT) ve

Kronik Beyin Damar Hastalıklarında Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler

diabet (DM), 25 (%49)'da HT, 1 (%1.4) Kalp yetmezliği (KY) ve DM, 1(%1.4) MI, 3 (%4.3) Kronik bronşit, 3 (%4.3) Bypass ve HT, 1 (%1.4) Bronşit ve HT, 1 (%1.4) Guatr, 1 (%1.4) Burger ve HT, 1 (%1.4) KOAH, 2 (%2.9) KY ve HT, 1 (1.4) prostat hipertrofisi, 1 (%1.4) DM, KY, HT'dir.

Tablo 2. Olguların klinik özellikleri

Değişkenler	n	%
Dahili problem		
Var	51	72
Yok	19	28
Lezyon Tarafı		
Sol	32	45
Sağ	35	50
Çift	3	5
Lezyon Tipi		
İnfarkt	47	67.1
Kanama	23	32.9
Hastalık süresi (gün)(170-326)	197.44±26.22	
CNS (5.50-11.5)	10.05±1.60	
FIM (58-126)	111.66±17.42	
BDI (2-23)	15.52±10.91	

Olguların, değişkenlere göre yaşam kalite puanları Tablo 4'de verilmiştir.

SF-36 yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyonellik alt grubu puanları, cerebral infarkt grubunda, kanama grubundan daha yüksek bulunmuştur (U=344.000, p=0.01).

Tablo4. Olguların değişkenlere göre yaşam kalitesi puanları

Değişkenler	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol sınırlamaları	Ağrı	Genel sağlık algısı	Enerji/ canlılık	Sosyal fonksiyonellik	Duygusal rol sınırlamaları	Ruh sağlığı
Cinsiyet								
Kadın	52.22 ± 32.38	36.11± 39.43*	65.55±25.83	35.37 ±15.87	34.07±14.87b	65.28 ± 28.6	28.40±31.63*	46.22±18.74
Erkek	49.65± 35.35	65.70± 40.83	74.24±31.25	42.56± 17.50	45.35±23.54	71.22± 31.99	65.89± 39.40	53.30±18.47
Medeni durum								
Evlü	51.52±34.56	54.23±42.33	71.35±29.42	39.49±16.96	41.18±21.66	68.43±30.99	54.80±39.51	50.44±18.49
Dul veya boşanmış	50.50±29.66	50.00±45.64	65.25±30.19	41.50±19.86	38.00±19.60	68.75±30.19	26.66±40.97	49.60±21.43
Eğitim durumu								
Okur-yazar değil	44.04±33.37	50.14±43.40	60.19±26.46	30.95±13.65	39.52±15.24	70.02±28.47	49.20±40.30	46.85±18.63
İlkokul,Ortaokul	55.62±31.66	50.78±43.75	68.75±29.36	46.25±16.84	42.34±21.81	70.70±27.78	46.87±40.48	56.25±15.80
Lise-Yüksekokul	52.41±39.32	57.35±41.23	74.55±34.00	48.52±17.20	42.29±26.95	71.76±38.39	62.74±42.29	48.47±21.85
Mesleki durum								
Emekli	52.22±32.38	36.11±39.42b	65.55±25.82	35.37±15.86	34.07±14.87	65.27±28.65	28.39±31.62a	46.22±18.73
Ev hanımı	44.28±34.12	58.92±45.24	71.07±30.86	40.53±18.27	42.67±23.03	66.96±33.71	61.90±41.29	50.28±19.96
Diğer	59.66±36.57	78.33±28.13	80.16±32.17	46.33±15.86	50.33±24.45	79.16±27.81	73.33±36.07	58.93±14.22
Yerleşim yeri								
İl	54.14±34.14	59.04±43.43	70.37±29.75	40.21±17.50	41.59±21.99	72.07±30.75	55.31±40.09	52.85±19.41
İlçe	53.75±26.72	43.75±35.55	64.37±34.03	44.58±18.02	34.16±23.43	62.50±23.23	33.33±40.20	43.66±18.32
Köy	32.27±37.37	45.45±45.85	80.22±21.60	32.72±13.29	45.90±14.10	62.50±37.50	54.54±42.87	48.36±15.43
Lezyon Tarafı								
Sağ	50.14±34.77	59.28±41.16	71.78±29.10	42.00±16.76	41.42±20.70	74.64±27.02	56.19±42.60	53.25±18.93
Sol	52.58±32.50	46.77±43.65	68.54±30.64	36.45±16.69	40.00±19.95	66.12±31.98	40.86±37.22	47.35±19.13
Çift	42.50±60.10	37.50±53.03	90.00±14.14	60.00±28.28	60.00±42.42		83.33±23.57	52.00±5.65
Lezyon Tipi								
İnfarkt	58.36±30.82a	54.34±43.87	68.26±29.37	41.84±17.80	44.02±20.23	70.10±29.75	48.55±41.99	52.60±17.80
Kanama	34.13±35.34	52.17±40.53	77.28±29.27	36.30±15.53	36.73±21.51	69.02±31.50	55.07±38.41	47.13±20.60
Depresyon								
Var	34.24±30.44a	50.00±42.84	61.51±30.01a	31.96±16.24a	32.27±17.36a	57.95±34.06a	43.43±38.62	44.12±19.40a
Yok	65.27±30.45	58.10±42.51	79.25±26.50	46.75±14.91	48.78±21.55	78.71±23.72	58.55±41.87	56.32±16.36

a p<0.01, b p<0.05

Yaşam kalitesinin duygusal rol sınırlamaları ve fiziksel rol sınırlamaları alt grupları hariç, diğer alt grupları depresyon yönünden fark göstermektedir (p<0.01). Lezyon tarafına göre, yaşam kalitesi alt grupları fark göstermemiştir (p>0.05).

Tablo 3. Olguların yaşam kalitesi skorları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları	Yaşam kalitesi skoru
Fiziksel fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca.(min-max)
	50.64±34.02 57.50 (0-100)
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca.(min-max)
	54.29 ±42.56 50.00 (0-100)
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca.(min-max)
	65.0 ± 32.74 75.0 (10-100)
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca.(min-max)
	39.79±17.14 40.00 (0-80)
Enerji/ canlılık	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca.(min-max)
	41.00±21.24 40.00 (0-90)
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca.(min-max)
	68.93±30.67 75.00 (0-100)
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca.(min-max)
	51.43±40.80 66.67 (0-100)
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca.(min-max)
	50.57±18.76 50.00 (4-84)

Tablo 5. Araştırma grubuna alınan olguların SF 36 sağlık statüsü boyutlarının demografik sosyo-kültürel özellikler ve klinik özellikler arasındaki korelasyon matrisinin dağılımı

	Fizik fonksiyonellik	Fiziksel rol sınırlamaları	Ağrı	Genel sağlık algısı	Enerji/canlılık	Sosyal fonksiyonellik	Duygusal rol sınırlamaları	Ruh sağlığı
Yaş	r = -0.313 p = 0.008	r = -0.081 p = 0.502	r = 0.070 p = 0.566	r = -0.243 p = 0.040	r = -0.007 p = 0.956	r = -0.031 p = 0.801	r = 0.102 p = 0.402	r = 0.040 p = 0.741
Aylık gelir	r = 0.257 p = 0.065	r = 0.195 p = 0.167	r = 0.055 p = 0.700	r = 0.288 p = 0.03	r = 0.327 p = 0.01	r = 0.019 p = 0.893	r = 0.355 p = 0.00	r = 0.143 p = 0.312
Hastalık süresi	r = 0.105 p = 0.387	r = 0.036 p = 0.766	r = -0.053 p = 0.665	r = 0.084 p = 0.491	r = 0.078 p = 0.521	r = -0.009 p = 0.940	r = 0.076 p = 0.533	r = 0.043 p = 0.723
CNS	r = 0.617 p = 0.000	r = 0.341 p = 0.046	r = -0.119 p = 0.326	r = 0.227 p = 0.059	r = 0.440 p = 0.000	r = 0.231 p = 0.054	r = 0.053 p = 0.661	r = 0.080 p = 0.511
FIM	r = 0.719 p = 0.000	r = 0.391 p = 0.045	r = -0.010 p = 0.935	r = 0.229 p = 0.050	r = 0.361 p = 0.002	r = 0.268 p = 0.026	r = 0.129 p = 0.292	r = 0.111 p = 0.362
Beck Depresyon skoru	r = -0.568 p = 0.000	r = -0.204 p = 0.090	r = -0.344 p = 0.004	r = -0.501 p = 0.000	r = -0.481 p = 0.000	r = -0.434 p = 0.000	r = -0.345 p = 0.003	r = -0.368 p = 0.002

Çalışmamızda, olguların yaşı arttıkça fizik fonksiyonellik ve genel sağlık algısı boyutu puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 5).

CNS ve FIM arttıkça, fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik, genel sağlık algısı, sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde artma olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.059$) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Çalışmamız, kronik BDH'lı olgularda yaşam kalitesi üzerine hastalık şiddetinin, fonksiyonel durumun ve depresyonun etkileri olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda, yaşam kalitesinin fizik fonksiyonellik dışındaki bütün alanlarında erkek hastaların puanlarının kadın hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Olguların cinsiyete göre, fiziksel rol sınırlamaları, enerji/canlılık ve duygusal rol sınırlamaları sağlık boyutu ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). BDH'lı hastalarda yapılan bir çalışmada kadın olmanın ve yaşlı olmanın yaşam kalitesini etkilediği bildirilmektedir.¹³ Bir başka çalışmada ise sosyal aktiviteler kadınlarda daha düşük bulunmuştur.¹⁴ Erengil ve ark.¹⁵ normal popülasyonda yaptıkları bir çalışmada, kadınların sağlık algılarının erkeklerin algılarına göre daha olumsuz olduğunu bildirmişlerdir. Değişik hasta grupları üzerinde yapılan bazı çalışmalarda yaşam kalitesi puanları erkeklerde kadınlarınkine göre daha yüksek bulunmuştur.^{16,17} Bizim çalışmamız ve başka bir çok çalışmada ortaya konduğu gibi, kadınlarda yaşam kalitesi skorlarının düşük çıkması, kadın ve erkek cinsiyetlerine ait sosyal ve toplumsal rollerle ve kısıtlılıklarla açıklanabileceği gibi, kadınların fizyolojik yapıları, hormonal farklılıkları ile ilişkili de olabilir.

Yaşam kalitesinin genel sağlık algılamaları dışındaki bütün alanlarındaki puanların evlilerde dul/boşanmış olan hastalara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Pınar'ın⁹ diabetes mellitus'lu hasta grubunda yaptığı bir çalışmada, bekarlarda evli ve dullara göre yaşam kalitesi skorlarının en yüksek, dullarda ise en düşük olduğu bildirilmiştir. Bizim bulgularımız bu çalışmaya ait bulgularla örtüşmemektedir. Anlaşılmaktadır ki, dul olma yaşam kalitesini düşüren önemli bir sosyal olgudur. Bu durum, özellikle bizim kültürümüzde dullara özellikle kadın dullara yönelik olumsuz bakış açısı yanı sıra yaşanan sosyo-ekonomik güçlükler ile de ilişki olabilir. Diğer taraftan hastalık sonucu ayrılma veya terk edilme nedeniyle dul kalma da bir belirleyici olabilir. Evlilerde yaşam kalitesi puanlarının yüksek oluşu, aile bütünlüğü içerisinde destek sistemlerinin daha güçlü olması ve ekonomik yeterliliklerin daha iyi olması ile ilişkidir.

Araştırma grubuna alınan hastaların eğitim düzeylerine göre sağlık algısı ortalama puanları eğitimli gruplarda genel olarak daha yüksek bulunmuştur. Artan eğitim seviyesinin sadece daha iyi bir yaşam kalitesi ile zayıf bir ilişki gösterdiği bildirilmektedir.¹⁵ Gökkaya ve ark.⁵ çalışmalarında eğitimli grupta Nottingham sağlık profili ile değerlendirdikleri yaşam kalitesi puanlarının daha iyi durumda olduğunu tespit etmişlerdir. Bizim bulgularımız eğitim durumunun artmasına paralel olarak yaşam kalitesinin arttığını bildirdiği çalışma sonuçları ile örtüşmektedir. Çalışmamızda eğitim düzeyinin artması ile sağlık algısındaki iyileşme, genelde eğitimli olmanın kişinin sağlık alanında da daha birikimli ve bilinçli olduğunun göstergesi olabilir. Diğer taraftan eğitim seviyesinin artması ile kişinin kendine güvenin artması, hastalığa, onun getirdiği olumsuzluklara daha gerçekçi bakabilmesi yanında muhtemelen daha iyi bir ekonomik durum ve/veya sosyal statü yanında iyi bir kabul edilebilirlik

seviyesi ve daha iyi çare arama davranışı sergilemeleri ile ilişkili olabilir.

Yaşam kalitesinin fizik fonksiyonellik dışındaki bütün alanlarında en yüksek puana memur, çiftçi, serbest meslek sahibi kişilerin, en düşük puana ise emeklilerin sahip olduğu tespit edilmiştir. Olguların iş durumuna göre; fiziksel rol sınırlamaları, duygusal rol sınırlamaları ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu alanda dikkat çeken en önemli husus emeklilerin yaşam kalitesinin fizik fonksiyonellik dışındaki bütün alanlarında düşük çıkmasıdır. Bunun sebebinin muhtemelen özerkliklerinin, kendilerini ifade edebilme olanaklarının, ekonomik özgürlüklerinin kısıtlı ya da başkalarına bağımlı olması nedeniyle özgüven kaybı ve sosyal rollerde yetersizlik ile ilişkili olabileceğini düşünüyoruz.

Haan ve ark,² “Sickness impact profile” ile değerlendirdikleri yaşam kalitesi ile lezyonun tipi arasında ilişki bulunmamıştır. Niemi ve ark¹⁸ ise subarachnoid kanamalı hastaların beyin infarkt’lı hastalardan yaşam kalitesi açısından daha fazla iyileştiklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızda, SF-36’nın sekiz alt grubunda, infarkt’lı olgularda yaşam kalite skorları daha yüksek olmakla birlikte, fiziksel fonksiyonellik dışında iki grup arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır.

Olgularımızda, lezyon tarafına göre yaşam kalitesi puanları fark göstermemiştir ($p > 0.05$). Literatürde, BDH’da lezyon lokasyonunun hastaların yaşam kalitesi üzerinde etkisi olabileceği yönünde görüşler bulunmaktadır. Özellikle afazisi olan sol hemisfer lezyon’uların düşük bir yaşam kalitesi olacağını ileri süren klinisyenler olduğu gibi, anosognosia ve ihmal olan sağ hemisfer lezyonlu olguların sosyal fonksiyonlarda etkileneceklerini, dolayısıyla bunun yaşam kalitesine de yansıtacağını öneren görüşler de olmuştur. Bununla birlikte, yapılan çalışmalar, çalışmamızla da uyumlu olarak lezyon tarafının yaşam kalitesi üzerine etkisi olmadığını göstermiştir.^{2,8}

Hastaların, beck depresyon skor gruplarına göre yaşam kalitesi puanları arasındaki fark incelendiğinde, yaşam kalitesinin fiziksel ve duygusal rol sınırlamaları dışındaki diğer alanlarda gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). BDH’lı hastalarda depresyon oluşmasının altında yatan sebeplerden birisi organik bir hastalığa psikolojik bir tepki olarak depresyon ortaya çıkmış olabileceğidir.^{19,20} Ayrıca BDH’na bağlı olarak çoğu hastada ortaya çıkan yatağa bağlı kalma, hareket

kısıtlılığı, kuvvet azlığı, konuşma bozukluğu gibi yetersizliklere gösterilecek psikolojik tepki ile de reaktif depresyonlar ortaya çıkabilmektedir. Diğer taraftan kısıtlılıklara bağlı olarak sosyal temasların, kendine güvenin, yeti yitimi duygusunun da depresyon gelişmesinde rol oynayacağını düşünüyoruz. Depresyonun şiddetindeki değişikliklerin ortaya çıkmasında; BDH ile alakalı fiziki durumun, kısıtlanma derecesinin ve kişinin bunları algılama şeklinin rolü vardır. Sosyal destek sistemlerinin yeterli olup olmaması da belirleyicilerden bir diğeridir. Fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon; hastanın uyumunu, tedavi ve tedavi ekibi ile olan işbirliğini, yaşam kalitesini, tedaviye cevabı, prognozu, fiziksel hastalığın seyrini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkilemektedir.^{21,22}

Araştırma grubuna alınan hastaların yaşı arttıkça fizik fonksiyonellik ve genel sağlık algısı ($p < 0.05$) puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu tespit edilmiştir. BDH’lı hastalarda yapılan çalışmalarda ileri yaş, düşük yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmamıştır.^{8,14} Erengin ve ark¹⁵ çalışmalarında yaşın artışı ile sağlık sorunlarının arttığı ve kişilerin sağlık algılarının olumsuzlaştığını bildirmişlerdir. Kişilerin fiziksel kapasiteleri yaşla birlikte azalmaktadır; bu durum yaşlıların fonksiyonel bağımsızlıklarını kısıtlamaktadır (bazı hastalıklar ve çevresel faktörlerin yaşamlarına getirdiği yeni koşullara uyum sağlamalarını güçleştirmektedir).²³

Olgularımızın hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). BDH’da literatürde de hastalık süresi ve yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır.^{3,8}

Çalışma grubumuz, hastalık şiddeti ve fonksiyonel durum düzeldikçe yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık, enerji/canlilik ve sosyal fonksiyonellik alanlarında yükselme olduğunu göstermiştir. Literatürde fonksiyonel durum^{3,6,8, 24} ve bozukluk^{3,6} ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki konusunda tezat sonuçlar bulunmaktadır. Bu sonuçlar, metodolojik farklılıklar, çalışma grubunun büyüklüğü ve kültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamız, kronik BDH’lı olgularda yaşam kalitesini etkileyebilecek geniş bir grup değişkeninin etkisini araştırmıştır. Konunun geniş çalışma gruplarında BDH’na yönelik spesifik risk faktörlerini yönünden de araştırılmaya ihtiyacı vardır.

KAYNAKLAR

- 1- Maviş İ, Doğramacı Ö, Diken İH. Birincil bakıcıların “felçli ve afazlı bireylerin” sözel olmayan davranışlarına ilişkin görüşleri. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi* 2005;11 (3):97-106.
- 2- Haan RJ, Limburg M, Van der Meulen JP, Jacobs HM. Quality of life after stroke. *Stroke* 1995; 26:402-8.
- 3- King R. Quality of life after stroke. *Stroke* 1996; 27: 1467-72.
- 4- Tengs TO, Yu M, Luistro E. Health-related quality of life after stroke. A comprehensive review. *Stroke* 2001; 32: 964-72.
- 5- Gökkaya NK, Aras MD, Çakıcı A. Health-related quality of life of Turkish stroke survivors. *Int J Reh Research* 2005; 28: 229-35.
- 6- Jaracz K, Kozubski W. Quality of life in stroke patients. *Acta Neurol Scand* 2003; 107:324-9.
- 7- Larson J, Dahlin A, Billing E, Arbin M, Murray V. Predictors of quality of life among spouses of stroke patients during the first year after the stroke event. *Scand J Caring Sci* 2005; 19: 439-45.
- 8- Kong KH, Yang SY. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Med J* 2006; 47: 213-8.
- 9- Pınar R. Diabetis Mellituslü Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, doktora Tezi, İstanbul, 1995.
- 10- Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7(23):3-13.
- 11- Cote R, Battista RN, Wolfson C, Boucher J, Adam J, Hachinski V. The Canadian Neurological Skala :validation and reliability assessment. *Neurology* 1989; 39:638-43.
- 12- Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Elhan AH, Sonel B. Adaptation of the functional independence measure for use in Turkey. *Clinical Rehabilitation* 2001;15:311-8.
- 13- Anderson CS, Carter KN, Hackett ML, Bonita R. Very Long-term outcome after stroke in Auckland, New Zealand. *Stroke* 2004;35:1920-7.
- 14- Artal JC, Egado JA, Gonzalez JL, Seijas EV. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke. *Stroke* 2000;31:2995-3000.
- 15- Erengin KH, Dedeoğlu N. Sağlık Ölçmenin kolay bir yolu: algılanan sağlık. *Toplum ve Hekim* 1997;12(77): 11-6.
- 16- Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, ve ark. Diabetes Mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12(2):89-98.
- 17- Yaman G, Karan A, Erten N, Karan MA. Hastanede yatan hastalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Klinik Gelişim* 2003;16: 41-6.
- 18- Niemi ML, Laaksonen R, Kotila M, Waltimo O. Quality of life 4 years after stroke. *Stroke* 1988; 19:1101-07.
- 19- Tuomilehto J, Nuottimäki T, Salmi K, Aho K, Kotila M et al. Psychosocial and health status in stroke survivor after 14 years. *Stroke* 1995;26:971-5.
- 20- Küey İ, Güleş C. Depresyon Epidemiyolojisi. Depresyon Monografileri Serisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993.
- 21- Savrın BM. Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul, 2-3 Aralık 1999, ss 11-7.
- 22- Özkan S. Genel Tıpta psikiyatrik morbidite. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-İyileşim Psikiyatrisi*, İstanbul, Aralık 1993,ss 18-70.
- 23- Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2004;7(3):162-5.
- 24- Samsa GP, Matchar DB. How strong is the relationship between functional status and quality of life among persons with stroke? *J of Rehab Resc&Dev* 2004;41:279-82.

Yazışma Adresi:

Yrd.Doç.Dr.Ferhan SOYUER

Erciyes Üniversitesi, Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri

Meslek Yüksek Okulu, Kayseri

E-Posta : soyuerf@erciyes.edu.tr

Tel : 542 235 40 62