

T.C

EGE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

T.C. YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

**PSORIASİSLİ HASTALARIN YAŞAM
KALİTESİ VE YAŞAM KALİTESİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

T 99176

**Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Hazırlayan

Yüksek Hemşire Naile BAYRAMOVA

İZMİR-2000

S, R



T.C

EGE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSORİASİSLİ HASTALARIN YAŞAM
KALİTESİ VE YAŞAM KALİTESİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Hemşirelik Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

T 99176

Hazırlayan

Yüksek Hemşire Naile BAYRAMOVA

Danışman Öğr. Üyesi

Doç.Dr.Ayfer KARADAKOVAN

İZMİR-2000

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında görüşlerine başvurduğum, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tezimin sürdürülmesi ve sonlandırılmasında büyük katkılarını gördüğüm çok değerli danışmanım Sn. Doç.Dr.Ayfer KARADAKOVAN'a, eğitimimde emeği geçen tüm E.Ü.İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyelerine, tezimin istatistiklerinin yapılmasında yardımını esirgemeyen Sn.Uzm.Arkun TATAR'a, klinik uygulamalarında ve veri toplama aşamasında yardımcı olan E.Ü.Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalında çalışan tüm hemşire arkadaşlara ve Tepecik Sosyal Sigortalar Kurumu başhekim yardımcısı dermatolog Dr.Zerhan YALDIZ'a, araştırmama katılan tüm hastalara, çok sevdiğim Leman KAÇMAZ ve ELİBOL ailesine, destek ve yardımlarını esirgemeyen tüm arkadaşlarıma, maddi ve manevi destekleri kelimelerle anlatılamayacak kadar çok olan değerli AİLEM'e teşekkürlerimi sunarım.

Naile BAYRAMOVA

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	vii
GRAFİKLER DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
BÖLÜM I	
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Genel Bilgiler	3
1.2.1. Deri İle İlgili Genel Bilgiler	3
1.2.1.1. Derinin Anatomisi.....	3
1.2.1.1.1. Derinin Histolojik Yapısı.....	4
1.2.1.1.2. Derinin Ekleri.....	5
1.2.2. Psoriasis ile İlgili Kuramsal Bilgiler.....	6
1.2.2.1. Etiyoloji ve Patogenez.....	6
1.2.2.2. Psoriazis'te Presipitan Faktörler.....	7
1.2.2.3. Belirti ve Bulgular.....	8
1.2.2.4. Tanı Yöntemleri	10
1.2.2.5. Tedavi Yöntemleri	10
1.2.2.6. Psoriazisli Hastaların Psiko-Sosyal Sorunları ve Hemşirelik Bakımı.....	11
1.2.3. Yaşam Kalitesi ve Tanımlanması	13
1.2.3.1. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi ve Tanımları	13
1.2.3.2. Yaşam Kalitesinin Subjektif ve Objektif Göstergeleri.....	22
1.2.3.3. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi	25
1.2.3.4. Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Gerekli Nitelikleri.....	27
1.2.4. Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi.....	31
1.2.5. Yaşam Doyumu ile İlgili Genel Bilgiler	36
1.2.5.1. Yaşam Doyumu Tanımları	36
1.2.5.2. Yaşam Doyumunu Etkileyen Bazı Değişkenler	38
1.3. Hipotezler	39
1.4. Tanımlar	39
1.5. Sınırlamalar	40

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM	41
2.1. Araştırmanın Tipi.....	41
2.2. Araştırmanın Yeri	41
2.3. Araştırmanın Evreni.....	41
2.4. Araştırmanın Örneklemi.....	41
2.5. Veri Toplama Tekniği.....	42
2.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	43
2.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	47
2.8. Süre ve Olanaklar	47

BÖLÜM III

BULGULAR.....	48
3.1. Hastalara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	48
3.2. Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Birinci ve İkinci Uygulamalarının İncelenmesi.....	54
3.3. Psoriasis'li Hastaların Genel Yaşam Doyumlarının İncelenmesi	61
3.4. Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Sosyo-Demografik Değişkenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	63

BÖLÜM IV

4.1. TARTIŞMA	90
4.1.1. Hastalara İlişkin Tanıtıcı Bilgilerin İncelenmesi.....	90
4.1.2. Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Birinci Ve İkinci Uygulamalarının İncelenmesi	92
4.1.2.1. Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. Ve 2. Uygulamada sosyal Yaşantıları İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının İncelenmesi....	92
4.1.2.2. Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğinde Tedavi, İş Ve Çalışma Yaşantısına İlişkin Soruları Yanıtlama Durumlarının İncelenmesi.....	95
4.1.3. Psoriasis'li Hastaların Genel Yaşam Doyumları.....	97
4.1.3.1. Psoriasis'li Hastaların Genel Yaşam Doyum Ölçeğinde Soruları	97
4.1.4. Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki	98
4.1.4.1 Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Cinsiyet Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	98

4.1.4.2. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Yaş Grupları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	99
4.1.4.3. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Medeni Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.	99
4.1.4.4. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Çocuk Sahibi Olma Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	100
4.1.4.5. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Eğitim Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	100
4.1.4.6. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Sosyal Güvenceleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	100
4.1.4.7. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Meslekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.	101
4.1.4.8. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Çalışma Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.	101
4.1.4.9. Hastaların Yaşam Kalitesive Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Yaşadıkları Yerler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.	102
4.1.4.10. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Psoriasis Tanısı Alma Süreleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	102
4.1.4.11. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Ailesindeki Psoriasis Hastasının Yakınlık Derecesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	102
4.1.4.12. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Uygulanan Tedavi Yöntemleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	103
4.1.4.13. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalaması İle Vücutlarındaki Lezyonların Bulunduğu Yerler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	103
4.2. SONUÇ.....	104
4.2.1. ÖNERİLER.....	107
ÖZET	108
SUMMARY	110
KAYNAKLAR	111

EKLER

EK-I Hasta Tanıtım Formu	115
Ek-II Psoriasis Yaşam Kalitesi Ölçeği	116
Ek-III Genel Yaşam Doyum Ölçeği	118
Ek-IV Yaşam Kalitesi Ölçeği İzin Mektubu	119
Ek-V Özgeçmiş	121



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
1. Yetim Tarafından Kullanılan Yaşam Doyum Ölçeğinin Güvenilirliği.....	43
2. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Tamamından Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	44
3. Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Test-Tekrar Test Güvenirlik Katsayısı.....	45
4. Genel Yaşam Doyum Ölçeğinin Güvenirlik Katsayısı.....	46
5. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	48
6. Hastaların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımı.....	49
7. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı.....	50
8. Hastaların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı.....	50
9. Hastaların Tedavi Gördükleri Hastanelere Göre Dağılımı.....	51
10. Hastaların Psoriasis Tanısı Alma Sürelerine Göre Dağılımı.....	51
11. Hastaların Ailelerinde Psoriasis Hastası Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	52
12. Hastaların Uygulanan Tedavi Yöntemlerine Göre Dağılımı.....	52
13. Hastaların Vücutlarındaki Lezyonların Bulunduğu Yerlere Göre Dağılımı.....	53
14. Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğinde Sosyal Yaşantıları İle İlgili Sorunlara Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı.....	54
15. Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğinde Tedavi, İş ve Çalışma Yaşantısına İlişkin Sorunları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı.....	58
16. Hastaların Genel Yaşam Doyumu Ölçeğindeki Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	61
17. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. Ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	63
18. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği toplam Puan Ortalamasının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	64
19. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. Ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	65
20. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	66
21. Hastaların Yaşam doyum Ölçeği 1. Ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Medeni Durumuna Göre Dağılımı.....	67

22. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Medeni Durumuna Göre Dağılımı.....	68
23. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	69
24. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre.....	70
25. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	71
26. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	72
27. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı	73
28. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Sosyal Güvencelerin Göre -Dağılımı	74
29. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Mesleklere Göre Dağılımı	75
30. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Mesleklere Göre Dağılımı.....	76
31. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	77
32. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı.....	78
33. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Yaşadıkları Yerlere Göre Dağılımı.....	79
34. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Yaşadıkları Yerlere Göre Dağılımı.....	80
35. Hastaların Yaşam kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Psoriasis Tanısı Alma Sürelerine Göre Dağılımı.....	81
36. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Psoriasis Tanısı Alma Sürelerine Göre Dağılımı.....	82
37. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Ailesinde Psoriasis Hastasının Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı.....	83

38. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının İle Ailesindeki Psoriasis Hastasının Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı.....	84
39. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Uygulanan Tedavi Yöntemlerine Göre Dağılımı.....	85
40. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Uygulanan Tedavi Yöntemlerine Göre Dağılımı	86
41. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Vücutlarındaki Lezyonların Bulunduğu Yerlere Göre Dağılımı.....	87
42. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Vücutlarındaki Lezyonların Bulunduğu Yerlere Göre Dağılımı.....	88



GRAFİK DİZİNİ

<u>Grafik No</u>	<u>Sayfa No</u>
Grafik 1. Cinsiyet Grupları Arasında Etkileşim.....	64
Grafik 2. Yaş Grupları Arasında Etkileşim.....	66
Grafik 3. Medeni Durumu Gösteren Gruplar Arasında Etkileşim.....	68
Grafik 4. Çocuk Sahibi Olma Grupları Arasında Etkileşim.....	70
Grafik 5. Eğitim Grupları Arasında Etkileşim	72
Grafik 6. Sosyal Güvence Grupları Arasında Etkileşim.....	74
Grafik 7. Meslek Grupları Arasında Etkileşim	76
Grafik 8. Çalışma Grupları Arasında Etkileşim	78
Grafik 9. Yaşadıkları Yerleri Gösteren Gruplar Arasında Etkileşim.....	80
Grafik 10. Psoriasis Tanısı Alma Sürelerini Gösteren Gruplar Arasında Etkileşim	82
Grafik 11. Ailesindeki Yakınlık Derecesini Gösteren Gruplar Arasında Etkileşim.....	84
Grafik 12. Uygulanan Tedavi Yöntem Grupları Arasında Etkileşim	86
Grafik 13. Vücutlarındaki Lezyonların Bulunduğu Yerleri Gösteren Gruplar Arasında Etkileşim	88

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Derinin Tüm Katlarını Gösteren Genel Yapısı.....	4
Şekil 2. Derinin Histolojik Yapısı	4
Şekil 3. Psoriasis'in Görüldüğü Bazı Bölgeler	9
Şekil 4. Yaşam Kalitesi Kavramının Kullanılmaya Başlandığı Disiplinler ve Bu Disiplinlerin Birbiriyle İlişkisi	14
Şekil 5. Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları ve Nitelikleri.....	18
Şekil 6. Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Faktörler	21
Şekil 7. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesine İlişkin Holistik Bir Model	27
Şekil 8. Hemşirelik Süreci ve Yaşam Kalitesi Göstergeleri Arasındaki İlişki Modeli.....	33

BÖLÜM I

GİRİŞ

Kronik hastalıklar zamanla ilerleyen ve patolojik değişiklikleri irreversibl hale gelebilen hastalıklardır. Bu nedenle kronik hastalıklarda hastalığın oluşmasına yol açabilecek ve hastalığı tetikleyen faktörlerin kontrol altına alınması önem taşır (31).

Kronik hastalıklı bireylerin ve ailelerinin uzun süreli bir bakıma gereksinimleri vardır. American Academy of Nursing, uzun süreli bakım hizmetleriyle ilgili olarak şu çözümleri dile getirmiştir: "Uzun süreli bakım, insanların normal işlevlerinin en üst düzeye ulaşmasına, onu korumasına ve yeniden kazanmasına yardımcı olmak için gerekli olan fiziksel, psikolojik, ruhsal ve sosyal (sosyo-ekonomik) hizmetlerin sağlanmasıdır. Bu hizmetler akut ve kronik hastalıklar ve sakatlıkların tedavisi için gerekli olan bakım kadar, yaşam boyu sağlığın korunmasını da kapsamaktadır. Bakımın sağlanması, sağlık eğitimi verilmesi ve sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve rehabilitasyonu hemşirelerin önemli görev alanlarındandır (31).

Kronik bir hastalık olan Psoriasis'li hastaya yapılacak olan birincil yaklaşım, hastalığın oluşumunun önlenmesi, hastalığı tetikleyici faktörlerin kontrol altına alınması ve bireyin toplumdaki işlevlerini sürdürmesini sağlamaktır (31).

Yaşam kalitesi bir bireyin tüm temel gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum bulması, sosyal davranışlarda yeterli olması, kişiler arası ilişkilerde iyi olması, benlik saygısı, önceki bilgi ve tecrübelerini kapsamaktadır (6,17).

Hemşirelikte yaşam kalitesine yönelik uğraş verme; hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan; yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin, gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanır (44).

Kronik bir hastalık olan Psoriasis'in hastaların yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilediği bildirilmektedir (24).

Psoriasis'li hastalarda derinin açıkta kalan bölgelerindeki lezyonların görüntüsü ve sürekli kabuklanıp dökülmesi hasta için sosyal bir sorundur. Özellikle, hastanın dış görünümünü bozan lezyonlar ve bunların verdiği rahatsızlıklar hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve onun toplumdaki kaçmasına neden olmaktadır (47).

Tarih boyunca felsefeciler mutluluğu insan eylemlerinin en yüksek ve nihai motivasyon kaynağı olarak görmüşlerdir. Buna karşın yakın zamanlara kadar psikologlar

mutluluk üzerinde çok fazla durup, mutluluğu ihmal etmişlerdir. 1973 yılında uluslararası psikoloji abstractları mutluluğa bir bölüm ayırmaya başlamış ve 1974 yılında makalelerin çoğunlukla subjektif iyi oluşa ayrılan " Social Indicators research " dergisi yayına girmiştir (57, 60). Bu araştırmada subjektif iyi oluş, yaşam doyumu ile eş anlamlı kullanılmıştır.

Günlük yaşamda oldukça sık kullanılan mutluluk gibi kavramlar, zorunlu olarak tanımlanması güç ve bir anda farklı anlamlara gelen kavramlardır. Bilimsel araştırmalarda ve ölçme çalışmalarında bilimsel yararı olan kavramlar ise, kuramsal çerçeve içerisinde, diğer değişkenlerle ilginç ilişkileri olan ölçülebilen ve gösterilebilen kavramlardır.

Naess ise, yaşam kalitesinin ölçülmesinde doyum ve mutluluğun ayrı ayrı ele alınması ve ölçülmesi gerektiğini, çünkü her iki kavramın da birbirinden farklı olduğunu savunmuştur (44).

Kronik bir hastalığı olan bireyin bozulan dengesini yeniden kurabilmesi sağlığı ile ilgili sorunlarını çözümlenebilmesi için normal bir yetiştikten çok daha fazla desteklenmeye, kabullenilmeye, anlaşılmaya ve anlamlı açıklamalara gereksinimi vardır. Hasta bireye gereksindiği bu yardımın verilebilmesi, onunla kurulacak mesleki ilişkinin niteliğine geniş ölçüde bağlıdır (5).

Yeni sağlık felsefesine göre; hemşireler hastalarının yaşam kalitesini yükseltmede; karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini değerlendirmelidirler. Bu nedenle hemşire yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamalı ve hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesini geliştirici modelleri kurmak için çabalamalı, var olanları benimsemelidir (5,6).

Psoriasis'li hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin saptanması, hastalara yapılacak hemşirelik eğitimi ve girişimlerinde yol gösterici olacak ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlayacaktır.

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Çalışmanın amacı ;

1. Gupta A. Ve Gupta K. tarafında Psoriasis'li hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilen, geçerlik ve güvenilirliği saptanan ölçeğin, Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliğinin yeniden sınanması, kronik bir hastalık olan psoriasis'li hastaların yaşam kalitesini ölçen geçerli ve güvenilir bir ölçeğin Türk literatürüne kazandırılması..
2. Psoriasis'li hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesi ve yaşam kalitesi ile sosyo-demografik değişkenler, hastalık ile ilgili değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

1.2.GENEL BİLGİLER

1.2.1 DERİ İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER.

1.2.1.1 Derinin Anatomisi.

Vücudun dış yüzeyini örten deri erişkinlerde yaklaşık 1.6 m² lik alanı kapsar. Deri embriyolojik gelişmesinde ektodermal kökenlidir. Vücut ağırlığının %16'sını teşkil eder, yaklaşık toplam ağırlığı 3 kg' dır. Kalınlığı ~ 1-2 mm olan deri en kalın olduğu yerlerde, ensede 4mm kadardır. Avuçta ve topukta 3mm' dir .En ince olduğu yerler göz kapakları, kulak çevresi ve penistir. Çocuklarda ince, erişkinlerde kalındır (28,33).

Deri epidermis, dermis ve subkutis olmak üzere 3 tabakadan oluşmaktadır.

Epidermis: Derinin en dış tabakasıdır. Mekanik, kimyasal ve bakteriyel dış etkenlere karşı koruma görevlerini yapar(4).

Vücudun değişik bölgelerine göre kalınlığı değişen bazal tabakadan oluşur ve bu tabaka yenileme potansiyeli olan bir tabakadır. Burada kan damarları yoktur. Bir çok sinir uçları bulunur. Ayak tabanında ve avuç içinde incedir (1,4,8,51).

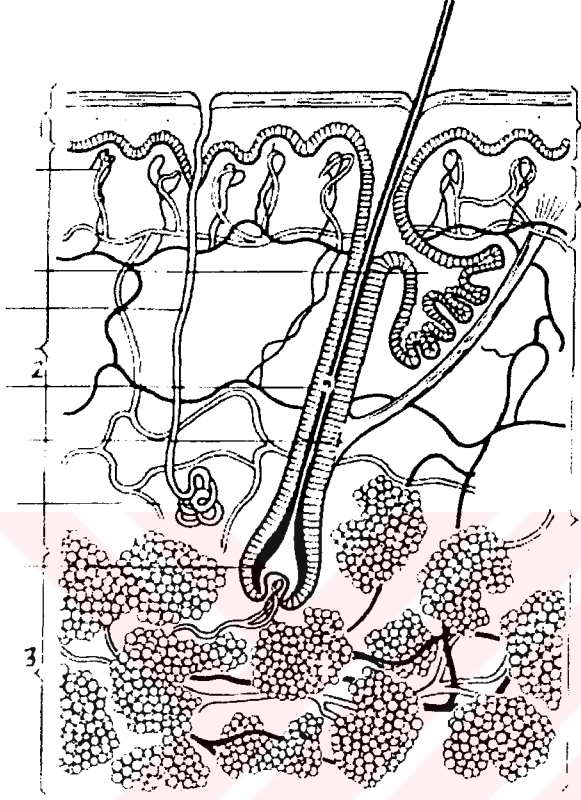
Dermis: Epidermisin altında bulunan tabakadır. Bağ dokusundan zengindir. Kollojen ve elastik liflerden oluşmuştur. Kan ve lenf damarları, sinirler, yağ bezleri ve kıl kökleri buradadır (1,12,33).

Dermis anatomik olarak iki tabakaya ayrılır:

- 1) Stratum papillare: Epidermisin hemen altındadır. Bu tabakada kan damarları ve sinirler bol olarak bulunur.
- 2) Stratum reticulare: Asal dermadır. Kan damarları, sinirler, bezler, kıl follikülleri buradadır (1,4)

Subkutis: (Hipoderma-derialtı dokusu)

Deri ile vücudun yüzeysel fasyaları arasındaki bağlantıyı ve derinin bunlar üzerinde hareketini sağlar. Yağlardan zengin bir tabakadır. Buradaki yağ tabakası ya doğrudan doğruya subcutis'in kendi yapısına aittir, ya da depo yağıdır (4,7,33).

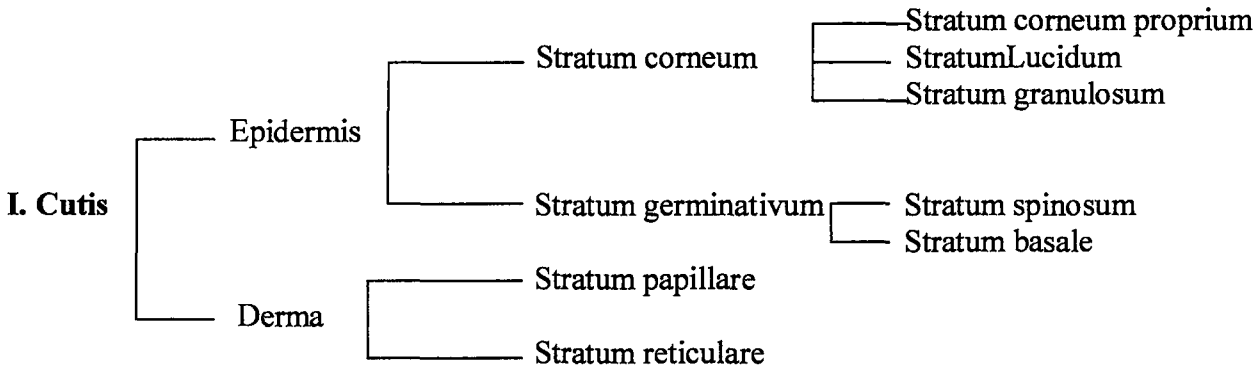


Şekil 1: Derinin tüm katlarını gösteren genel yapısı

1- Epidermis 2-Dermis 3-Subcutis

Kaynak: Yazar Ş., "Sedef Hastalığı (Tedavi Edilir Bir Hastalıktır)" Antalya, 1997.

1.2.1.1.1. DERİNİN HİSTOLOSİK YAPISI



II. Subcutis

Şekil 2: Derinin Histolojik Yapısı Kaynak: Murat A.; " Klinik dermatoloji ve Veneroloji ", Dördüncü Baskı, Mısırlı Matbaası A.Ş, İstanbul, 1982 (28).

1.2.1.1.2 DERİNİN EKLERİ :

1. Ter bezleri (Glandulae Sudoriferae)

Ter bezleri ikiye ayrılır ;

- a) Ekrin ter bezleri; Avuç, taban ve koltuk altında fazla olmak üzere derinin her tarafında bulunurlar.(4). Bezlerin salgısı hücrenin kendinden herhangi bir kaybı olmaksızın hücre kanalına salgı yolu ile olur. Ekrin ter bezleri parasempatiklerin etkisindedirler.Bezlerin derinin yüzünde açılan kısımlarına porus sudoriferus adı verilir (33).
- b) Apokrin ter bezleri ; Puberteden sonra gelişen bu bezler sadece koltuk altı, genito-perineal bölge meme başı ve göbek etrafında bulunurlar (4,33). Salguların özel kokuları mevcut olup hücre plazmasının bir kısmı ile beraber salgılanırlar (Apokrin). Dökücü kanalları kıl follikülünün içine açılır (33).

2. **Yağ Bezleri** (Glandulae sebaceae) Avuç, taban ve dudaklar dışında derinin her tarafında bulunurlar. Kanalları kıl folliküllerine açılır :Her kılın etrafında birkaç tane yağ bezi bulunur (1,4) .

3. **Kıllar (Pili)** : Kıl keratinize hücrelerden yapılmış bir dış kılıf ile keratinize olmayan hücrelerin yaptığı bir medulla kısmından oluşmuştur. Vücuttaki kılların sayısı ve kalitesi yaş, cins ve ırka göre değişir (4,7).

4. **Tırnaklar (Ungues)** : El ve ayakların distal falanksları üzerindeki saydam, konveks keratin oluşumlarıdır. Tırnağın en proksimal bölümünde deri altındaki matriks ve bunun beyaz renkli bir yarım ay şeklinde görebildiğimiz kısmı olan lunula tırnağın büyümesini sağlar. Tırnaklar hem koruma, hem de duyuların parmak uçları ile alınmasında rol oynarlar (4).

1.2.1.2. DERİNİN FİZYOLOJİSİ

Deri çok çeşitli fonksiyonları olan bir organdır. Bunlardan en önemlileri;

1. **Koruyucu fonksiyonu**; Deri, gerek epitel hücrelerinin, gerekse sahip olduğu çeşitli bezlerin sekresyonları yardımıyla vücudu mekanik, kimyasal ve termik zararlardan patojen mikroorganizmaların etkisinden korur (8,15,33).

2.**Bağışıklık Fonksiyonu**; İçerdiği immünolojik hücreler aracılığıyla vücudun bağışıklık sisteminde pay sahibidir(8).

3. **Termoregülasyon fonksiyonu;** Sıcakta vasodilatasyon sonucu fazla terleme ile vücut ısısı sabit tutulduğu gibi soğukta vasokonstrüksiyon ile ısı kaybı önlenir (33).

4. **Sıvı dengesini sağlama;** Deri Sıvı-elektrolit dengesinin ayarlanmasında bariyer görevi görür. Bu nedenle vücut yüzeyinde geniş yanıklarda ve buna bağlı şokta hasta kaybedilebilir. Erişkinlerde günde deri yolu ile atılan sıvının %99'u su ve %1'i tuz, ürik asit, üre, fosforik asit gibi maddelerdir (4,8).

5. **Duyu fonksiyonu;** Deri epidermisteki serbest sinir uçları ile ağrı, Merkez temas hücreleri ile temas, Wagner- Meissner cisimcikleri ile basınç, Ruffini cisimciği ile sıcak ve Krause cisimcikleri ile soğuk hislerini alan bir duyu organıdır. Bunlar dışında deri emosyonel streslerin etkisiyle değişiklik gösteren (burada derideki bezlerin sekresyonu rol oynar) elektriksel bir dirence de sahiptir. Diğer organlara göre daha kolay gözlenebilmesi ve sayısız sistemik hastalığın tanısında ileri derecede pay sahibi olması dolayısıyla deri tıpta özel bir önem taşır (örneğin, kalp hastalıklarında siyanoz, enfeksiyon hastalıklarında sınırlı eritemeler gibi) (28).

Deri bunlardan başka istirahat halinde iken günde 7-9 gr.karbondioksit ve az miktarda da azot ve su buharı çıkarmakla gaz alışverişinde aktif bir rol oynar (33).

1.2.2. PSORIASIS İLE İLGİLİ KURAMSAL BİLGİLER

1.2.2.1. Etiyoloji Ve Patogenez

Psoriasis, keskin sınırlı, eritmeli plak veya papüller üzerinde yerleşmiş parlak, sedefi-beyaz skuamalarla karakterize, kronik bir hastalıktır (55). Çok sık görülen genetik, olarak belirlenen inflamatuvar ve proliferatif bir deri hastalığı olan psoriasis dünyanın her yerinde yaygın olarak görülmekte ve dünya nüfusunun %1-3' ünde rastlanmaktadır (7,15,47).

ABD'de 2-8 milyon civarında psoriasisli hasta vardır. Hastalığın görülüş sıklığı kuzeybatı Avrupa'da %1.5-3, ABD'de %1 , Asya ve Afrika'da daha az olup Türkiye'deki sıklığı bilinmemektedir (7,15).

Hastalık ilk defa 7 yaş civarında ortaya çıkarsa da bazen ileri yaşlarda da başlayabilir (7). Hastalık başlangıç yaşı 16-22 yaş ve 57-60 yaş arasında olmak üzere 2 pik yapar. 10 yaşından küçüklerde % 15, 65-70 yaş arası %10 oranında ve infantil dönemde de daha nadir olarak görülür (15).

Erişkin erkek ve kadınlarda eşit oranda görülmekle birlikte genç kadınlarda erkeklere göre daha sıktır (15,24, 37).

Olgunların %30'unda ailesel bir geçiş vardır. Geçiş çoğunlukla dominant tiptedir (7,15,47). Yakın zamanlarda yapılan çalışmalarda psoriasis'lilerin HLA B13, BW17 ve BW16'yı sık olarak taşıdığı gösterilmiştir. Kalıtımla geçişin doğrudan hastalığın kendisi değil de, bir predispozisyon olduğu ve yaşam süresi içerisinde herhangi bir zamanda tetikleyici etkilerle hastalığın başladığı kabul edilmektedir. (55)

Psoriasis'in patogenezi açıklık kazanmamakla birlikte cyclic nucleotid'ler, prostaglandin'ler ve polyamin'ler de önemli anormal değişiklikler saptanmıştır (7). Epidermal hücrelerin bazal hücre tabakasından epidermin üst tabakasına kadar gitmesi için gereken zaman normalde 26-28 gün olduğu halde psoriasis'te kısalarak 3-4 güne inmiştir (12,15,54). Epidermal geçiş zamanının hızlanma mekanizması halen tartışmalıdır. Bir görüşe göre psoriasis'te epidermis hücreleri büyük oranlarla istirahat fazından, aktif hücre siklusuna geçmektedir. Transit geçiş zamanının 6-9 misli artması normal hücre olgunlaşması ve keratinizasyonun oluşması engel olmaktadır. Bu olay kendini klinikte kepeklenme tarzında, histolojik olarak da ileri derecede epidermiste kalınlaşma, mitotik aktivite de artma ve boynuzsu tabakada immatur nucleuslu hücrelerin görülmesi, ayrıca elektron mikroskopik incelemede de normal keratinizasyon ile beraber granüllerin görülmesi biyokimyasal olarak nukleoproteinlerin sentezi ve degradasyonunda artış şeklinde gösterir(7,8).

Psoriasis seyri uzun olan bir hastalıktır. Bir çok hastada hastalık lokalize kalır. Hastalığın şiddeti çoğunlukla verimli ve mutlu bir hayat ile uygunluk göstermez. Spontan iyileşme çok nadirdir. Fakat seyri esnasında açıklanamayan bir alevlenme veya iyiye gidiş olabilir. Stres ve anksiyete çoğu kez hastalığın şiddetlenmesine sebep olur (7,58).

1.2.2.2. PSORİASİS'TE PRESİPİTAN FAKTÖRLER:

Şu şekilde sıralanabilir (8,15,21).

- a) Travma (fiziksel, kimyasal, elektriksel, cerrahi, infeksiyöz, inflamatuvar hasarlar)
- b) Enfeksiyon (üst solunum yolu: streptokoksik, viral)
- c) Endokrin faktörler (jeneralize püstüler psoriasis'te hamilelik, premenstrüel dönem, yüksek doz östrojen tedavisi)
- d) Ultraviyole (genellikle yararlı olsa da kuvvetli güneş lezyonları alevlendirebilir)
- e) Metabolik faktörler (hipokalsemi)

- f) İlaçlar (lityum tuzları, beta blokerler, antimalaryaller, nonsteroid antienflamatuvarlar)
- g) Stress
- h) Alkol (aşırı alma)

1.2.2.3. BELİRTİ VE BULGULAR

I Subjektif Bulgular (7,12,54).

- a. Lezyonlar çoğu kez semptomsuzdur.
- b. Hastaların %20'sinde kaşıntı olabilir
- c. Hastalık çok yaygın olduğu zaman eksfoliatif dermatit'in bütün belirti ve semptomlarını gösterir (derinin sıcak olması bulguları ile olan termoregulasyonun kaybı, üşüme, titreme, protein katabolizmasında artma ve kardiyovasküler bozukluklar).
- d. Psoriatik artrit'in erken belirtileri olan küçük eklemlerde, özellikle el ve ayak eklemlerinde poliartikuler veya mono artikuler ağrı, hassasiyet ve sabah katılığı olur. Büyük eklemlerde, servikal veya lumbo sakral vertebralarda yaygın ağrı olabilir . Psoriasis'in görüldüğü bazı bölgeler şekil 3'te verilmiştir.

II Objektif Bulgular (7,12,54).

- a. Psoriatik lezyon eritemli keskin sınırlı, üzeri gevşek olarak yapışmış gümüşe benzer kepeklerle kaplı bir plaktır.
- b. Lezyon üzerindeki görülemeyen kepekler, üzeri kazındığı zaman görülebilir hale gelirler.
- c. Aktif psoriasis lezyonları sıklıkla epidermisin travmaya uğrayan bölgelerinde görülür. Sıyrıklar, ameliyat insizyon yeri, güneş yanığı gibi yerler psoriatik lezyonla iyileşebilirler.
- d. Vücutta her yerde lezyonlar olabilir de, sıklıkla lezyonlar dirsekler, dizler, saçlı deri, genital bölge ve lumbo sakral bölgede yerleşirler.
- e. Tırnakta nokta şeklinde çukurcuklar veya subungual (tırnak altında) keratotik materyalin fazla miktarda toplanması tırnak yatağında klinik olarak psoriatik tutulmayı düşündürür. Sarı kahverengi subungual renklenme (oil spot) psoriasis için karakteristiktir.
- f. Akut psoriatik artritte bir veya birkaç eklem eritemli ve şiştir. Distal falanks sosis görünümündedir .



a.



b.

Şekil 3: Psoriasis'in görüldüğü bazı bölgeler (a) baş bölgesi ve kulak çevresi, (b) tüm vücutta yaygın psoriasis.
Kaynak: Yazar Ş. "Sedef Hastalığı (Tedavi Edilir Bir Hastalıktır)" Antalya, 1997.

1.2.2.4. TANI YÖNTEMLERİ

Psoriasis'te belirtilerin ve hastalığın karakterine bakarak tanı koymak kolaydır (15,47). Her psoriasis plağı tırnak ile kazındığında karakteristik, iki belirti gösterir. Plağın üzeri çizildiğinde ince, beyaz toz halinde bir mum lekesi belirtisi ve skuamlar tamamen kalktıktan sonra kazımaya devam ederse nokta halinde kanamalar olur (Signe d'Auspitz) (33,47,55). Vücudun herhangi bir yerindeki bir tipik psoriasis vulgaris belirtisi veya tipik tırnak bulguları, aile öyküsü alınan iyi bir anamnez tanıya yardımcı olur. Klinik olarak karar verilmezse histopatolojik tetkik tanı koydurucudur (55).

Psoriasis saçlı deriye yerleşince şiddetli kepeklenmeler meydana gelir. Kenarların keskin oluşu mantar hastalıklarından ve seboreik dermatit'ten ayrılmasında yardımcı olur (47,55).

Hastalık yavaş ilerleyen kronik seyirli formda da olsa akut ilerleme gösteren formda da olsa kemik harabiyeti yapabilir (58).

1.2.2.5. TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Psoriasis kronik ve alevlenmelerle seyreden bir dermatoz olduğu için tetikleyici faktörlerin önlenmesi gerekir. Bu nedenle hastalığı tedavi ederken kullanılan ilaçların yada yöntemlerin yarar-zarar oranı göz önünde bulundurulmalıdır (25). Bunlar hastaya psikolojik destek sağlama başta olmak üzere varsa enfeksiyon odaklarının kaldırılması, travmalardan, hastalığı alevlendiren ilaçlardan kaçınılması, derinin kuru olmasının önlenmesi gibi girişimlerdir (8,13,15,25).

Lokal Tedaviler

- 1. Keratolitikler** - İlk yapılacak olan işlem skuamların keratolitikler ile yumuşatılarak temizlenmesidir (7, 19)
- 2. Katranlar** - Antimitotik etkisi düşünülen katranlar içerisinde en sık kullanılan maden kömürü katran (goudron de houille)'dir. Katran %2-5 oranında tek başına etkili olduğu gibi UVB ile birlikte daha yararlı olduğu bildirilmiştir (8,15,47).
- 3. Dithranol (antralin)-** Ağaç kabuğu ekstraktı olan chrysarobinin sentetik bir türevi olan dithranol, UVB tedavisi ile birlikte ingram rejiminde kullanılır (12,15,54).
- 4. Kortikosteroidler**-Katran ya da dithranol kullanılamayan yüz, boyun, dirsek ve genital bölgelerde ya da bunların kullanılmasına karşın olumlu cevap alınamayan inatçı olgularda kullanılması önerilmektedir (7,8,12,15,47,54).

5. **İntralezyonel Kortikosteroidler-** Lokalize rezistan plaklara 10mg/ml konsantrasyonda triamcinolone acetonide enjeksiyonları kullanılabilir (8,15).
6. **Topikal veya intralezyonal sitostatik tedavi-** Bunlar arasında nitrojen mustard, thiotepa, 5-fluorouracil lomustine, hydroxyurea ve methotrexate sayılabilir (15).
7. **Fototerapi**
 - a. **UVB(Ultraviolet Ligth)-** Tek başına, minimal eritem dozunda haftada 3 kez uygulandığında psoriasis lezyonlarını temizleyebildiği ispatlanmıştır (8,15).
 - b. **SUP (selektif UVB fototerapisi)** 300-320 (nm) arası DNA hasarı yapan kısa dalgaların SUP, karsinojenite riskinin azaltıldığı bir yöntem olup geniş bant UV ya da PUVA (fotokemoterapi) kadar etkilidir (15).

Sistemik Tedaviler

1. **Kortikosteroidler**
2. **Antimetabolitler (15)**
 - a) Methorexate (MTX)
 - b) Hydroxyurea
 - c) Retinoidler
3. **Fotokemoterapi (PUVA)-** Yaygın ve ağır psoriasis vakalarında belirgin iyileşme sağlar. PUVA (psoralen+ ultraviole A) tedavisi ile psoriasis lezyonları 4-8 hafta içinde 10-20 seansta tamamen kaybolur (7,8,12,47).
4. **Cyclosporin A(CyA),** Bir fungusdan derive edilmiş, anilen fositik etkisi olan kuvvetli bir immunsupresiftir. Psoriasis'te T hücrelerini inhibe ettiği için etkilidir.

1.2.2.6. PSORİASİS'Lİ HASTALARIN PSİKO-SOSYAL SORUNLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Bütün mesleklerin amacı; doğrudan veya dolaylı olarak insana hizmettir. Her meslek bir biçimde, insanın rahatını, sağlığını, mutluluk ve güvenliğini sağlamayı hedeflemektedir.

Hemşirelik, hasta veya sağlıklı bireylere kurduğu kişiler arası ilişki aracılığıyla insana doğrudan hizmet veren mesleklerdendir (41). Hemşireliğin temel amacı; sağlığın sürdürülmesi ve hastalık halinde gerekli bakımın verilmesidir(11,16).

Kronik hastalıklar zamanla geliştikleri için ve patolojik değişkenler irreversibl hale gelebileceğinden, amaç hastalığın oluşmasına yol açabilecek risk faktörlerinin mümkün olduğu kadar erken tespit edilmesidir (31).

Kronik hastalıklı birey ve ailelerin uzun süreli bir ilgiye ihtiyaçları vardır ve bu amaçla; kronik hastalığı olan kişilerin bakımını yerine getirecek yetkili kişiler yetiştirilmelidir.

Kronik bir hastalık olan psoriasis'li hastaya bakım veren hemşire hastanın duygu ve düşüncelerine saygı göstermeli, hastanın kendisine olan güvenin arttırılmasında yardımcı olmalıdır.

Psoriasis'li hastalar için öncelikle bir bakım planı geliştirilmelidir. Ayrıca, ihtiyaçların ve olanakların ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi gerekir. Bu değerlendirmede kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik durumu göz önünde bulundurulmalıdır (29,31).

Hemşire, psoriasis tanısı almış olan hastaların ve hasta yakınlarının hastalık ve tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirilmelerinde ve eğitimlerinde önemli rol oynar. Hemşire hastaların normal, aktif yaşantılarını sürdürmeleri konusunda yol gösterici olmalıdır (35,45).

Hastanın dinlenme ve sosyal faaliyetlerinin uygun bir şekilde planlanması, fiziksel gücün korunmasına ve hastanın gününü daha rahat geçirmesine yardımcı olur (29). Yine de aktif alevlenmelerde hasta yatak istirahatine alınmalıdır. Psoriasis'li hastalara bakım veren hemşire hastalığın bulaşıcı olmadığı, psoriasis'i tetikleyen faktörler ve kaçınılması gerekenler konusunda hasta ve yakınlarını bilgilendirmeli ve psikolojik destek sağlamalıdır (24,29,31).

Hastanın düşünce ve kararlarına saygı göstermek, hastanın kendi iyileştirme azminin yükseltilmesinde birincil derecede önemli bir etkidir. Kişinin fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması da önemlidir. Bu kişinin bir an önce iyileşmesine ve rahata kavuşmasına duyulan arzu ve ilginin göstergesidir (31).

Psoriasis'li hastalarda derinin açıkta kalan bölgelerindeki lezyonların görüntüsü ve sürekli kabuklanıp dökülmesi hastalar için sosyal bir sorundur. Özellikle, hastanın dış görünümünü bozan lezyonlar ve bunların verdiği rahatsızlıklar hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (47).

Hemşirelikte yaşam kalitesine yönelik uğraş verme; hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan; yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin, gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanır (44).

Bu kapsamda, psoriasis'i olumsuz yönde etkileyen faktörler kontrol altına alınarak hastaların yaşam kaliteleri yükseltilebilir. Örneğin, yeterli ve dengeli beslenmenin

sağlanması, sürdürülmesi için egzersizler planlanabilir. Stresin en aza indirilmesi, deri bütünlüğü bozulmuş olan hastanın sekonder enfeksiyonlardan korunması sağlanmalıdır(12,29).

Bütün bu sorunların çözülmesiyle ve gerekli hemşirelik bakım planı uygulanarak hastaların var olan yakınmalarına çözüm getirilebilir ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörlerin de ortada kaldırılmasıyla psoriasis'li hastaların yaşam kalitesi yükseltilebilir.

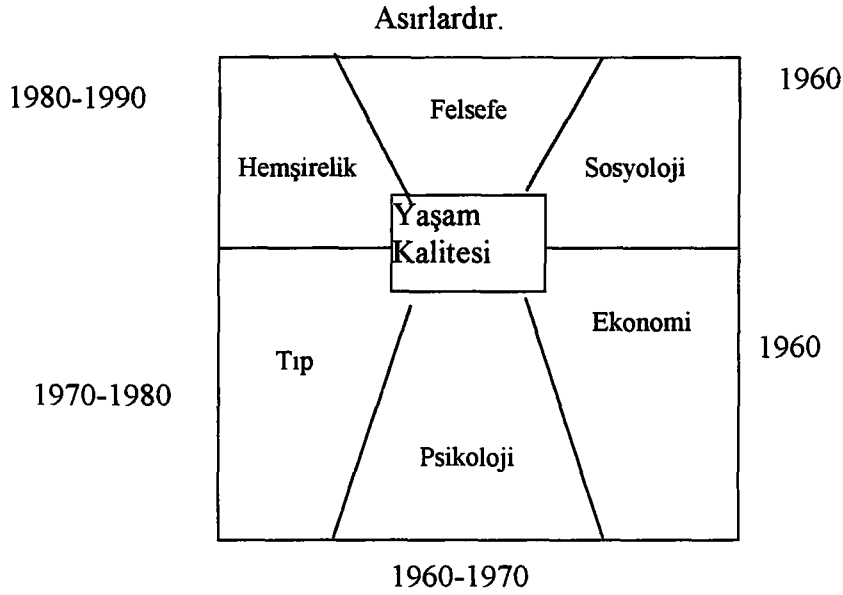
1.2.3.YAŞAM KALİTESİ VE TANIMLANMASI

1.2.3.1. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi Ve Tanımları

Son yıllarda, özellikle gelişmiş toplumlardaki bilim ve yönetim çevrelerinin, üzerinde yoğunlaştıkları alan olarak, yaşam kalitesi kavramıyla sıkça karşılaşmaktayız. Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişme içerisinde olması ve çok yönlü özellik taşıması tanımlanmasını güçleştirmektedir (1,15,24)

Günlük yaşamdaki gözlemlerimiz, yaşam kalitesinin çeşitli boyutlarda değişiklik gösterdiğini, bir başka deyişle yaşamın kişilere, ortamlara, toplumlara ve dönemlere göre farklılaştığını, daha az ya da daha çok kaliteli olduğunu ortaya koymaktadır (1,5).

Yaşam kalitesi kavramının içeriği, hemşirelik uygulamaları ile güçlü ilişkiler içindedir, ancak, kalite kavramı hemşirelik dışındaki diğer disiplinlerde de yaygın olarak kullanılmaktadır (44). Şekil 4: Çeşitli yıllar arasında yaşam kalitesi kavramının kabul gördüğü ve kullanılmaya başlandığı disiplinler ve bu disiplinlerin birbiriyle ilişkisini göstermektedir.



Şekil 4: Yaşam Kalitesi Kavramının Kullanılmaya Başladığı Disiplinler Ve Bu Disiplinlerin Birbirleriyle İlişkisi (Hanestad, B. R.; “ Quality Of Life And Insulin Dependent Diabets Mellitus, Doctor Dissertation, P:19, Bergen, 1992) Kaynak: Pınar, R.; “ Diyabetes Mellitus’lu Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik A.B.D, İstanbul, 1995, SS:14-15 (44).

“Kaliteli yaşamın ne olduğu yıllarca filozofların temel tartışma konusu olmuştur. Polonyalı filozof Tatarkiewicz; tarih boyunca mutluluk kavramına farklı bakış açılarını incelemiş ve mutluluk kavramının, günümüzden 2000 yıl önce yaygınlaşmaya başladığını görmüştür. İlk zamanlarda mutluluk, yalnızca başarı anlamında kullanılmış, daha sonraları antik ve orta çağda kavram insanın mükemmel durumu ya da en yüksek seviyede erdem ve güzelliklere sahip olması olarak tanımlanmıştır. Modern çağda ise doyum için mutluluğun yeterli olmadığı üzerinde durulmuştur. Tatarkiewicz, kavrama ilişkin daha önceki düşünceleri dışlamaksızın, mutluluğun, doyumun bir çeşidi olduğunu belirtmiştir. O’ nun mutluluk tanımı, günümüzde geçerli olan yaşam kalitesi kavramının tanımını da içerir (44)

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “ sosyal çevrenin bireylerde yansıyan tepkisi “ şeklinde tanımlanmıştır. Burada temel olarak savunulan, “iyi bir sosyal çevre bireysel kalite algılarının da iyi olması sonucunu doğurur ” fikridir (6,10,61).

Yaşam kalitesi kavramı, 1960'lı yıllarda ABD' de politik tartışmalardan kaynağını alan ve o yıllardan sonrada kullanımı yaygınlaşmaya başlayan oldukça yeni bir kavramdır. 1960'lı yıllarda ABD'de yaşam kalitesinin düzeltilmesi hükümet için birinci hedef olarak kabul edilmiş ve öncelikle daha iyi bir yaşam kalitesi için daha fazla esenlik sağlayacak materyaller olduğuna inanılan gelir/kazanç, eğitim, sağlık ve barınmayı içeren objektif yaşam doyumlarının iyileştirilmesi yönünde çalışmalar yapılmıştır (44).

Tarihsel perspektifle baktığımızda; yaşam kalitesi kavramının öncelikle ekonomi bilimlerinde; esenlik, yaşam düzeyi ve ekonomik kalkınmayı kişi başı ölçütleriyle ölçen yaklaşımın, daha gelişmiş bir anlayışını yansıttığını görüyoruz. Ekonomistler, esneklik kavramı üzerinde durmuşlar, ulusal üretim gibi göstergeler, gelir ve satın alma gücünü kullanmışlardır. Onların yaklaşımı, yaşam kalitesinin, yaşam düzeyi kavramına çok yakın bir anlamda ele alındığını düşündürmektedir (11,44).

Sosyologlar, ekonomistlerin üzerinde durdukları ulusal üretim, gelir, satın alma gücü gibi göstergelerin yaşam kalitesi kavramını değerlendirmede yeterli olmayacağını ve çalışma, barınma ve sosyal durumun da ele alınması gerektiğini savunmuşlardır (44).

Psikologlar, sosyal durumun iyi olmasının, daha iyi subjektif esenlik ile mutlaka paralellik göstermeyeceğini, subjektif esenliğin; objektif çalışma ve barınma durumlarının ötesinde, çalışma ve barınmadan doyum bulup bulmama ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (22,44) .

Sosyal bilimlerde yaşam kalitesi kavramının yaygın kullanımı, tıp ve hemşirelik bilimlerini de etkilemiş ve nihayet çeşitli hastalık durumlarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, farklı klinik yaklaşımların etkinliğinin değerlendirilmesi ve hastaya uygun tedavi kararlarının verilmesi gibi çeşitli konularda araştırmaya yöneltmiştir.

Tıp bilimlerinde, bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi çalışmaları üç amaca yönelik olarak yapılmaktadır. Bunlar;

- Sınırlı medical kaynakların dağılımı
- Klinik karar vermenin kolaylaştırılması
- Bağımsız karar vermesi yönünde hastalara yardım edilmesidir (44).

Andrews ve Withey (1974); yaşam kalitesi kavramını bireylerin doyum ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi olarak tanımlanmıştır (6,10,61) Bateson, insanların kişisel ilişkileri çerçevesinde olayları ve nesnelere sevgi , ait olma, nefret, saygı, sorumluluk, bağlılık, güven vb. duygularla değerlendirdiklerini ve

bu değerlendirmelerin yaşam kalitesi kavramını gösterdiğini ileri sürmektedir (6,10).

Webster kaliteyi “ mükemmellik derecesi, mizata üstünlük ” olarak tanımlar ve özellik, nitelik, karakter kelimelerinin eşanlamlı olduğunu ifade eder (44).

Maeland yaşam kalitesini dört başlıkta ele almıştır:

- Mutluluk olarak; emosyonel durumları içeren bireysel deneyimlerin hissi bölümünün ifade edilmesi,
- Doyum olarak; akılsal ve entellektüel durumları içeren bireysel deneyimlerin algısal (bilişsel) bölümünün ifade edilmesi,
- Doyum gereksinimi olarak; bireyin iyi bir yaşam deneyimlemeden önce doyurulması gereken farklı gereksinimlerin ifade edilmesi
- Büyüme ve gelişmeyi güçlendiren kendini gerçekleştirme (44).

Yaşam kalitesini mutluluk, doyum ve uyum olarak tanımlayan bir çok araştırmacı vardır (rneğin, Murell ve Morris, 1983; Zautra et al, 1977; Zautra ve Simson, 1983) Mayers ve Lindenthal ; yaşam kalitesinin kişilerin fiziksel ve psikolojik sağlıkları; Gurin ve Veroff gibi araştırmacılar ise, büyüme ve sosyal değişimle ilgili olduğunu söylemektedirler. (6,10,44,61).

Burkhard (1985) ise yaşam kalitesini kendine saygı, iyi kilişerarası ilişki kurabilme, sosyal katılım, kişisel aktivitelere bulunma bireysel gelişme, uygulama ve eğlence olarak tanımlamıştır (46).

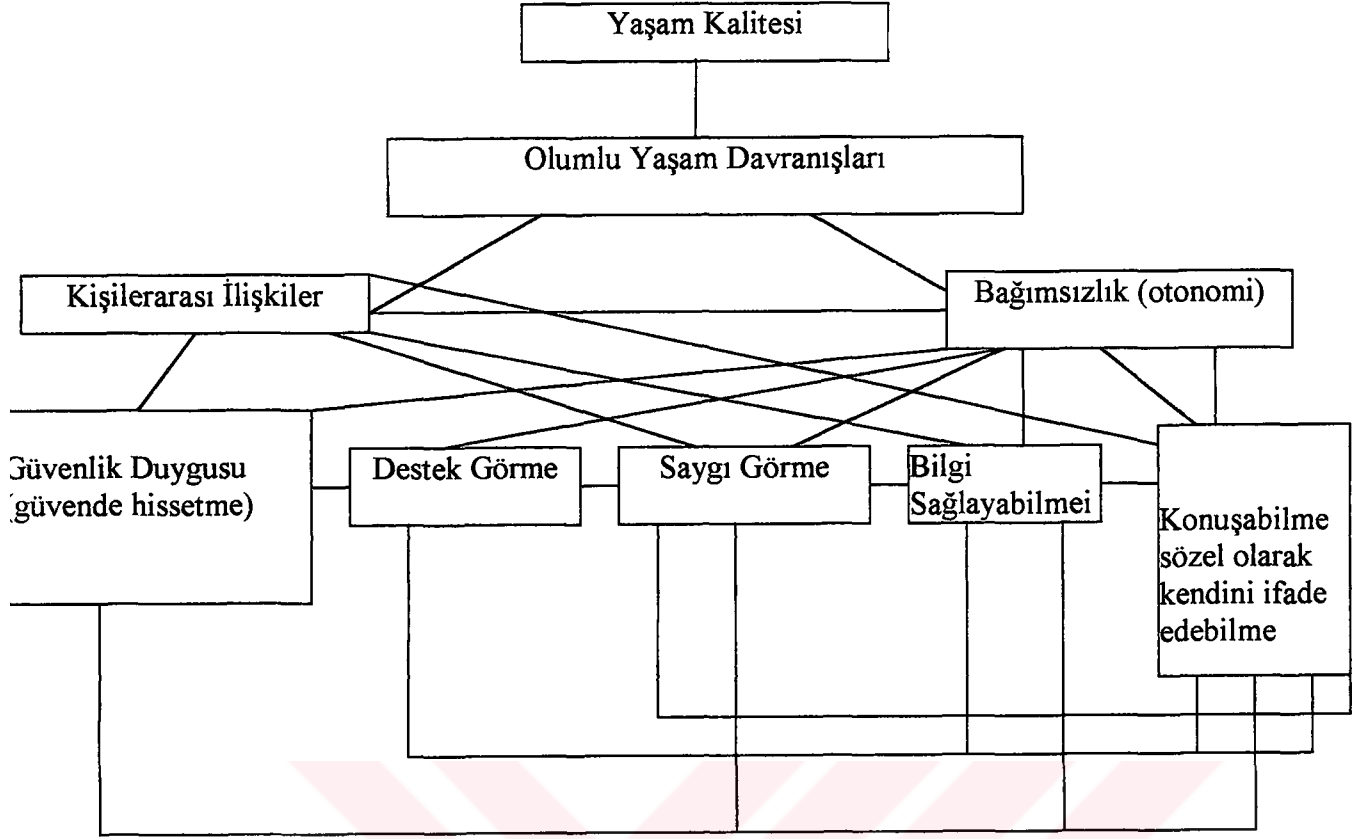
Skin ve Jonhson (1978) yaşam kalitesi kavramının “bireylerin gereksinimlerinden doyum bulmasında gerekli kaynaklara sahip olma, istek ve arzular kendini geliştirmesinde gerekli kaynakların uygun olması, kendisi ve diğer bireyler arasında memnun olmanın karşılaştırılması olup tüm bunların daha önceki bilgi ve tecrübelere bağlı olduğunu“ ileri sürmüştür (6,13).

Edlund, yaşam kalitesinin genellenemeyeceğini farklı anlamları olduğunu belirtmiş ve bunu beş başlıkta ele almıştır. (44)

- Bireysel amaçların tatmin edilmesi anlamında yaşam kalitesi: Bu görüşün kaynağı eski Yunanlılardan, ağdaş yorumu ise Maslow tarafından yapılmış, tarihte belli dönemlerde, “ ben kavramı ” , “ narsizm kültürü ” , “ emperyalist kişilik ” , “kişinin kendini tatmini ” gibi farklı kişilerle ifade edilmiştir. Burada “ olabildiğinin en iyisi ol ” düşüncesi ile yaşam kalitesi kavramı kendini yüceltmek, tatmin etmek anlamında ele alınmıştır.

- Normal bir yaşam sürdürebilmek anlamında yaşam kalitesi: Genelde yaşam kalitesi kavramının normal bir yaşam ile eşanlamlı olduğunu düşünülse de her ikisi de farklı anlamdadır ve yaşam kalitesi kavramı toplumdaki bireylerin sayısı kadar çeşitli- farklılık gösterir. İdeolojik anlamda normalliği, yaşam kalitesi bağlamında en çok kullanan kuşkusuz politik alandır.
- Bireyin toplumdaki yeri anlamında yaşam kalitesi: Yaşam kalitesi kavramı bireyin toplumdaki yeri anlamında da kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi bağlamında, toplumda iyi konumda olmak bir çok potansiyel anlam içerir. Bazı araştırmacılara göre; toplumda iyi konumda olmak ve yaşam kalitesiyle eşdeğer tutulan bireysel yararlılık, bireyden bireye farklılık gösterir.
- Mantıklı insan anlamında yaşam kalitesi: Yasal olarak mantıklı insan; karar verme anında objektif olarak gerçeği duyumsayan kişidir. Sağlık alanında mantıklı insan görüşü, farklı açılardan ele alınmakta, bir çok sağlık profesyoneli, objektiviteyi gözönüne almaksızın, kendi politik ve sosyal görüşlerini ifade eden tarafın düşüncelerini savunmaktadır. Yani bireylerden objektif, adil ve mantıklı insan gibi davranmaları beklenmekte, ancak sağlık profesyonelleri mantıklı insan kendi düşüncelerine uyan kişi olarak algılanmaktadır.
- Bireysel görüş olarak yaşam kalitesi kavramı: Yaşam kalitesi kavramının bireysel görüşünde subjektivite hakimdir. Burada yaşam kalitesi her bireyin tanımladığı bir olgudur.

Berterö, yaşam kalitesini sosyolojik açıdan tanımlamış ve bu tanımı bağımsızlık (otonomi), sevme (sevgi) ve esenlik olmak üzere üç kavram üzerine temellendirmiştir. Berterö, yaşam kalitesi kavramını, olumlu yaşam davranışları olarak geniş bir boyutta ele almaktadır. Şekil (5). Yaşam kalitesi kavramının boyutları (içeriği) ve niteliklerini göstermektedir (9,44).



Şekil 5: Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları (İçeriği) Ve Nitelikleri (Berterö, C. : *Qualiti Of Life Of Adults With Acute Leukaemia, Journal Of Advaced Nursing, 1993, Vol: 9, 1993;1348*).

Şekil 5' te görüldüğü gibi, olumlu yaşam davranışlarının iki alt boyutu kişilerarası ilişkiler ve bağımsızlıktır. Kişilerarası ilişkiler ve bağımsızlık boyutları altında birbirleriyle etkileşen güvenlik, destek görme, saygı görme, bilgi ve konuşabilme boyutları bulunmaktadır (9).

Olumlu yaşam davranışları; sevme kelimesi içeriğinde, yaşamı sevme, yaşama umuduna sahip olma, şu andaki yaşamına ve yaşamının her dakikasına değer verme, beş duyunun tümü ile çevreyi duyumsayabilme, bedenini kullanabilme, kendini enerjik hissedebilme, bağımsız hissetme, insancıl duygularla donanarak kendini güçlü hissedebilme, kısaca yaşama sevinciyle dolu olabilme yeteneğidir. Olumlu yaşam davranışlarının iki temel niteliği kişilerarası ilişkiler ve bağımsızlıktır (9,44).

1. Kişilerarası ilişkiler

Kişilerarası ilişkiler, çeşitli seviyelerdeki kişilerarası etkileşimi ifade eder. 1.aşama; karı-koca, erkek-kız arkadaş ya da çocuklar-anne/baba tarafından temeli oluşturulan sevgi-sevmedir. 2.aşama; arkadaşlar, iş arkadaşları ve akrabalar arasında kurulan arkadaşlıklardır. 3. aşama; hemşire ve sağlam/hasta birey arasındaki ilişkidir. Uygun kişilerarası etkileşim, arkadaşlara sahip olmayı gerektirir. Arkadaş; her şeyin üstünde, duyguları paylaşabilen, kabul edebilen, destek verebilen ve yardım edebilen kişidir.

Örneğin; birey

- Bana ihtiyacı olan ve benimde onlara ihtiyaç duyduğum bir ailem var.
- Barda oturmak ve sohbet etmek için iyi bir arkadaş
- Hemşirenin yardımıylacümlelerini kullanabilir ve bunların tümü kişilerarası ilişkilerin farklı seviyelerini ifade eder .

Kişilerarası ilişkilere bakış açısı farklıdır. İlişkilerin tüm şekilde, etkileşimde bulunan kişiler tarafından destekleneceğini bilme ve kendini güvende hissetme son derece önemlidir ve bu duygular kendini güçlü hissetme ve yaşamını sürdürmek için çaba göstermenin kaynağıdır. Olumlu kişilerarası ilişkiler kişinin yaşamına değer katar.

2. Bağımsızlık

Bağımsızlık (otonomi) bireyin kendi kararlarını kendisinin verebilmesi anlamına gelir. Bağımsızlık bireye özeldir ve güçlü olma (güçlü hissetme) güvenilir bilgi sağlama, çevresel olaylara duyarlı olma, kendi kendini kontrol edebilme yeteneğine sahip olma, insanı değerlere sahip olma ve açık görüşlü olmayı gerektirir.

Örneğin; bir hasta “ yaşamım boyunca kendime yetebilen bir insandım, ancak hastanede olmak çok güç. Kemoterapi sırasında kendimi çok güçsüz hissediyorum. İlacımı hemşire vermek isteğimde kabul etmiyorum. Kabul ettiğimde, bireysel kontrolümü kaybedeceğimi hissediyorum ” ifadesi ile bağımsızlığını kaybetme korkusu dile getirebilir.

Bir başka hasta, “ hastanede özel bir odada yatıyorum, oda çok güzel ve uygun, ancak bana hiç sorulmadan ve kapım çalınmadan içeri girilmesinden rahatsız oluyorum” ifadesi ile yine bağımsızlığını kaybetme korkusunu dile getirebilir.

Yaşam kalitesinin ilişkiler ve bağımsızlık boyutları altında birbirleriyle etkileşen güvenlik, destek görme, saygı görme, bilgi ve konuşabilme alt boyutları vardır.

Güvenlik (güvende hissetme): Birey diğer insanlarla iyi ilişkiler içinde olduğunda kendini güvende hisseder. Bu ilişkiler, birey için destek ve saygı görme üzerine temellenmiş olmalıdır. Güven hissi (bireyin kendini güvende hissetmesi); bireyin diğer insanlarla konuşabilmesi ve onları dinleyebilmesi gerçeğine dayanır. Güvenlikte diğer önemli nokta da, bireyin güvenilir bilgiler elde etmesidir ki bu, kendi durumu hakkında sağlıklı karara varmasını etkiler.

Destek görme: Önemli bir nitelik olan destek, kişilerarası ilişkilerde oldukça fazla rol oynar. Bireyin kendini güvende hissetmesi ve başkaları ile konuşabilmesi destek için temeldir, bu desteği hissetmekte, bakıma gereksinimi olan birey için çok önemlidir. Örneğin; bir hastanın “ hemşireler bakımını yapıyor, ben hastanedeyken çocuklarıma annem bakıyor ” demesi destek gördüğünün ifadesidir.

Saygı görme: Saygı, yaşam kalitesinin tüm boyutlarıdır. Saygı, insani değerleri yitirmeden, bireyi olduğu gibi kabul ederek ona değer vermedir. Saygı, hastalık, ölüm ve çevresindeki her şeyin bilincinde olarak, bireyin kendi yaşamının sorumluluğunu yüklenbilmesinin önemini ifade eder. Burada bilgi ve konuşabilmenin büyük önemi vardır.

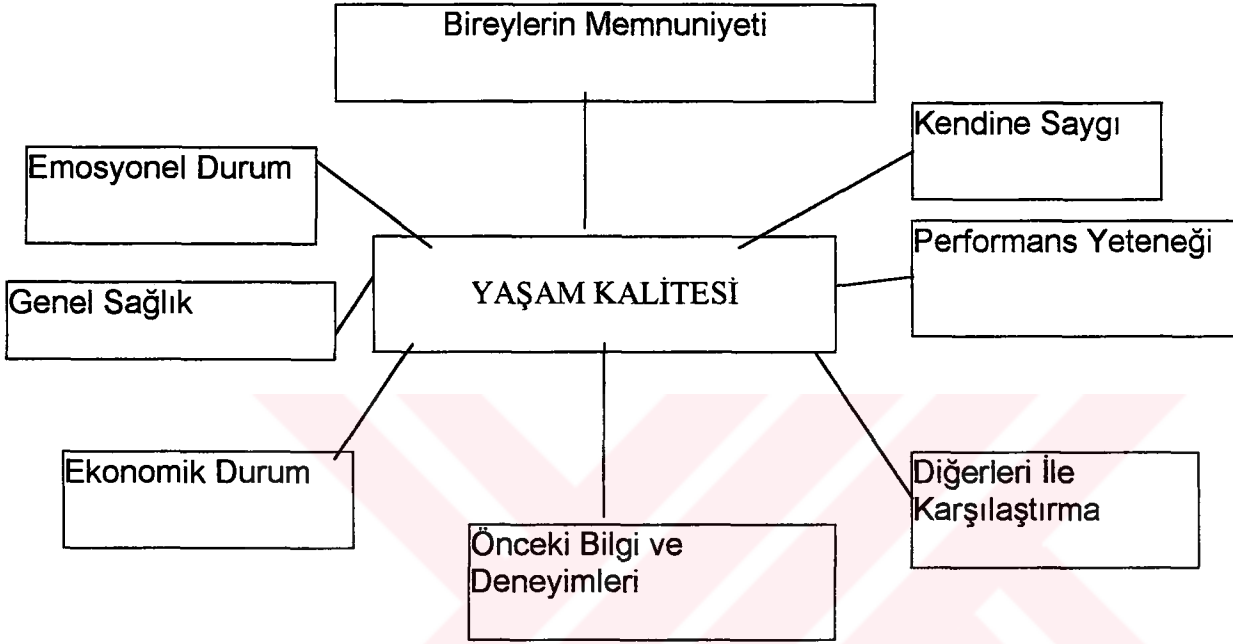
Konuşabilme (sözel olarak kendini ifade edebilme): Konuşabilme, yaşam kalitesinin son boyutudur. Konuşabilme, dikkatli bir şekilde, cesurca ve sabırla dinlemeyi de içerir. Hemşire-sağlam/ hasta birey, hemşire/ hasta yakınları, karı koca arasında etkili konuşabilme karşılıklı saygı ile başlar. (9,44)

Haes ve Knippenberg bir makalelerinde, yaşam kalitesi kavramına ilişkin olarak, farklı literatürde yapılan beş tanımı açıklamıştır. Bu tanımlar:

- Hastaların kendi yaşamlarının yönetme yetenekleri,
- Fiziksel, psikolojik, sosyal, işlevsel, maddi ve yapısal alanlardaki gereksinimlerini doyurma derecesi,
- Aile ya da sosyal çevresi tarafından, birey adına gösterilen çabalar ve bireyin doğal yetenek fonksiyonu,
- Bireyin yaşamından doyum bulmasının bütünüyle değerlendirilmesi,
- Fiziksel ve emosyonel faktörlerin bir arada bulunmasıdır. (44)

Patterson (1975) yaşam kalitesinin her yönünü değerlendirmede gerekli olduğu var sayılan karakteristikleri saptamak yolu ile farklı bir yaklaşım getirmiştir. Bu karakteristikler genel sağlık, performans durumu, genel rahatlık, ekonomik ve sağlık durumunu içermektedir. (6,13)

Bazı görüşlerin birleştirilmesi ile elde edilen yaşam kalitesi şeması Şekil 6'da gösterilmiştir.



Şekil 6: Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Faktörler (Akyol, A., "Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1992, ss:34)

Maslow, doyum verici bir yaşam kalitesi için şu gereksinimlerin karşılanmasını önerir:

- Biyolojik gereksinimler,
- Yakın ilişkilere olan gereksinimler,
- Anlamlı bir işe (mesleğe) olan gereksinim,
- Değişiklik gereksinimi (44)

Yaşam kalitesine psikolojik açıdan daha geniş perspektifle bakan Naess, bireysel gerçeğin önemini vurgular ve yaşam kalitesini, bireyin aktifliği, başkalarıyla iyi ilişkiler içinde olması, benlik saygısı ve temel olarak hissettiği mutluluğu ve tüm bunların derecesi olarak tanımlar. Özetle Naess, "yaşam kalitesi bireyin kendini iyi hissetmesidir" der.

Sullivan ise, yaşam kalitesi ile ilgili klinik araştırmalarda, sağlığın temel boyutlarını listelemiştir. Bu boyutlar:

- Fiziksel yakınmalar/ fiziksel esenlik,
- Psikolojik zorlanmalar (distres/ psikolojik esenlik),
- Fonksiyonel durum,
- Rol fonksiyonu,
- Sosyal fonksiyon/ sosyal esenlik,
- Sağlık/ yaşam kalitesine bakış ağısıdır

Bergner, yaşam kalitesinin şu alanlarını göstermiştir:

- Semptomlar,
- Fonksiyonel durum: öz-bakım, hareket ve fiziksel aktivite,
- Rol fonksiyonu: iş ve ev idaresi,
- Sosyal fonksiyon: bireysel etkileşimler, yakın ve toplumsal etkileşimler,
- Algılayabilme,
- Uyku ve dinlenme
- Enerji ve canlılık (zindelik)
- Genel olarak yaşam doyumunu

Sonuç olarak yaşam kalitesi objektif durumların ötesinde, bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumunu ve mutluluk durumu ile ilişkilidir. Bir başka deyişle yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur. Kaliteli yaşam için neyin gerekli olduğunu saptamaya yönelik yapılan birçok çalışmada, bireylerin objektif yaşam durumları uygun olmasa da yaşamlarından doyum bulabildikleri saptanarak bu görüş desteklenmiştir. (44)

1.2.3.2 YAşAM KALİTESİNİN SUBJEKTİF VE OBJEKTİF GÖSTERGELERİ

Kavram ağıklığını araştırmak üzere, gösterge ya da belirleyici teriminin tanımını vermek yerinde bir saptama olacaktır. Bauer'e göre(1966);'' nerede olduğumuzu,değerlerimizin,amaçlarımızın nereye vardığını,onları etkileyen özgöl programların katkılarını değerlendiren her türlü istatistik, istatistiksel seriler ve tüm diğer biçimler birer göstergedir''. Tcward a Social Report (Amerikan Sağlık,Eğitim ve Refah Bölümü-USHDEW,1960) da bir sosyal gösterge şöyle tanımlanır:''toplumun temel bir görünüşünün koşulları hakkında özlü,anlaşılır,değerli yargıları kolaylaştıran doğrudan

normatif ilginin istatistiğidir; tüm olaylarda refahın doğrudan ölçümüdür. Eğer doğru yönde gelişirse, her şey daha iyi olur veya insanlar daha iyileşirler”(61).

Yaşam kalitesi, subjektif bir olgudur, gözlenemez, bu nedenle de en yakın göstergelerle ölçülebilir. Bu göstergeler;

- * Gözlenen veriler,
- * Kan tetkikleri gibi fizyolojik göstergeler,
- * Alkol alışkanlığı, suisid oranı gibi davranışsal göstergeler ve
- * Bireysel raporlardır.

Bu göstergelerin kullanımını sınırlayan bazı etmenler vardır. Yaşam kalitesini ifade eden, duygu ve düşünceler gibi subjektif olgular, başkaları tarafından gözlenemeyen olgulardır. Bu nedenle de sağlık profesyonelleri ve hastalar tarafından yapılan değerlendirmeler birbirinden çok farklıdır, benzer yönleri çok azdır. Pearlman , emosyonel sağlık ve doyumunu değerlendirmiş, beklenen ve alınan yanıtların birbirinden çok farklı olduğunu görmüştür(44).

Sağlık hizmetlerinin geleneksel modellerinde amaç hastalığın tedavisi ve acı çekmenin sonlandırılması iken dünümüzde bu amaç sağlığın sürdürülmesi ve artırılmasına yardımcı olacak yaşam biçiminin ve bireysel felsefenin yaratılmasına dönüşmüştür. Bu durum bireysel bütünlüğün sağlanması ve sağlık çalışanlarının hastalarının yaşam kalitelerini yükseltmekle ilgili tüm gelişmeleri kapsamaktadır(27).

Yaşam kalitesi birey üzerinde etkili olan tüm durum ve faktörleri kapsamaktadır. Duruma bağlı olarak, yaşam kalitesi sağlık durumu, emniyet, yetersizlik, anksiyete, depresyon, ilaçlara bağımlılık, intellektüel fonksiyon, seksüel fonksiyon, semptomların hafiflemesi, günlük yaşam aktiviteleri (GYA), bireyin yaşamdan doyum bulması ve sosyal destek gibi bir veya birden fazla belirti(gösterge) içermekle birlikte sınırlı değildir (6,27,50).

Kronik hastalıklar kapsamında ele alınan pek çok faktör vardır. Bu faktörler; fonksiyonel durum veya GYA yapmada güçlük, bilişsel yetenekler, konforun ortadan kalkması, uyum yeteneği, sosyal çevre ve kendi iradesini kullanabilme ile ilgili konuları içermektedir. Bu nedenle bu faktörler yaşam kalitesi indeksi için değerli göstergelerdir. Bu yaşam kalitesi göstergelerini hasta kendisi belirttiği için subjektiftir (50).

Evans ve arkadaşları yaşam kalitesini objektif ve subjektif göstergeler olarak iki bölümde incelenmesini önermişler (6,18).

Tüm bireyler temel fiziksel gereksinimlere sahiptir ve bu fiziksel gereksinimler her insan için aynıdır. Virginia Henderson, insanların temel gereksinimlerinin birbirinin aynı olduğuna, ancak birbirinin aynı iki insan var olmadığına inanır. Bu nedenle de hemşirenin hastanın gereksinimlerini ‘‘O’’ hastaya özgü olarak değerlendirilmesi gerekir (6).

Yeme-içme, hareket, solunum, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, çalışma, cinselliği ifade etme, uyku alışkanlığı gibi gereksinimler insan hayatının devamı ve sağlıklı olması için gerekli olan temel gereksinimlerdir. Birey bu temel gereksinimlere ulaşamadığı zaman, bu bölümlerden biri veya bir kaçısı sağlıksız hale gelir, bireyin iyilik halinin bozulmasına neden olur(6,16,43).

Kronik hastalığı olan bireylerde fiziksel gereksinimlerin karşılanması son derece önemlidir. Günlük yaşam aktivitelerinin bozulması ve fiziki aktivitenin sınırlanması bu hastalarda en rahatsız edici durumdur(6,31,43). Her kronik hastalığı olan kişi veya aile, kendilerine olan güven ve saygının, aile içi statünün ve bağımsızlığın yitirilmesi, kabul edilmeme ve ümitsizlik gibi duygularla büyük kişisel ve duygusal kayıplara uğramaktadır. Tüm bu temel insan gereksinimleri yaşam kalitesini etkilemektedir(31).

Yaşam kalitesinin göstergesi olan fizyolojik semptomlar, subjektif deneyimler ile ilişkisinin olmama olasılığına bağlı iyi belirleyici değildir. Örneğin, baş ağrısı gibi semptomlar diyete, iş stresine ya da kronik bir yorgunluğa bağlı somatik olarak ortaya çıkabilir. Birey bu şekilde mevcut duruma uyum sağlayabilir ve bu semptom yaşamının kalitesini etkilemeyebilir(44).

Psikolojik göstergeler yaşam doyumu, psikolojik etki ve emosyonel iyilik hali olup yaşam deneyimlerinin subjektif değerlendirilmesi ile elde edilirler. Bu yaklaşımların ana amacı; davranışsal yargıların ve psikolojik büyümenin sonuçlarını göstermektir. Psikolojik göstergeler içerisinde kaliteyi belirlemede bireyin kendi yaşantısına ilişkin değerlendirmelerin temel etmen olduğu savunulmuştur. Yaşamın çeşitli yönlerini, onları değerlendiren kişi algılayabilir. Bu anlamda yaşam kalitesi, öznel bir doyum ya da sonuçtur. Bireyin dış çevresi ve ilişkileri hakkında duygu, gerilim ve bilişsel süreçlerini üretmesi ve kaliteye ilişkin yargılarını norma göre değil, bu iç standartlara göre yapmasından ileri gelmektedir(6,27).

Yaşam kalitesinin belirleyicilerinden olan psikolojik göstergeler, bir yaşantı sonrası yapılan öznel bir değerlendirme ya da bilişsel-duygusal bir sonuçtur. Kalite algısı, bireyin öznel bir değerlendirmesi olduğundan sunulan hizmet ve bu hizmetin nitelikleri (ulaşılabilirlik, güvenlik, eksikliği, fazlalığı) ortaya konulursa bütüncül bir kalite tanımına ulaşılacaktır(6,59).

Yaşam kalitesinin göstergesi olan davranışlar, yeterli bir ölçüt değildir. Çünkü davranış, etkileyen bir dizi değişkenin araya girmesi nedeniyle, yaşam kalitesini ifade edemeyebilir. Bir diğer deyişle; örneğin alkolizm yaşam kalitesi ile ilişkili olmayan bazı değişkenlerden de etkilenmiş olabilir. Bu değişkenler arasında sosyal çevre sayılabilir. Ayrıca gerilemiş bir yaşam kalitesi, alkol kullanımı dışındaki faktörler sonucunda da ortaya çıkmış olabilir (44).

1.2.3.3. YAŞAM KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Günümüzde yaşam kalitesi kavramının hem kendi içinde, hem de kavramın farklı şekillerde kullanıldığı çeşitli disiplinlerdeki farklı tanımları daha önceki bölümlerde açıklandı.

Sosyal bilimlerdeki önemli bir yaklaşım; geniş popülasyon çalışmalarında, kapsamlı mutluluk veya doyum seçenekleri kullanılarak tümüyle yaşam kalitesinin incelenmesidir. Diğer önemli bir yaklaşım ise bu ölçümlerin bireylerin sağlık durumlarını saptamak için de kullanıldığıdır ve kavramın sosyal bilimlerde bu şekilde kullanımı, yaşam kalitesi kavramının tıp ve hemşirelikte kullanılmaya başlanmasında oldukça etkili olmuştur. Ancak, tıp ve hemşirelik bilimlerinde, yaşam kalitesi kavramının kullanım amaçları daha önceki bölümlerde belirtildiği gibi sosyal bilimlerdekinden çok farklıdır (44).

Tıp ve hemşirelikte genel yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanımı, özgül ve duyarlı olmadıkları için, yaşam kalitesini ölçmede tek başına yetersiz kalırlar ve bu nedenle de, örneğin, bakımı geliştirmek için özel bir hasta grubuna gerekli olan girişim alanlarını belirlemede başarısız olurlar (44).

Sonuç olarak diyebiliriz ki, tıp ve hemşirelikte kullanılacak yaşam kalitesi ölçekleri, sağlıkla ilgili durumlara göre geliştirilmelidir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin ölçülmesinde genellikle kullanılan ölçekler; Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile-NHP), Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile-SIP), Esenlik Kalite Skalası (Quality of WELL-BEING Scale-QWB), mCMASTER Sağlık Göstergesi Anketi (McMaster Health Index Questionnaire –MHIQ), 36 Soruluk Kısa Bir Sağlık Araştırması (The MOS 36 İtem Short Form Health Survey-SF36)'dır. (9, 21, 24, 32, 37). Bu ölçekler, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ölçerler, ancak bulantı ve hipoglisemi gibi hastalığa özgü olguları içermediklerinden, özel amaçlar için halen çok genel kalabilirler (44).

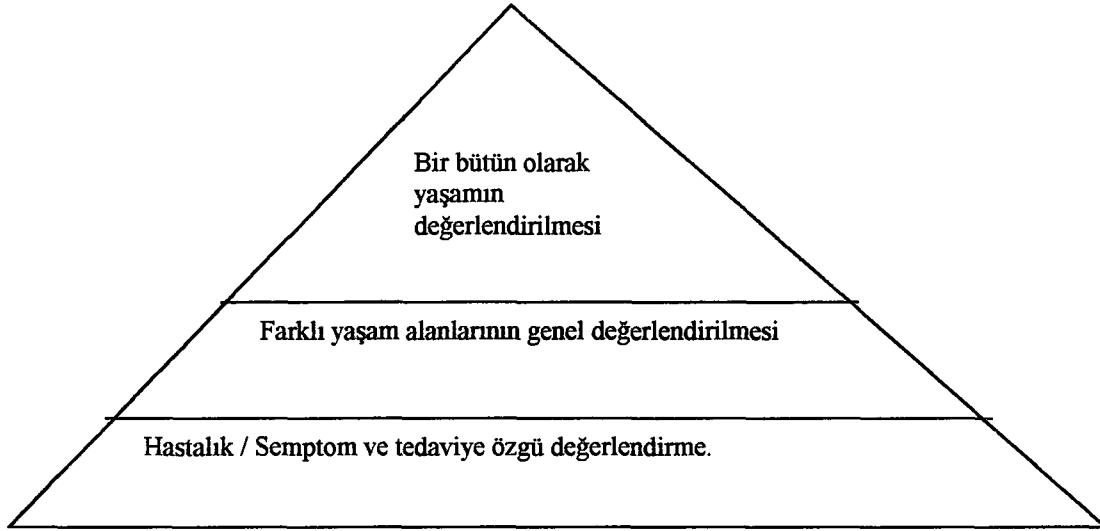
Genel ölçeklerin içeriği ve uygulama alanları geniştir ve genel olarak farklı popülasyonlara uygulanabilirler, ancak duyarlılığı düşüktür. Bu tür ölçekler özgül hasta grupları ,özel bir hasta grubuna özgül olarak geliştirilen (Karnofsky 1949) yada kardiyak hastalara yönelik olarak geliştirilen (Wanger et al.84,Guyat 1989) ölçekler de karşılaştırmalı hasta grupları için uygun değildir. Bir grup içindeki yaşam kalitesi deneyimini tanımlamak, iki yada daha fazla grup arasındaki yaşam kalitesi deneyimini karşılaştırmak, önceden tanımlanmış ve sınırları çizilmiş ölçekleri uygulayarak çeşitli girişimlerin hem genel, hem de gerekliyse, özgül maddelerin yaşam kalitesine etkisini saptamak çalışmanın amacına bağlıdır(23,44).

NHP,SIP,QWB,MHIQ VE SF 36 gibi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ölçen ölçeklerin yalın olarak kullanımları yerine,bu ölçeklerin,hastalığa özgül değişkenlerin de eklenerek kullanılması, ölçümü daha değerli kılacaktır (23).

Deneysel araştırmalarda yaşam kalitesi, bireye yaşam kalitesi değişkenlerini tanımlayan sorular sorularak değerlendirilir. Bireysel raporlar,yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde en geçerli yol olarak kabul edilmektedir, çünkü yaşam kalitesi,esas olarak bireyin subjektif deneyimidir (44).

Bireysel raporlar daha önceki yaşam kalitesi ölçeklerinden yararlanılarak veya araştırmacının hazırladığı sorulardan oluşmuş ölçeklerle elde edilebilir. Soruların yararlılığı ve kullanılabilirliği,ölçümün geçerlik ve güvenilirliğini etkileyen ölçme hatalarına bağlıdır. Bu hatalar rastlantısal yada sistematik olabilir. Rastlantısal hatalar,şansa bağlı olarak ölçümden ölçüme değişebilen ve denetlenmesi olanaksız olduğu için her ölçümde söz konusu olabilecek hatalardır. Bu tür hataların sonuçlar üzerinde etkisi olmadığı kabul edilir. Sistematik hatalar ise, ölçüm konusunu ve ölçme sürecini sürekli aynı yönde etkileyen ve kaynakları yeterince denetlenmediği için ölçüme sokulan hatalardır. Bu tür bir hata, ölçümler üzerinde,belli bir yönde ve bilinmeyen bir ölçüde etkide bulunur. Bir başka deyişle, ölçümün sonuçlarını değerlendirirken gözden kaçırılmış bir hatanın payını hesaba katmaya olanak yoktur (30,48). Bütün bu nedenlerle, rastlantısal ölçümün güvenilirliğini (tutarlılığını), sistematik hatalar ise geçerliliğini(ölçümün kendisinden bekleneni yansıtma derecesini) etkiler (30,44,48).

Şekil 7'de yaşam kalitesinin global,genel ve hastalık/semptom/tedaviye özgül değerlendirilmesini bir araya getiren holistik bir model gösterilmektedir.



Şekil 7: Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesine İlişkin Holistik Bir Model (Pınar R. “Diyabetes Mellitus’lu Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, Doktora Tezi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1995). (44).

Modelin orta bölümü, farklı yaşam alanlarına odaklanırken, üst bölümü tümüyle yaşam doyumunu göstermektedir. Her alanın sınıflandırılması ve sayısı uygulanan teorik kavrama bağlı olarak değişebilir. Modelin tabanı, özgül semptom, tedavi yada hastalıkla ilişkili daha özgül yönleri göstermektedir. Böyle bir modelin avantajı; yaşam kalitesinin hem global, hem ayrıntılı olarak, hem de özgül yönlerinin değerlendirilebilmesidir(44).

Klinik olarak yaşam kalitesi araştırmaları, temel olarak yaşam kalitesinin özgül yönlerinin değerlendirilmesine odaklanır. Çünkü hem tedavi, hem de bakımda hedef, sıkıntı veren durumu azaltmak ve esenliği artırmaktır. Yaşam kalitesi araştırmalarının sonuçları ise, deneysel bir olgu olarak, yaşam kalitesi deneyimini anlamamızı geliştirdiğinden bu yolla yaşam durumunun ve bireysel ilişkilerin iyileştirilmesini-geliştirilmesini sağladığı için değerlidir (26).

1.2.3.4. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİNİN GEREKLİ NİTELİKLERİ

Bir yaşam kalitesi ölçeğinin sahip olması gereken nitelikler; geçerlik, güvenilirlik ve duyarlılıktır.

Geçerlik; ölçmek istenen şeyi başka şeylerle karşılaştırmadan ölçebilme yeteneğidir. Bir başka deyişle ölçmede geçerlik ölçmek istenen şeyin ölçülebilmiş olma derecesidir.

Geçerliğin; içerik geçerliği (content validity) ve yapı geçerliği (construct validity) olmak üzere iki temel tipi vardır (30,39,44,48).

İçerik geçerliği;çalışılan kavramın içeriğinin genişliği ve önemi yada ölçülebilen boyutunun göstergesidir. Bir başka ifade ile içerik geçerliği; ölçme aracında bulunan soruların ölçme amacına uygun olup olmadığı, ölçmek istenen alanı temsil edip etmediği sorunu ile ilgili olup,’’ uzman görüşü’’ ne göre saptanır (30,44,48,52).

Yapı geçerliliği yada kuramsal (mantıksal) geçerlilik; ölçmenin dayandığı temel kavramların geçerliği ile, yani önceden kabul edilen neden-sonuç ilişkileri ile ilgilidir. Yapı geçerliğinin bilimsel olduğu kadar, felsefi yönü de ağır basar. Özellikle, dolaylı ölçmelerin yapıldığı (asıl ölçülmek istenen şeyin,onun çeşitli belirtileri ile ölçüldüğü) durumlarda, ölçülen belirtilerin, gerçekten aranan belirtiler olup olmadığı sorunu vardır. Yapı geçerliği, ya beklenen ilişki biçimlerini doğrulama yönteminin kullanımından elde edilen sonuçlar, yada yöntemin dayandığı kavramsal temellerden çıkarılan varsayımlardır. Kuramsal geçerliği ararken, faktör analizi ve bilinen grup ile karşılaştırma (önceden bilinen ölçüm aracı ile) tekniklerinden yararlanılır (30,44,52).

Geçerlik, güvenilirliği gerektirir, yani bir ölçmenin geçerli sayılabılmesinin ilk koşulu, onun güvenilir olmasıdır(48).

Güvenirlik; ölçeklerin değerlendirilmesinde önemli bir kriterdir. Güvenirlik; aynı şeyin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır, ölçülmek istenen belli bir şeyin, sürekli olarak aynı sembolleri almasıdır, ölçümün rastlantısal yanılğılardan arınık olmasıdır (30,39,48).

Güvenirlik şu yada bu şekilde hesaplanmış korelasyon katsayısı (r) ile belirlenir ve korelasyon katsayısı (r) 0 ile 1 arasında değişen değerler alır. Değer 1’e yaklaştıkça güvenilirliğin yüksek olduğu kabul edilir. Güvenirliği düşük olan bir ölçmenin hiçbir bilimsel değeri olmadığı gibi, güvenilirliğin yüksek olması da ölçmenin amaca uygunluğunun göstergesi değildir. O halde güvenilirlik, zorunlu fakat yeterli bir koşul değildir (30, 52).

Testin güvenilirliğini olumsuz yönde etkileyen pek çok fakatör vardır. Bunlar;

1. Test maddelerinin (a) hatalı olması, (b) çok zor ya da çok kolay olması, (c) sayısının yetersizliği, (d) homojen (benzeşik) olmaması;

2. Yanıtlayıcı bireylerin nitelikleri; (a) Denek ilk yanıtını hatırlayıp aynı yanıtı verebilir, (b) ilk görüşmede çaba harcayıp duyarlı yanıt verdiği halde, ikincide çaba harcamadan duyarsız yanıt verebilir, (c) ikinci görüşme arasında geçen zamanda fikir değiştirmiş olabilir (39, 56).
3. Test uygulamasındaki hatalar (39).
4. Test puanlamasındaki hatalardır (39).

Yapılan bir ölçümde üç tür güvenilirlik ölçütü aranabilir:

- Zamana göre değişmezlik (stabilite),
- İç tutarlık (internal consistency ölçeğin kendi içindeki maddelerin birbiriyle olan tutarlığı),
- Ölçme aracının kullanıldığı farklı araştırma sonuçları arasındaki tutarlık (44).

Zamana karşı değişmezlik ölçütü: her hangi bir şeyin benzer koşullar altında ve belli bir zaman aralığı ile ölçümler sonucu elde edilen veri grupları arasındaki ilişki (korelasyon)dir. Zamana karşı değişmezlik çözümlemesi için genelde "Persons's Momentter Çarpımı Korelasyon Tekniği" kullanılır (30).

İç tutarlığın dayandığı temel görüş; her aracın belli bir amacı gerçekleştirmek (bütünlük oluşturmak) üzere, birbirinden bağımsız ünitelerden (örneğin test maddeleri, anket soruları vb.) oluştuğu ve bunların bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır. İç tutarlık için genellikle, "madde istatistikleri" (örneğin, Kuder Richardson 20 ve 21 formülleri), "madde toplam puan güvenilirlik katsayıları (Corrected İtem Total Correlation)" ve "Cronbach's Alpha Çözümlenmeleri"nden yararlanılır (30).

Ölçme aracının kullanıldığı farklı araştırma sonuçları arasındaki tutarlığı değerlendirmede; mevcut çalışmanın güvenilirlik katsayısı ile daha önceki benzer gruplarla çalışılmış araştırmaların güvenilirlik katsayıları karşılaştırılır.

Duyarlık; ölçümün küçük değişiklikleri saptamada yeterli olup olmadığı ile ilişkilidir. Örneğin, bireyin yaşam kalitesi iyileştiği yada kötüleştiği zaman, değişiklikler puan olarak kaydedilebilmelidir. Bazı ölçekler, yalnızca cross sectional çalışmalarda kullanılmak üzere geliştirilmişlerdir. Burada, ölçümün duyarlılığı, yararlılığının bir ölçütü değildir (30,39,48).

Araştırma amacına uygun bir ölçek bulunamadığında, genel yaşam kalitesi ölçeklerine duruma özgü sorular eklenmelidir (44).

Guyatt ve arkadaşları, klinik uygulamalarda kullanılmak üzere, soruların geliştirilmesinde bazı stratejiler önermişlerdir. Onlara göre, yaşam kalitesi ölçekleri şu özelliklere sahip olmalıdır:

. Sağlıkla uyumlu olmalıdır, çünkü odak nokta, sağlık ile ilişkili yaşam kalitesidir. ölçek, artan ağrının azalmış bir yaşam kalitesi ile uyumlu olması gibi, objektif bir biçimde yaşamla uyumlu olmalıdır,

. Stabil klinik özellikleri ve günlük duygulanım değişiklikleri ile düşük bir korelasyon göstermelidir, ölçek kişilik özelliklerine bağlı olarak meydana gelen stabilite ve günlük duygulanım değişikliklerine aşırı duyarlı olma arasında bir denge göstermelidir. Bir başka deyişle, kişilik özellikleriyle yüksek oranda korelasyon gösteren ölçekler, değişiklikleri belirlemede duyarlı olmayacaktır,

. Etik olarak uygun bir içeriğe sahip olmalıdır,

. Yeterli test-tekrar test güvenilirliğine ve iç tutarlığa sahip olmalıdır,

. En az ölçüm hataları içermelidir,

. Puanlardaki sınırlı dağılıma bağlı, aşırı eğimli puan dağılımı kötü bir ayırimsal güce sahip olacağı için, yeterli bir varyansa sahip olmalıdır,

Ölçek geliştirilmesi yada seçiminde düşünülmesi gereken diğer konular; ölçümün karmaşıklığı (profil, index vb.), ölçekteki yaşam kalitesi alanlarının sayısı, ağırlığı ve puanlama düzeni (likert scala, yeniden kodlama vb.)dır .

Yaşam kalitesi ölçmede kullanılan mevcut ölçekler ve bu ölçeklerin geliştirilmesinin gerekliliğini belirleyen çalışmalar göz önüne alındığında, uygun bir ölçeği seçmenin mümkün olabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte, hangi yöntem veya hangi ölçeğin seçileceğine ilişkin üstün (seçkin) bir yöntem yoktur. Bir kuramsal amaca, yanıtlayıcıların tipine(özelliğine) ve mevcut sınırlı kaynaklara en uygun olan ölçek, diğer bir duruma uygun olmayabilir. Bununla birlikte farklı ölçekler, yetenekli araştırmacılar tarafından , ölçeğin dizayn edildiği tipteki uygun yanıtlayıcılara verilmesi durumunda ve ölçeğin amacına uygun yaşam kalitesi alanını ölçmek için kullanıldıklarında oldukça iyi sonuçlar verebilirler (44).

1.2.4 YAŞAM KALİTESİNİN HEMŞİRELİK YÖNÜNDEN ÖNEMİ

Temel gereksinimlerin karşılanması iyilik hali için önemlidir. Bunlar karşılanmadığından birey kızmakta, korkmakta, üzülme, agresif veya depresif olmakta, diğer bireylerden kaçma yoluna gitmektedir. Maslow'un temel insan gereksinimleri hiyerarşisi arasındaki ilişkinin bilinmesi, hemşirelik alanında ve diğer bazı alanlardaki yaklaşımlarda yol göstericidir (6,34,43).

Toplumun sunduğu kaynak, hizmet ve kültürel olanaklarla, bireyin onlardan çıkardığı doyum, mutluluk, uyum ifadeleri ve kişisel ilişkileri değerlendirimi yaşam kalitesi kavramını belirtmektedir. Bir başka deyişle yaşam kalitesi; bireyin deneyimlediği olaylara dayanan özel doyum, sıkıntı ifadeleridir (6,11,59).

Kronik hastalığı olan bireyin, bozulan dengesini yeniden kurabilmesi sağlığı ile sorunlarını çözümlenebilmesi için, normal bir yetişkinden çok daha fazla desteklenmeye, kabullenmeye, anlaşılmaya ve anlamlı açıklamalara gereksinimi vardır. Hasta bireye gereksindiği bu yardımın verilebilmesi, onunla kurulacak mesleki ilişkinin niteliğine geniş ölçüde bağlıdır (5,36).

Kronik hastalıklar kapsamında ele alınan pek çok faktör vardır. Bu faktörler; fonksiyonel durum veya GYA yapmada güçlük, bilişsel yetenekler, konforun ortadan kalkması, uyum yeteneği, sosyal çevre ve kendi iradesini kullanabilme ile ilgili konuları içermektedir. Bu faktörler yaşam kalitesi indeksi için değerli göstergelerdir. Bu yaşam kalitesi göstergelerini hasta kendisi belirttiği için subjektiftir. Ancak verilerin hastanın kendisinden toplanması değerlendirme yönünde büyük avantaj sağlamaktadır. Ayrıca hastalar sağlık profesyonellerinin algılayamadıkları fiziksel, mental, sosyal ve psikolojik durumlarda meydana gelen çok küçük değişiklikleri algılayabilirler.

Yaşam kalitesine ilişkin birçok yayın ve akademik çalışma olmasına karşın; yaşam kalitesi, tanımlanması çok güç olan bir kavramdır, kullanımı kişiden kişiye değişebilmekte ve kullanan kişilerin bile neyi ifade ettiği pek anlaşılammaktadır. Kavramın günlük konuşmalarda ve çeşitli bilimlerde yayılması ve sık kullanılmasına rağmen kesin bir tanımı yoktur. Çünkü yaşam kalitesi subjektif bir kavramdır ve doğal olarak da tanımları farklı olacaktır. Farklı tanımlar; bir dereceye kadar çakışan, ancak mutlaka eşanlamlı olmayan; doyum, mutluluk, moral, pozitif etki-negatif etki dengesi, algı değerlendirilmesi, sağlık, subjektif ve psikolojik esenlik gibi kavramları ifade ederler (19,20,44).

Hemşirelik araştırma ve uygulamalarının sonuçlarının değerlendirilmesinde, önemli bir değerlendirme yaklaşımı olarak, yaşam kalitesi saptamaları gittikçe kabul görmektedir.(42,44). Yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar hemşirelerin öğrenmeleri ve ölçekler geliştirebilmesi için de önemlidir (26).

Burchard ve Lewis tarafından yaşam kalitesinin bölümleri ve hemşirelik uygulamaları arasındaki ilişki ile ilgili bir model geliştirilmiştir. Bu modelde, hemşirelik süreci ve yaşam kalitesinin göstergeleri arasındaki ilişki başlıca 4 adımda incelenmiştir(1,2) .Şekil 8’de;

- 1)Hemşirelik süreci bağımsız değişkenleri (Independent Nursing Proces Variables)
- 2)Birleştirici (Aracılık eden) bilişsel değişkenler (Mediating Cognitive Variables)
- 3)Bağımlı sonuç değişkenleri (Dependet Outcome Variables)
- 4)Dış kaynaklı değişkenler (Extraneous Variables) verilmiştir.

Modelde belirtilen hemşirelik süreci bağımsız değişkenleri; araştırmacı tarafından idare edilebilen hemşirelik süreci aktivitelerini içerir. Bu hemşirelik süreci uygulamaları yaşam kalitesinin spesifik bölümleri üzerinde doğrudan etkilidir.

Örneğin; hastanın vücut hijyenin sağlanması ve bu konu ile ilgili olarak hemşirelik uygulamalarının yapılması fiziksel iyilik halini etkiler. Hemşirelik süreci aktivitelerinin etkisinin ortaya çıkabilmesi, istenen sonuca ulaşabilmesi birleştirici bilişsel değişkenler aracılığı ile olmaktadır. Bilişsel değişkenler yaşam kalitesinde gerekli birleştirici değişkenlerdir. Bu yüzden bilişsel değişkenlerin hemşirelik uygulamalarının yaşam kalitesi üzerinde dolaylı bir etkisi vardır. Örneğin; hastanın kendi kendine bakımını geliştirebilmesi kişisel denetim olup kendi bakımını yapabilmesi ile sonuçlanmalıdır. Yine aynı şekilde hasta tarafından hemşirelik uygulamalarının farkedilmesi ve bunu memnuniyet olarak ifade etmesi, bakıma yönelik uygulanan davranışların algılanması demektir. Hasta bireyin hastalığına yönelik olan kişisel kontrolü ve bakımdan memnun olması psikolojik iyilik halini etkiler. Hemşirelik süreci uygulamaları ve etkinliklerini yerine getirme; bireyin vücut bütünlüğünü sağlamaya yönelik olduğundan yaşam kalitesi üzerinde etkilidir.

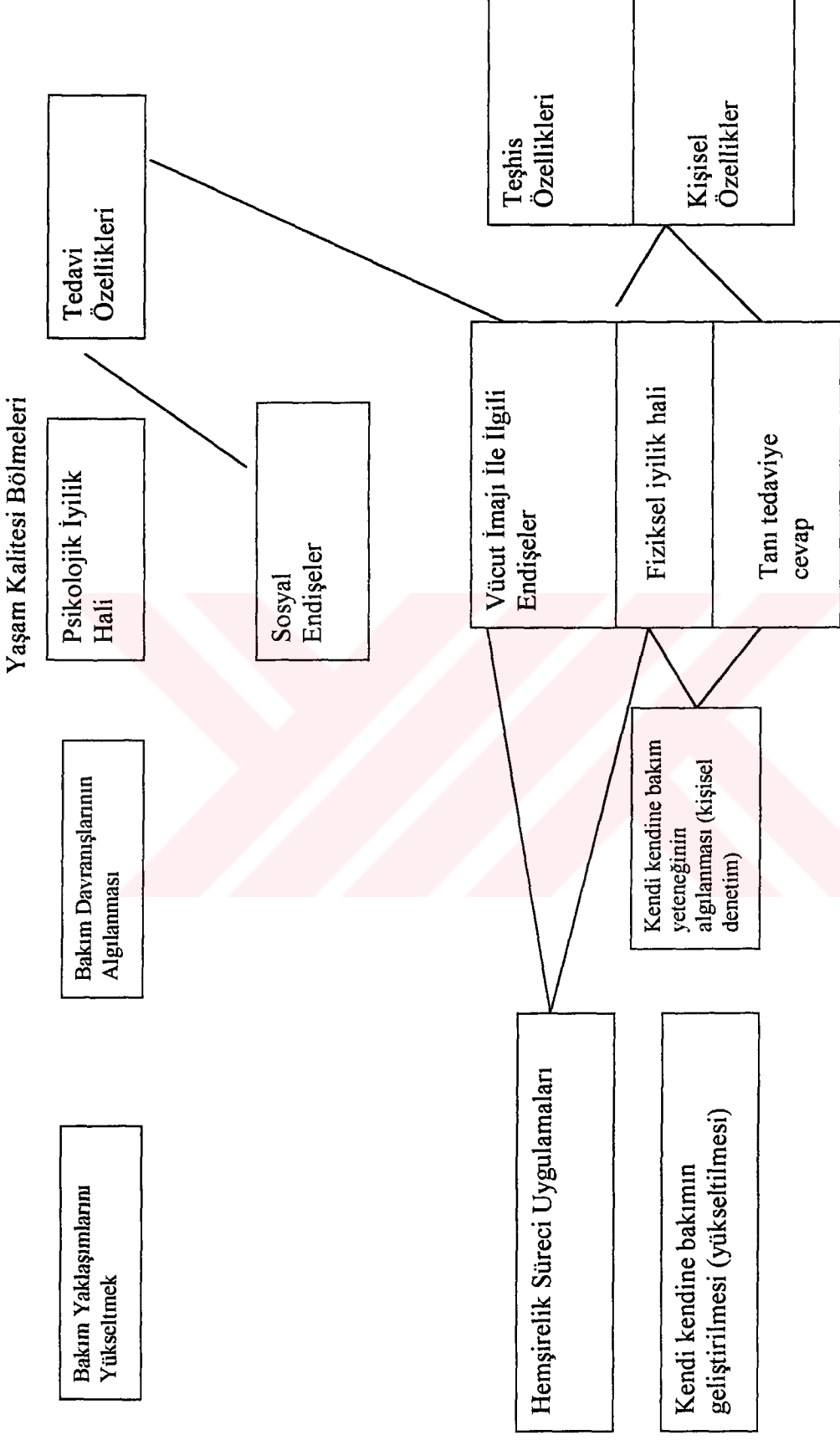
Bu modelde idare edilebilen bağımsız değişkenler olarak adlandırılan bazı hemşirelik girişimleri hastada öz-güven (öz-değer) algılamalarının arttıran bilişsel-emosyonel değişiklikleri oluşturmaktadır. Öz-değer, psikolojik iyilik durumunu yani yaşam kalitesinin çok önemli boyutlarından birini oluşturmada gerekli bir bilişsel emosyonel araçtır.

HEMŞİRELİK SÜRECİ
BAĞIMSIZ
DEĞİŞKENLERİ

ARACILIK EDEN
BİLİŞSEL (KOGNİTİF)
DEĞİŞKENLER

BAĞIMLI SONUÇ
DEĞİŞKENLERİ

DIŞ KAYNAKLI
DEĞİŞKENLERİ



Şekil 8: Hemşirelik Süreci ve Yaşam Kalitesi Göstergeleri Arasındaki İlişki Modeli (Akyol, A., "Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi, E.Ü. HYO Dergisi, 9:3, 1993, ss:71-75)

Sağlık üzerinde ya da hastalık ile ilgili olaylar üzerinde denetimi olması olumlu etkilerin oluşmasını sağlamaktadır. Hastalık üzerinde böyle bir denetimin var olduğunun hissedilmesi (algılanması), hastaların çaresizlik duygularının azalmasını ve iyileşmesini düzenlemektedir. Günlük yaşam aktivitelerinde yapılan bu denetim fiziksel iyilik halini etkilediği kadar psikolojik iyilik halini de etkiler ve geliştirir.

Dış kaynaklı değişkenler, hastalık sonuçları üzerinde etkili olan ancak araştırmacı tarafından kontrol edilemeyen değişkenlerdir. Bu değişkenler, tanı ve tedavinin özellikleri ile kişisel özellikleri içermektedir.

Yeni sağlık hizmetleri felsefesine göre; hemşireler hastalarının yaşam kalitesini yükseltmede; karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini değerlendirmelidirler. Bu nedenle hemşire yaşam kalitesi ile ilgili kavramlar ve felsefeleri sorgulamalı ve hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesini geliştirici modelleri kurmak için çabalamalı, var olanları benimsemelidir. (5,6)

Padilla ve arkadaşları, yaşam kalitesinin bölümlerini hemşirelik ile ilişkilendirerek özetlemiştir. Bu bölümler:

- Yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imajı, anksiyete, otokontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, gelişme ve öğrenme durumu / ilişkileri, hedefe ulaşma durumu, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı, yaşamın normallığı ve mutluluk gibi duyguları içeren psikolojik/emosyonel esenlik,
- Fonksiyonel yeterlilik, günlük yaşam aktiviteleri, yeme, iştah, seks, uyku, zindelik/güçlülük, yorgunluk, sağlık-hastalık görüşü ve tanı/tedavinin sonucunu içeren fiziksel esenlik,
- Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal ve bireysel esenlik,
- Mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık, sigortası, iş güvencesi, ev değiştirebilme (taşınabilme) gibi finansal ve maddi esenlik(42,44).

Hörnquist'e göre sağlık alanında, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde mutlaka ele alınması gereken konular şunlardır:

- Biyolojik alan: Beden sağlığı, çeşitli beden fonksiyonları, özgül hastalık/yetersizlik semptomları ve ağrı (sıcaklığı, yoğunluğu, süreci), yan etkiler, yara iyileşmesi gibi ekstra durumlar,

- Psikolojik alan: Esenlik, algılama, etkileşimler, öğrenme, mantık, yaratma yeteneği vb. gibi bilgisel ve pratik yeterlilik,
- Sosyolojik alan: Bir bütün olarak yaşam, tümüyle sosyal yaşam, genel sosyal etkileşimler, aile yaşamı ve sosyal etkileşim kapasitesi,
- Davranış/aktivite alanı: Tüm aktif yaşam, öz-bakım gücü (yeteneği), hareket, çalışma kapasitesi, temel alışkanlıklar, çalışma arzusu, yeme, içme, uyku, sigara ve diğer alışkanlıklar,
- Maddi alan: Bireysel ekonomi, barınma durumu, özel destekler, gayrimenkuller, işten sağlanan kazanç
- Yapısal alan: Yaşamın anlamı, sosyal statü, sosyallik görüşü (44)

Hörnquist'e göre, yaşam kalitesi incelemelerinde, bu alanların hepsi ele alınmalıdır. O'na göre, yaşam kalitesi incelemeleri, bir bahçe içindeki farklı meyvelerin incelenmesine benzer. Sonuçta elmalar elma, armutlar armut olarak kalır, ilişki yönleri, aynı bahçe içinde olmaları ve meyve olmalarıdır. Bu sayılan yaşam kalitesi alanları da birbiriyle ilişkili olsun yada olmasın incelemek durumundadır.(44)

Hemşirenin bir işlevi olan hastaya öğretim, bireyin yalnızca fizyopatolojik sorununun tedavisini değil aynı zamanda bireyin tepkileri, duygu ve düşünceleri, gereksinimleri, çevresel ve kişisel özelliklerini de dikkate almayı kapsamaktadır (5,6,40). Yaşam kalitesinin açıklanmasında ortak görüşlerin belirlenmesi; bu doğrultuda (subjektif), fiziksel (objektif) göstergelerin iyi tanımlanması; hemşirelik uygulamalarının, hasta hemşire ilişkilerinin ve holistik yaklaşımın geliştirilmesini sağlayacaktır (5,6).

Hemşirelikte yaşam kalitesine yönelik uğraş verme; hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakım verme ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan; yaşamın biyolojik, psikolojik ve sosyo -kültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeye hedefleyen hemşireliğin, gerekliliğine ifade etme gerçeğine dayanır.

Padille ve arkadaşları, hemşirelikte yaşam kalitesine ilişkin araştırma alanlarını şöyle sıralamışlardır.

- Özgül bir hastalığa karşı hastanın fiziksel ve psikososyal yanıtını (tepkisini) tanımlamak,
- Hastalık ve tedaviye yanıt olarak semptom yönetimini belirlemek,
- Hasta ve/veya ailenin tedaviye yanıtını karşılaştırmak,
- Özgül rehabilitasyon uygulamalarının etkisini göstermek,
- Sağlık- hastalık sürecindeki hassas dönemleri tanımak (44).

Araştırmacı tarafından yapılmış olan, bu çalışmaların da önemi, elde edilmiş olan veriler doğrultusunda psoriasis'li hastalar için hemşirelik bakımının planlanması ve eğitiminde hemşirelere yol gösterici olması ve psoriasis'li hastaların yaşam kalitesini yükseltmede hemşirelerin yapması gereken girişimleri belirlemektir.

1.2.5. YAŞAM DOYUMU İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER.

1.2.5.1. Yaşam Doyumu Tanımları.

Tarih boyunca felsefeciler mutluluğu insan eylemlerinin en yüksek ve nihai motivasyon kaynağı olarak görmüşlerdir. Buna karşın yakın zamanlara kadar psikologlar, mutsuzluk üzerinde çok fazla durup, mutluluğu ihmal etmişlerdir. Son 15 yılda davranış bilimciler bu hatalarını düzeltmişler ve mutluluk hakkında hem empirik hem de kuramsal çalışmalar yapmışlardır. Bu araştırmalarda subjektif iyi oluş, yaşam doyumu ile eş anlamlı kullanılmıştır (60).

Subjektif iyi oluş literatürü, insanların neden ve niçin kendi yaşamlarını pozitif yollarla değerlendirdikleri üzerinde durur. Bu alışmalar mutluluk, doyum, moral ve olumlu duygu gibi ayrı kavramları kapsar. Diener'in (1984) aktardığına göre, Wilson'un (1967) bu alandaki incelemeleri iki genel sonuca ulaşmıştır.

Birincisi, en avantajlı durumda olanlar en mutludur şeklinde dir. Mutlu kişi; geç, sağlıklı, iyi eğitim görmüş, ekonomik bakımdan iyi, dışa dönük, optimistik, tasasız, dindar, evli, ılımlı, arzulara sahip, her iki cinsiyetten ve zeki kişidir (Wilson,1967). Yazarın ulaştığı ikinci sonuç; Yunan filozoflardan bu yana mutluluk üzerine çok az kuramsal gelişmenin sağlanmış olduğudur. Wilson'un incelemesinden sonra günümüze kadar konuyla ilgili sayısız araştırma yapılmıştır. Örneğin, araştırmacılar sağlık ile mutluluk ve yaş ile mutluluk arasında önemli bir ilişki bulamamışlardır. Bundan da önemlisi yapılan çalışmalar demografik değişkenlerin mutluluğun çok küçük bir kısmını açıkladığını ortaya koymuşlardır. Bu sonuç araştırmacıları mutluluğun psikolojik nedenlerini aramaya yöneltmiştir (38,57,60).

Yaşam doyumu ile ilgili yapılan tanımlar üç kategoride gruplanabilir.

Birinci grupta; iyi oluş, erdem (virtue), kutsallık (holiness) gibi dış bir lte dayanarak tanımlanmıştır. Coan (1977), ideal üzerine yapılan kavramsallaştırmanın kültürel olduğunu, kültürlere ve bölgelere göre değiştiğini ortaya koymuştur. Mutluluğun

normatif tanımlamalarında subjektif durum üzerinde durulmayıp, daha çok arzu edilir bir niteliğin elde edilişi, sahip olunuşu üzerinde durulmuştur (57).

İkinci kategoride sosyal bilimciler; insanların yaşamlarını olumlu anlamda değerlendirmelerine neyin yol açtığı sorusu üzerinde odaklanmışlardır. Subjektif İyi Oluş'un bu tanımını yaşam doyumu olarak tanımlamışlardır. Yaşam doyumu kavramı ile araştırmacılar, bireylerin kendi yaşamlarına ilişkin yargılarının koşullarını incelemişlerdir. (Moles ve Bilgin,1985). Yüzyılımızda iyi oluşun öznel perspektifleri popüler bir fikir olmuşken, bu kavram geçmiş yy'da da üzerinde önemle durulan konulardan biridir. Marcus Aurelius, "kendini mutlu görmeyen hiç bir insan mutlu değildir", demiştir.

Mutluluğun üçüncü anlamı, günlük yaşamın akışı üzerinde temellenir. Bu da günlük ilişkiler içinde olumlu duygunun olumsuz duyguya egemen olması anlamına gelir. Kısaca bu tanım hoş duygusal yaşantıya odaklanır. Mutlu bir kişi, belirli bir yaşam periyodunda daha çok hoş duygular yaşayan kişidir (60).

Öznel iyi oluş araştırmalarında yaşamdan olumlu duygu birlikte değerlendirilmiştir. Bu iki ögenin (yaşam doyumu ve olumlu duygu) birbiriyle nasıl bir ilişkiye sahip olduğu empirik bir sorundur. Ne yazık ki, günlük yaşamda oldukça sık kullanılan mutluluk gibi kavramlar, zorunlu olarak tanımlanması güç ve bir anda farklı anlamlara gelen kavramlardır. Bilimsel araştırmalarda ve ölçme çalışmalarında bilimsel yararı olan kavramlar ise, kuramsal çerçeve içerisinde, diğer değişikliklerle ilginç ilişkileri olan ölçülebilen ve gösterilebilen kavramlardır. Bu nedenle sosyal psikologlar, yaşam kalitesi, yaşam doyumu ve subjektif iyi oluş kavramlarını mutluluğa yeğlemektedirler (60).

Yaşam doyumu yada subjektif iyi oluş literatürünün ulaştığı üç genel sonuç vardır. Birincisi öznelliktir. Campbell'e (1976) göre öznellikle kastedilen şey bireyin yaşantısı, deneyimidir (57, 60).

İkincisi, yaşam doyumu olumlu ölçümleri kapsar. O, zihin sağlığı çalışmalarında olduğu gibi yalnızca olumsuz etmenlerin bulunmayışı değildir. Olumsuz etmenlerin varlığı, yaşamdan alınan doyumu belirlemektedir (57, 60).

Üçüncüsü, yaşam doyumu ölçekleri tipik olarak kişi yaşamının, tüm yönlerini kapsayan global değerlendirmeleri ölçerler. Bu çalışmalarda belirli bir alanda hissedilen duygu yada alınan doyum değerlendirilirse de, temelde aranan yaşama ilişkin genel yargılardır. Ölçümdeki zaman dilimi birkaç haftadan bütün bir yaşam sürecine kadar değişebilir (57).

1.2.5.2. Yaşam Doyumunu Etkileyen Bazı Değişkenler

Bazı bilim adamlarına göre, eğitim durumu, iş doyumu, sağlıklı cinsel yaşam ve sosyal aktivite yaşam doyumu için önemlidir. Aynı zamanda genel sağlık, sosyo-ekonomik durum, aile yaşamı gibi faktörlerin yaşam doyumu üzerinde pozitif etki gösterdiği söylenmektedir (2).

Yaş : İlk çalışmalar gençlerin yaşlılardan daha mutlu olduğunu bulmasına karşın son yıllarda yapılan çalışmalar mutluluk ile yaş arasında bir ilişkinin olmadığını göstermiştir. Braun (1977), gençlerin hem olumlu hem de olumsuz duyguları daha çok bildirdiklerini; buna karşın yaşlıların daha fazla genel mutluluk ifadelerini ortaya koyduklarını bulmuştur. Bu karşık bulgulara anlam vermek amacıyla yapılan bir meta-analiz çalışmasında, yaş ile yaşam doyumu arasındaki korelasyonun sıfıra yakın olduğu ve bu sonucun ilişkiye giren diğer değişkenler kontrol edilse de edilmese de aynı olduğu kanıtlanmıştır (57, 60).

Cinsiyet : Kadınlar erkeklere göre daha fazla olumsuz duygu bildirmelerine karşın, aynı zamanda daha fazla kendi yaşamlarından haz duyarlar. Yapılan birçok diğer çalışmada cinsiyetler arasında doyum ya da mutluluk açısından çok az bir farkın olduğu gözlenmiştir. Doyum açısından cinsiyetler arasındaki farklılaşma çok küçüktür (57).

Çalışma ve İş : Yetim'in (1992) aktardığına göre, Campbell ve arkadaşları (1976), gelir farklılıklarının etkisi kontrol altına alınsa dahi işsiz grubun en mutsuz grup olduğunu, bölgesel işsizlik oranlarının duygu durumunu boylamsal olarak öngörmede önemli bir değişken olduğunu bulmuşlardır. Ancak bunların dışında sözgelimi imalatçıların memurlardan daha az mutlu olduğuna ilişkin herhangi bir kanıt yoktur (57, 60).

Eğitim : Yetim'in (1992) aktardığına göre Campbell(1981)'in ABD'de 1957-1978 yılları arasında eğitimin yaşam doyumu üzerinde etkisinin olduğunu göstermektedir. Ancak bu etki çok güçlü bir etki değildir ve gelir gibi diğer değişkenlerle etkileşim içinde görülmektedir. Çeşitli araştırmalar diğer değişkenlerin etkileri kontrol alındığında eğitimin yaşam doyumu üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığını ortaya koyarken, diğer bazı araştırmalar kadınlarda eğitimin daha olumlu etkileri sahip olduğunu buldular. Campbell (1981)'in analizinde eğitimin istekleri artırılırken aynı zamanda alternatif yaşama biçimleri üzerinde kişileri yoğunlaştırdığı ortaya çıkmıştır (59).

Din : Dine bireyce verilen önem, dini kader anlayışı ve dinsel gelenekler genellikle yaşam doyumu ile olumlu ilişki içerisindedirler. Birçok çalışmada kiliseye devam eden

ve kilise etkinliklerine katılan insanların daha mutlu oldukları bulunmuştur. Yukarıda aktarılan araştırma sonuçlarında dinsel inancın ve dinsel eylemlere katılımın yaşam doyumu üzerinde olumlu etkisi ortaya çıkmasına karşın, konuyla ilgili bir çok sorun cevapsız kalmıştır. Din ile hangi diğer faktörler etkileşim içerisindedir: Hangi tür kader anlayışı ve katılım yaşam doyumunu ne şekilde etkilemektedir? Eğer ilişkiye giren diğer etmenler kontrol altına alınsa dinin etkisi artar mı veya azalır mı? Bunlar gibi birçok soru ileride yapılacak araştırmalarda ele alınmalıdır (57).

Evlilik ve Aile : Çeşitli çalışmalar evli oluşun yaşam doyumu üzerinde anlamlı bir etkisini bulmamışlardır (57).

Gelir : Gelir ve SİO arasında olumlu bir ilişkinin olduğuna dair uluslararası kanıtlar vardır (Lasson, 1978). Bu ilişki diğer değişkenler kontrol altına alındığında da vardır. Gelirden alınan doyum mutluluk ile ilişkilidir (Bracın, 1977; Compbell et. Al., 1976, Yetim, 1985 (60).

Ayrıca nesnel gelir ölçütleri ile SİO arısnad doğrudan bir ilişki olduğu çeşitli araştırmalarla ortaya çıkmıştır (Alston, Lowe ve Wrigley, 1974; Andrews ve Withey, 1976; Frecediger, 1980; Riddick, 1980). Yapılan her çalışmada refah içinde olan bireylerin yoksullara göre daha mutlu olduğu ve refah ile mutluluk arasında bu ilişkinin çoğunlukla çok yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (60).

1.3.HİPOTEZLER

H1, Gupta A. Ve Gupta K. tarafından Psoriasis'li hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilen, geçerlik ve güvenilirliği saptanan bu ölçek Türkiye için geçerli ve güveniliridir.

H2, Psoriasis'li hastaların yaşam kalitesi ile sosyo-demografik değişkenler, hastalık ile ilgili değişkenler arasında ilişki vardır.

1.4. TANIMLAR

• **PSORİAZİS** ; Sık görülen genetik olarak belirlenen inflamatuvar ve proliferatif bir deri hastalığıdır (7,15).

• **YAŞAM KALİTESİ** ; Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişme içerisinde olması ve çok yönlü özellik taşıması tanımlanmasını güçleştirmektedir. Genel anlamda bireysel "iyi oluş"un ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesinin sosyolojik, psikolojik, ekonomik, kültürel etmenlerle belirlendiği açıktır (61).

***YAŞAM DOYUMU;** Mutluluk anlamına gelen yaşam doyumununun yapılmış bir çok tanımı vardır ki, bunlardan biri de mutlu bir kişi, belirli bir yaşam periyodunda daha çok hoş duygular yaşayan kişidir. tanımıdır (60).

1.5. SINIRLAMALAR

Araştırmaya yatarak ve ayakta tedavi edilen, psoriasis tanısı almasının üzerinden en az 6 ay geçen, 18 yaş ve üzerinde, en az okur-yazar olan, psikiyatrik bir rahatsızlığı olmayan, iletişim kurmada güçlüğü olmayan hastalar alınmıştır.



BÖLÜM II

GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, psoriasis'li hastaların yaşam kalitesini belirlemek, kullanılan yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğini saptamak, yaşam kalitesi ile sosyo-demografik değişkenler ve hastalık ile ilgili değişkenler arasındaki ilişkileri araştırmak amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve analitik bir çalışmadır (52). Araştırmada;

1. Araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Tanıtım Formu (Ek-I),
2. Psoriasis'li Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-II),
3. Genel Yaşam Doyum Ölçeği (Ek-III) kullanılmıştır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ

Bu araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda, SSK Tepecik ve Bozyaka SSK Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Alsancak Devlet Hastanesi'nde yürütülmüştür.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Eylül 1999-Nisan 2000 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda, SSK Tepecik ve Bozyaka SSK Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Alsancak Devlet Hastanesi'nde yatan ve ayaktan tedavi olan bütün psoriasis'li hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

2.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Örneklem alınmaksızın, araştırma 01.09.1999-30.04.2000 tarihleri arasında yatarak ve ayaktan tedavi olan 148 hasta önceden saptanmış olan sınırlılıklara uyularak araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

2.5. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Hemşirelik bilimlerinde kullanılacak yaşam kalitesi ölçekleri, sağlıkla ilgili durumlara göre geliştirilmelidir (12). Veri toplamanın birinci aşamasında psoriasis'li hastalarda yaşam kalitesine etkisi olabileceği düşünülen sosyo-demografik verileri kapsayan 14 sorudan oluşan Hasta Tanıtım Formu (Ek I) hastaların kendileri tarafından doldurulmuştur.

Psoriasis'in hastaların yaşam kalitesine olan etkisini incelemek için Finlay A.Y'nin geliştirmiş olduğu Dermatoloji Yaşam Kalitesi Endeksi (Dermatoloji) ve Psoriasis Hasta Endeksi (Psoriasis Disability Index) (21) referans alınarak Gupta A. ve Gupta K. tarafından batı kültürü için geliştirilen (24), ancak ülkemizde geçerlik, güvenilirliği sınanmamış ölçeğin Türk toplumu için uyarlanmasının uygun olup olmadığını sınamak için geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin kullanılabilmesi için yazardan izin alınmıştır (EK-IV).

Araştırmacı tarafından kullanılacak olan bu ölçek 30 sorudan oluşmaktadır (Ek II). 30 soruluk bu ölçeğin içerik geçerliliği (Content validity) 3 hemşire akademisyen, Dermatoloji Anabilim Dalı'nda 1 uzman doktor, 2 asistan ve 1 hemşire'nin görüşleri ve önerileri alınarak gerçekleştirilmiştir. Kendal Uyuşum Katsayısı (W) (Kendall Coefficient Of Concordance) korelasyon testi uygulanarak (49) ölçeğin içerik (kapsam) geçerliği saptanmıştır.

Cases	W(Kendall)	Chi-Square	SD	Significance
7	.2956	60.0083	29	.0006

İçerik geçerliliği saptandıktan sonra uygulama hastanelerinde yatarak ve ayaktan tedavi edilen 148 hastaya test-tekrar test yöntemi kullanılarak bir hafta ara ile iki kez görüşülerek uygulanmıştır. Veriler toplandıktan sonra ölçeğin yapı geçerliliğinin belirlenmesi amacıyla faktör analizleri yapılmıştır

Test-tekrar test: Bir testin aynı gruba belirli zaman aralıklarıyla iki kez uygulanmasıyla elde edilen puanlar arası ilişkiler Pearson Momentler çarpımı korelasyon formülü kullanılarak hesaplanır (39, 53).

Ölçeğin güvenilirliğinin güçlendirilmesi için Genel Yaşam Doyum Ölçeği (Satisfaction with Life Scale) ile karşılaştırılmıştır

Genel Yaşam Doyum Ölçeği (Satisfaction with Life Scale) Diner, Emmons, Larsen ve Griffin (1983) tarafından ABD’de geliştirilmiştir. Genel yaşam doyumu ölçeği altı ifadeden ve yedi basamaklı puanlama ölçeğinden oluşmuştur. Ölçeğin ülkemiz açısından güvenilirliği 1991 yılında Yetim Ü.; tarafından incelenmiştir. Sonuçlar ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir (n:20, 0.78). Bu çalışmada yaşam doyumu ölçeğinin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.8637’dir. Yetim tarafından yapılan çalışmada yaşam doyumu ölçeğinin güvenilirlik verileri Tablo (1) ‘deki gibidir. (57, 60).

Tablo (1): Yaşam Doyumu Ölçeğinin Güvenirliği.

Maddeler	Madde skorları ile toplam skorun korelasyonu	Maddenin toplam varyansa katkısı	Güvenirlik indeksi	Ortalama	Varyans
1	0.738	6.994	0.203	4.23	2.60
2	0.625	5.628	0.163	3.47	2.35
3	0.736	6.551	0.190	4.63	2.30
4	0.760	7.412	0.215	4.08	2.76
5	0.748	7.922	0.230	3.52	3.25

Araştırmacı tarafından uygulanan Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Genel Yaşam Doyum Ölçeği ile ilgili psoriasis’li hastalara bilgi verilmiştir. Bu ölçekler hastaların kendileri tarafından doldurulmuş, yaşam kalitesi ölçeğinin güvenilirliğini saptamak için aynı hastalarla 1 hafta ara ile 2. kez görüşülmüş ve veri toplama aşaması 6 ay sürmüştür.

2.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasta tanıtım formu, yaşam kalitesi ölçeği ve genel yaşam doyumu ölçeği doğrultusunda toplanan verilerin sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır.

Psoriasis’li hastalarda yaşam kalitesi ölçeğini içeren sorulara ilişkin verilen yanıtları değerlendirebilmek için “çok fazla” seçeneği için 4 puan, “fazla” seçeneği için 3 puan, “az” seçeneği için 2 puan, “hiç” seçeneği için 1 puan verilerek yanıtlar sayısal değerlere dönüştürülmüştür. Hastaların ölçeğin tamamından aldıkları puan ortalaması,

min-max değerleri hesaplanmıştır (Tablo 2)., bağımsız değişkenlerle arasındaki ilişki incelenmiştir.

TABLO 2: *Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğin Tamamından Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı*

Yaşam kalitesi leği	N	\bar{X}	Ss	Min	Max
1. Uygulama toplam puan ortalaması	148	51.61	11.63	31	91
2. Uygulama Toplam puan ortalaması	148	53.45	11.99	30	86

Araştırmada yaşam doyumunu belirlemek amacıyla kullanılan genel yaşam durumu leği aşağıda açıkladığı gibi değerlendirilmiştir.

Bu lek aynı yönde 6 ifadeyi kapsamaktadır. Cevaplayanlar ifadeye katılma derecesini 7 basamaklı bir değerlendirme sistemine göre yapmışlardır. Bu ölçekten alınan toplam puan ortalaması ile hastaların sosyo-demografik değişkenleri arasındaki ilişki incelenmiş ve hastaların ölçekten aldıkları ortalama değer $\bar{X}=27.16$ olarak bulunmuştur.

Araştırmada kullanılan Yaşam Kalitesi leğinin test-tekrar test güvenirlik katsayıları tablo -3'teki gibidir.

Yaşam doyumunu leğinin bu çalışmada güvenirlik katsayıları tablo 4'te verilmiştir.

TABLO 3: Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Test-Tekrar Test Güvenilir Katsayısı

Yaşam Kalitesi Ölçeği Test Güvenirlik Katsayısı				Yaşam Kalitesi Ölçeği tekrar test Güvenilirlik Katsayısı			
1. Uygulama				2. Uygulama			
Sıra No	Varyans	Madde.toplam korelasyon	\bar{r} katsayısı	Sorular	Varyans	Madde.toplam korelasyon	\bar{r} katsayısı
1	124.37	0.44	0.71	1	128.41	0.63	0.89
2	125.52	0.40	0.72	1	131.59	0.50	0.89
3	123.50	0.51	0.71	3	132.14	0.49	0.89
4	124.46	0.40	0.72	4	130.54	0.54	0.88
5	121.80	0.56	0.71	5	109.87	0.60	0.89
6	124.84	0.48	0.71	6	129.94	0.66	0.89
7	126.52	0.43	0.72	7	129.79	0.65	0.89
8	123.88	0.58	0.71	8	130.66	0.67	0.89
9	101.23	0.13	0.85	9	133.12	0.65	0.89
10	123.92	0.54	0.71	10	136.64	0.49	0.89
11	131.25	0.20	0.72	11	138.19	0.32	0.90
12	132.36	0.18	0.78	12	139.52	0.30	0.89
13	134.11	0.08	0.73	13	139.62	0.29	0.90
14	153.61	0.10	0.73	14	132.65	0.28	0.90
15	128.96	0.41	0.72	15	133.49	0.59	0.89
16	126.76	0.49	0.71	16	132.18	0.54	0.88
17	125.62	0.52	0.71	17	131.16	0.56	0.89
18	128.55	0.26	0.72	18	137.85	0.48	0.90
19	134.27	0.05	0.73	19	140.73	0.32	0.90
20	126.40	0.42	0.72	20	143.59	0.31	0.88
21	135.12	0.02	0.73	21	143.11	0.16	0.89
22	134.67	0.04	0.73	22	143.04	0.01	0.90
23	133.94	0.09	0.73	23	143.11	0.05	0.88
24	134.16	0.21	0.73	24	143.03	0.18	0.90
25	135.39	0.05	0.73	25	143.63	0.03	0.90
26	134.52	0.01	0.73	26	141.99	0.09	0.89
27	124.01	0.49	0.71	27	132.62	0.53	0.89
28	123.16	0.52	0.71	28	129.74	0.64	0.89
29	120.89	0.90	0.70	29	129.72	0.54	0.89
30	126.83	0.31	0.72	30	133.03	0.45	0.89

 $\alpha = 0.73$, n=148 $\alpha=0.89$; n=148

TABLO 4: Genel Yaşam Doyumu Ölçeğinin Güvenirlik Katsayısı

Soru no	Varyans	Madde toplam korelasyon	α - katsayısı
1	36.67	0.38	0.77
2	33.45	0.59	0.72
3	32.82	0.63	0.71
4	35.18	0.60	0.72
5	34.71	0.54	0.73
6	33.01	0.42	0.77
n=148;		$\alpha=0.77$	

Yaşam kalitesi ölçeği 1. Ve 2. Uygulama toplam puan ortalama korelasyon katsayısı $\alpha=0.79$, yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalaması ile yaşam kalitesi 1. Uygulama toplam puan ortalama korelasyon katsayısı $\alpha =0.45$ ve yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalaması ile yaşam kalitesi ölçeği 2. Uygulama toplam puan ortalama korelasyon katsayısı $\alpha =0.33$ olarak bulunmuştur.

İstatistiksel analizlerde “iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi t-testi” yaşam kalitesi ölçeğinin 1. Ve 2. Uygulamalarda farklılık gösterip, göstermediğini saptamak için kullanılmıştır. Araştırmada ($t= -2.94$; $p<0.05$) bulunmuştur. Bu da yaşam kalitesi ölçeğinin toplam puan ortalamasının 1. ve 2. uygulamalarda farklı olduğunu göstermektedir.

Yaşam kalitesi ölçeğinin 1. ve 2. uygulamasını değerlendirmek için çok yönlü varyans analizi, yaşam doyum ölçeğini değerlendirmek için tek yönlü varyans analizi, çok yönlü varyans analizi uygulanmıştır (30, 52).

Yaşam kalitesi ölçeğinin 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalaması ve yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamaları ile sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişki çok yönlü varyans analizinde General Linear Model (Genel Çizgi Modeli) ve Repeated Measures (tekrarlayan ölçümler) ile ölçülmüştür (3).

Yaşam kalitesi ölçeği 1. Ve 2. uygulamalarında gruplar arasında etkileşim olup olmadığı incelenmiştir (30,52).

Yaşam doyum ölçeğinde ise gruplar arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak için ileri Tukey_B ve Post Hoc testi uygulanmıştır (3).

2.7. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımlı Değişkenler : Psoriasis'li hastaların yaşam kalitesi ve genel yaşam doyumu.

Bağımsız Değişkenler : Hasta yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, çocuk sayısı, sosyal güvencesi, psoriasis tanısı alma yaşı, tedavi yöntemi, lezyonların görülme yeri, memnuniyet, mutluluk.

2.8. SÜRE VE OLANAKLAR

Ekim 1998 – Nisan 1999 tarihleri arasında çalışmanın konusunu belirleme, literatür tarama, ölçeğin geçerliğini test etme ve tez önerisi hazırlamaya ayrılmış, Haziran 1999'da tez önerisi olarak sunulmuştur. Haziran- Eylül 1999 tarihleri arasında uygulama hastanelerinden uygulama izinleri alınmıştır. Eylül 1999- Nisan 2000 tarihleri arasında veri toplanmıştır. 01 Mayıs – 30 Haziran tarihlerinde araştırmacı tarafından toplanan verilerin analiz ve değerlendirilme çalışmaları yürütülerek, araştırma raporu “Yüksek Lisans tez çalışması” olarak sunulmuştur.

BÖLÜM III
BULGULAR

3.1.Hastalara İlişkin Tanıtıcı Bilgilerin İncelenmesi

TABLO 5: Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	SAYI	%
<u>Cinsiyet</u>		
Erkek	74	50.0
Kadın	74	50.0
<u>Yaş Grubu</u>		
18-29 yaş	25	16.9
30-41 yaş	27	18.2
42-53 yaş	47	31.8
54-65 yaş	28	18.9
66 ve ↑	21	14.2
<u>Eğitim Durumu</u>		
Okur-yazar	29	19.5
İlkokul mezunu	33	22.3
Ortaöğretim mezunu	47	31.8
Üniversite mezunu	39	26.4
<u>Medeni Durumu</u>		
Bekar	20	13.5
Evli	105	71.0
Dul veya ayrı yaşıyor	23	15.5
<u>Çocuk Sahibi Olma Durumu</u>		
1-2 çocuk	76	51.4
3 ve ↑ çocuk	46	31.0
Yok	26	17.6
<u>Yaşadığı Yer</u>		
İl	79	53.4
İlçe	63	42.6
Köy	6	4.0
TOPLAM	148	100.0

Tablo 5'te araştırmaya katılan hastaların bazı sosyo-demografik özelliklerine ilişkin dağılımları verilmiştir. Bu sonuca göre, hastaların %50.0 (n=74)'si erkek %50.0 (n=74)'si kadın hastalardır. Yaş grupları incelendiğinde hastaların %16.9'u (n=25) 18-29 yaş, %18.2 (n=27)si 30-41 yaş, %31.8 (n=47) gibi çoğunluğun 42-53 yaş, %18.9 (n=28)'u 54-65 yaş ve %14.2 (n=21)'si 66 yaş ve üzerinde olan hastalardır.

Araştırmaya katılan hastaların %19.5'i (n=29) okur-yazar, %22.3'ü (n=33) ilkokul mezunu, %31.8'i (n=47) ortaöğretim mezunu ve %26.4 (n=39) üniversite mezundur.

Hastaların %13.5 (n=20)'i bekar, %71.0 (n=105)'i evli ve %13.5'i dul veya ayrı yaşayan hastalardır.

Araştırmaya katılan hastaların %51.4'ü (n=76) 1-2 çocuk sahibi olduğunu, %31.0'i (n=46) 3 ve daha fazla çocuk sahibi olduğunu ve %17.6'sı (n=26) hiç çocuk sahibi olmadığını bildirmiştir.

Hastaların yaşadıkları yerlere göre dağılımı incelendiğinde ise %53.4'ü (n=79) ilde, %42.6'sı (n=63) ilçede ve %4.0'ü (n=6) köyde yaşadığını bildirmiştir.

TABLO 6: Hastaların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımı

Sosyal Güvence Durumu	SAYI	%
Emekli sandığı	75	50.6
SSK	46	31.1
Bağ-kur	9	6.1
Yok	14	9.5
Diğer	4	2.7
TOPLAM	148	100.0

Tablo 6'da araştırmaya katılan hastaların sosyal güvence durumuna göre dağılımı verilmiştir. Hastaların %50.6'sı sosyal güvence kurumlarının emekli sandığı, %31.1'i SSK, %6.1'i Bağ-kur olduğunu, %9.5'i bağlı buldukları sosyal güvence kuruluşu olmadığını bildirmişlerdir.

TABLO7: Hastaların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Çalışma Durumu	SAYI	%
Çalışıyor	58	39.2
Çalışmıyor	90	60.8
TOPLAM	148	100.0

Araştırmaya katılan hastaların %39.2'si çalıştığını, %60.8'i çalışmadığını bildirmiştir (Tablo 7).

TABLO 8: Hastaların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Meslek Grupları	SAYI	%
Ev kadını	32	21.6
Memur	24	16.2
Emekli	37	25.0
İşçi	18	12.2
Öğrenci	8	5.4
Serbest meslek	29	19.6
TOPLAM	148	100.0

Tablo 8'de araştırma kapsamına alınan hastaların meslek gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Hastaların %21.6'sı ev kadını, %16.2'si memur, %25.0'i emekli, %12.2'si işçi, %5.4'u öğrenci ve %19.6'sını ise serbest meslek sahibi olduğunu bildirmiştir.

TABLO 9: Hastaların Tedavi Gördükleri Hastanelere Göre Dağılımı

Hastaneler	SAYI	%
Ege Üniversitesi	53	35.8
Dokuz Eylül Üniversitesi	31	20.9
Tepecik SSK Hastanesi	38	25.7
Bozyaka SSK Hastanesi	9	6.1
Alsancak Devlet Hastanesi	17	11.5
TOPLAM	148	100.0

Tablo 9’da araştırma kapsamına alınan hastaların tedavi gördükleri hastanelere göre dağılımı verilmiştir.

Hastaların %35.8’i Ege Üniversitesi Hastanesinde, %20.9’u Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde, %25.7’si Tepecik SSK Hastanesinde, %6.1’i Bozyaka SSK Hastanesinde ve %11.5’i Alsancak Devlet Hastanesinde tedavi gören hastalardır.

TABLO 10: Hastaların Psoriasis Tanısı Alma Sürelerine Göre Dağılımı

Psoriasis Tanısı Alma Süresi	SAYI	%
6-12 ay	21	14.2
1-5 yıl	46	31.1
6-10 yıl	24	16.2
11 yıl ve↑	57	38.5
TOPLAM	148	100.0

Araştırmaya katılan hastaların psoriasis tanısı alma sürelerine göre dağılımı tablo 10’da verilmiştir. Hastaların %14.2’si (n=21) 6-12 ay, %31.1’i (n=46) 1-5 yıl, %16.2’si (n=24) 6-10 yıl ve %38.5 (n=57) gibi çoğunluğun 11 yıl ve daha uzun süre psoriasis tanısı alan hastalardır.

TABLO 11: Hastaların Ailelerinde Psoriasis Hastası Olma Durumuna Göre Dağılımı

Ailede Psoriasis Hastası Olma Durumu	SAYI	%
Olan	20	13.5
Olmayan	128	86.5
TOPLAM	148	100.0
Ailedeki Psoriasis Hastasının Yakınlık Derecesi(n=20)		
1. derece yakınları (anne,baba,kardeş)	14	70
2.derece yakınları (hala, teyze, dayı v.s.)	6	30

Tablo 11’de hastaların ailelerinde psoriasis tanısı alan başka bireylerin bulunma durumuna göre dağılımı verilmiştir. Hastaların %86.5 ailesinde psoriasis hastası birey bulunduğunu, %13.5’i bulunmadığını bildirmişlerdir.

Ailede psoriasis hastası olduğunu bildiren hastaların %70’i 1. derece akrabalarının, %30’u 2. derece akrabaların psoriasis hastası olduğunu bildirmişlerdir.

TABLO 12: Hastaların Uygulanan Tedavi Yöntemlerine Göre Dağılımı

Uygulanan Tedavi Yöntemleri	SAYI	%
Topikal	88	59.5
Sistemik	112	28
Kombine	18	12.1
TOPLAM	148	100.0

Psoriasis’li hastaların uygulanan tedavi yöntemlerine göre dağılımları tablo 12’deki gibidir. Hastaların %59.5’ine topikal tedavi, %28.4’üne sistemik tedavi ve %12.1’ine kombine tedavi uygulanmaktadır..

TABLO 13: Hastaların Vücutlarındaki Lezyonların Bulunduğu Yerlere Göre Dağılımı

Lezyonların Bulunduğu Yerler	SAYI	%
Yüz ve saçlı deri	3	2.0
Eller, ayaklar ve tırnaklar	17	11.5
Kollar ve bacaklar	22	14.9
Tüm vücutta	106	71.6
TOPLAM	148	100.0

Hastaların vücutlarındaki lezyonların bulunduğu yerlerin dağılımı Tablo 13'deki gibidir. Hastaların %2.0'(n=3) sinin yüz ve saçlı derisinde, %11.5'(n=17) inin eller, ayaklar ve tırnaklarında, %14.9' (n=22) unun kollar ve bacaklarında, %71.6'(n=106) gibi çoğunluğun ise tüm vücutlarında lezyon vardır.

3.2. PSORİASİS'Lİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN BİRİNCİ VE İKİNCİ UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

TABLO 14: Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğinde Sosyal Yaşantıları İle İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

Sorular	1. uygulama (n=148)								2. uygulama (n=148)							
	1*		2*		3*		4*		1*		2*		3*		4*	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
-Yabancılar arasında rahatsızlık duyuyorum	42	28.4	48	32.4	39	26.4	19	12.8	30	20.3	51	34.5	41	27.7	26	17.6
Halka açık yerlere gitmeye çekiniyorum	64	43.2	54	36.5	15	10.1	15	10.1	50	33.8	54	36.5	29	19.6	15	10.1
Vücudumun belli bölümlerini örtmek için rahat olmayan veya yakışmayan elbiseler giymekten rahatsız oluyorum	33	22.5	58	39.2	39	26.4	18	12.2	35	23.6	54	36.5	42	28.4	17	11.5
Yanımda başkaları varken güneşlenmekten rahatsız oluyorum	49	33.1	35	23.6	43	29	21	14.2	37	25.0	50	33.8	39	26.4	22	14.9
Diğer bireylerin derimdeki lezyonlara bulaşıcıymış gibi davranmalarından rahatsız oluyorum	36	24.3	51	34.5	39	26.4	22	14.9	26	17.6	59	39.9	41	27.7	22	14.9
Genellikle sosyal faaliyetlerden kaçıyorum	67	45.3	51	34.5	22	14.9	8	5.4	62	41.9	55	37.2	24	16.2	7	4.7
Yabancılar dış görünümüm ile ilgili bana kaba ya da duyarsız davranıyorlar	69	46.6	55	37.2	19	12.8	5	3.4	63	42.6	52	35.1	25	16.9	8	5.4
Kendimi çoğu zaman "toplum dışı" ya da "topluma yakışmayan" gibi görüyorum	93	62.8	38	25.7	10	6.8	7	4.7	81	54.7	40	27.0	21	14.2	6	4.1
İnsanların bana dokunmamak için bilinçli olarak çaba harcamalarından rahatsız oluyorum	72	48.6	44	29.7	20	13.5	12	8.2	49	33.1	69	46.6	22	14.9	8	5.4
Kuafor ya da berberin saçlarıma dokunmada isteksiz davrandıklarını hissediyorum	75	50.7	56	37.8	6	4.1	11	7.4	66	44.6	61	41.2	10	6.8	11	7.4
İnsanların derimdeki görünümün AIDS, cüzzam ya da zührevi bir hastalık olduğunu düşündüklerini hissediyorum	76	51.4	57	38.5	12	8.1	3	2.0	73	49.3	51	38.5	16	10.8	8	5.4
Arkadaşlarımın genellikle dış görünümümle ilgili kaba ya da duyarsız hareketlerde bulunmalarından rahatsız oluyorum	103	69.6	37	25.0	7	4.7	1	0.7	103	69.6	32	21.6	10	6.8	3	2.0
Ailemin derimdeki görünümünden dolayı utandıklarını hissediyorum	132	89.2	12	8.1	3	2.0	1	0.7	130	87.8	12	8.1	3	2.0	3	2.0
Ailemin dış görünümümle ilgili kaba ya da duyarsız hareketlerde bulunması beni rahatsız ediyor	131	88.5	10	6.8	5	3.4	2	1.4	129	87.2	12	8.1	4	2.7	3	2.0
Çoğunlukla hava karardıktan sonra dışarı çıkıyorum	112	75.7	31	20.9	1	0.7	4	2.7	96	64.9	41	27.7	4	2.7	7	4.7
Erkek ya da kız arkadaşlarım tarafından dışlandığımı hissediyorum	108	73.0	32	21.6	2	1.4	6	4.1	95	64.2	42	28.4	4	2.7	7	4.7
Derimdeki kızarıklık ve ölümlerden rahatsızlık duyuyorum	8	5.4	29	19.6	39	26.4	72	48.6	6	4.1	20	13.5	49	33.1	73	49.3

1* Hiç, 2*Az, 3*Fazla, 4*Çok fazla

Tablo 14’de psoriasis’li hastaların yaşam kalitesi ölçeğinde sosyal yaşantıları ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı verilmiştir. Buna göre “Yabancılar arasında rahatsızlık duyuyorum” sorusuna 1. uygulamada hastaların %28.4’ü (n=42) “hiç”, %32.4’ü (n=48) “az”, %26.4’ü (n=39) “fazla” ve %12.8’i (n=19) “çok fazla” yanıtını verirken, bu soruya 2. uygulamada hastaların %20.3’ü (n=30) “hiç”, %34.5’i (n=51) “az”, 27.7’si (n=41) “fazla” ve %17.6’sı (n=26) “çok fazla” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

Hastaların “halka açık yerlere gitmeğe çekiniyorum” sorusuna 1. uygulamada %43.2’si (n=64) “hiç”, %36.5’i (n=54) “az”, %10.1’i (n=15) “fazla” ve %10.1’i (n=15) “çok fazla” yanıtını verdikleri, 2. uygulamada aynı soruya hastaların %33.8’i (n=50) “hiç”, %35.5’i (n=54) “az”, %19.6’sı (n=29) “fazla” ve %10.1’i (n=15) “çok fazla” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

Vücudumun belirli bölümlerini örtmek için rahat olmayan veya yakışmayan elbiseler giymekten rahatsız oluyorum” sorusuna 1. uygulamada %22.3’ü (n=33) “hiç”, %39.2’si (n=58) “az”, %26.4’ü (n=39) “fazla” ve %12.2’si (n=18) “çok fazla” yanıtını, 2. uygulamada ise hastaların %23.6’sının (n=35) “hiç”, %36.5’i (n=54) “az”, %28.4’ünün (n=42) “fazla” ve %11.5’i “çok fazla” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

“Yanımda başkası varken güneşlenmekten rahatsız oluyorum” sorusuna hastaların 1. uygulamada %33.1’i (n=49) “hiç”, %23.6’sı (n=35) “az”, %29.1’i (n=43) “fazla” ve %14.2’si “çok fazla” yanıtını, 2. uygulamada ise %25’i (n=37) “hiç”, %33.8’i (n=50) “az”, %26.4’ü (n=39) “fazla” ve %14.9’u (n=22) “çok fazla” yanıtını vermişlerdir.

Hastaların “diğer bireylerin derimdeki lezyonlara bulaşıcıymış gibi davranmalarından rahatsız oluyorum” sorusuna 1. uygulamada %24.3’ü (n=36) “hiç”, %34.5’i (n=51) “az”, %26.4’ü (n=29) “fazla”, ve %14.9’unun “çok fazla” yanıtını, 2. uygulamada ise aynı soruya %17.6’sının (n=26) “hiç”, %39.9’unun (n=59) “az”, %27.7’sinin (n=41) “fazla” ve %14.9’unun (n=22) “çok fazla” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

“Genellikle sosyal faaliyetlerden kaçıyorum” sorusuna hastaların 1. uygulamada %45.3’ü (n=67) “hiç”, %34.5’i (n=51) “az”, %14.9’ü (n=22) “fazla”, ve %5.4’ü “çok fazla” yanıtını verdikleri, 2. uygulamada aynı soruya %41.9’u (n=62) “hiç”, %37.2’si (n=55) “az”, %16.2’sinin (n=24) “fazla” ve %4.7’si (n=7) “çok fazla” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların “Yabancılar dış görünümümle ilgili bana kaba ya da duyarsız davranıyorlar” sorusuna %46.6’sı “hiç”, %37.2’si “az”, %12.8’i “fazla”, %3.4’u

ise “çok fazla” yanıtını 1. uygulamada, %42.6’sının “hiç”, %35.1’i “az”, % 16.9’u “fazla”, %5.4’ü ise “çok fazla” yanıtını 2. uygulamada verdikleri saptanmıştır.

“Kendini çoğu zaman “toplum dışı” ya da “topluma yakışmayan” biri gibi görüyorum” sorusuna 1. uygulamada hastaların %62.5’i (n=93) “hiç”, %25.7’si (n=38) “az”, % 6.8’i (n=10) “fazla”, ve %4.7’si “çok fazla” yanıtını verirken, aynı soruya 2. uygulamada hastaların %54.7.’si “hiç”, %27’si (n=40) “az”, % 14.2’sinin (n=21) “fazla” ve %4.1’inin (n=6) “çok fazla” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

Hastaların “insanların bana dokunmamak için bilinçli olarak çaba harcamalarından rahatsız oluyorum” sorusuna 1. uygulamada %48.6’sı (n=72) “hiç”, %29.7’si (n=44) “az”, % 13.5’i (n=20) “fazla”, ve %8.2’si “çok fazla” yanıtını, 2. uygulamada ise %33.1’i (n=49) “hiç”, %46.6’sı (n=69) “az”, % 14.9’u (n=22) “fazla” ve %5.4’unun (n=8) “çok fazla” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

“Kuaför ya da berberin saçlarıma dokunmada isteksiz davrandığını hissediyorum” sorusuna hastaların 1. uygulamada %50.7’si (n=75) “hiç”, %37.8’i (n=56) “az”, % 4.1’i (n=6) “fazla”, ve %7.4’ü (n=11) “çok fazla” yanıtını, 2. uygulamada aynı soruya hastaların %44.6’sının (n=66) “hiç”, %41.2’si (n=61) “az”, % 6.8’i (n=10) “fazla” ve %7.4’ü “çok fazla” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

“İnsanların derimdeki görünümün AIDS, cüzzam ya da zührevi bir hastalıktan olduğunu düşündüklerini hissediyorum” sorusuna 1. uygulama hastaların %51.4’u(n=76) “hiç”, %38.5’i “az”, % 8.1’i “fazla”, ve %2.0’si(n=3) “çok fazla”, aynı soruya 2. uygulamada hastaların %49.3’ü “hiç”, %34.5’i (n=51) “az”, % 10.8’i (n=16) “fazla”ve %5.4’ü (n=8) “çok fazla” yanıtını vermişlerdir.

“Arkadaşlarımla genellikle dış görünümümle ilgili kaba yada duyarsız hareketlerde bulunmalarından rahatsız oluyorum” sorusuna 1. uygulamada hastaların %69.6’si (n=103) “hiç”, %25.0’i (n=37) “az”, % 4.7’si (n=7) “fazla”, ve %0.7’si (n=1) “çok fazla” yanıtını, 2. uygulamada ise %69.6’sının (n=103) “hiç”, %21.6’nın (n=32) “az”, % 6.8’inin (n=10) “fazla” ve %2.0’sinin “çok fazla” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

“Ailemin derimdeki görünümünden dolayı utandıklarını hissediyorum” sorusuna hastaların 1. uygulamada %89.2’si (n=132) “hiç”, %8.1’i (n=12) “az”, % 2.0’si (n=3) “fazla”, ve %0.7’si (n=1) “çok fazla” yanıtını, 2. uygulamada ise hastaların %87.8’i (n=130) “hiç”, %8.1’i (n=12) “az”, % 2.0’si (n=3) “fazla” ve %2.0’si (n=3) “çok fazla” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

“Ailemin dış görünümümle ilgili kaba ya da duyarsız hareketlerde bulunması beni rahatsız ediyor” sorusuna hastaların %88.5’i (n=131) “hiç”, %6.8’i (n=10) “az”, % 3.4’ü (n=5) “fazla”, ve %1.4’ü (n=2) “çok fazla” yanıtını 1. uygulamada, hastaların %87.2’si (n=129) “hiç”, %8.1’i (n=12) “az”, % 2.7’si (n=4) “fazla” ve %2.0’si (n=3) “çok fazla” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

“Çoğunlukla hava karardıktan sonra dışarı çıkıyorum” sorusuna 1. uygulamada hastaların %75.7’si (n=112) “hiç”, %20.9’u (n=31) “az”, % 0.7’si (n=1) “fazla”, ve %2.7’si (n=4) “çok fazla” yanıtını, 2. uygulamada ise aynı soruya %64.9’u (n=96) “hiç”, %27.7’si (n=41) “az”, % 2.7’si (n=4) “fazla” ve %4.7’si (n=7) “çok fazla” yanıtını vermişlerdir.

Hastaların “erkek ya da kız arkadaşlarım tarafından dışlandığımı hissediyorum” sorusuna 1. uygulamada %73.’ü (n=108) “hiç”, %21.6’sı (n=32) “az”, % 1.4’si (n=2) “fazla”, ve %4.1’i (n=6) “çok fazla” yanıtını, 2. uygulamada aynı soruya hastaların %64.2’si (n=195) “hiç”, %28.4’ü (n=42) “az”, % 2.7’si (n=4) “fazla” ve %4.7’si (n=7) “çok fazla” yanıtını vermişlerdir.

“Derimdeki kızarıklık ve döküntülerden rahatsızlık duyuyorum” sorusuna 1. uygulamada hastaların %5.4’ü (n=8) “hiç”, %19.6’sı (n=29) “az”, %26.4’ü (n=39) “fazla”, ve %48.6’sı (n=72) gibi çoğunluğu “çok fazla” yanıtını, 2. uygulamada ise hastaların %4.1’i (n=6) “hiç”, %13.5’i (n=20) “az”, %33.1’i (n=49) “fazla” ve %49.3’ü (n=73) “çok fazla” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

TABLO 15: Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğinde Tedavi, İş ve Çalışma Yaşantısına İlişkin Soruları Yanıtlama Durumlarına Göre Dağılımı

Sorular	Yaşam kalitesi 1. uygulama (n=148)								Yaşam kalitesi 2. uygulama (n=148)							
	1*		2*		3*		4*		1*		2*		3*		4*	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Hastane ücretini ödeme güçlüğü	101	68.2	22	14.9	12	8.1	13	8.8	98	66.2	23	15.5	10	6.8	17	11.5
Hastalığım nedeniyle gelir/maaş kaybı yaşıyorum	108	73.0	19	12.8	14	9.5	7	4.7	110	74.3	23	15.5	5	3.4	10	6.8
İşimi kaybetme korkusu yaşıyorum	129	87.2	14	9.5	3	2.0	2	1.4	130	87.8	9	6.1	1	0.7	8	5.4
Hastane randevularım için okul ya da işten sık sık izin almam eleştiriliyor	126	85.1	15	10.1	4	2.7	3	2.0	124	83.8	17	11.5	1	0.7	6	4.1
İş veya sınıf arkadaşlarımla çatışma yaşıyorum	138	93.2	7	4.7	3	2.0	-	-	137	92.6	10	6.8	1	0.7	-	-
Hastalığım nedeniyle Patron/ amir/öğretmenle tartışıyorum	135	91.2	6	4.1	7	4.7	-	-	138	93.2	5	3.4	5	3.4	-	-
Baş vurduğum işten genellikle red ediliyorum	145	98.0	2	1.4	1	0.7	-	-	147	99.3	-	-	1	0.7	-	-
İşten çıkarılma veya başarısızlık yaşıyorum	140	94.6	8	5.4	-	-	-	-	143	96.6	5	3.4	-	-	-	-
Hastalığım nedeniyle sık sık rapor alıyorum	134	90.5	7	4.7	1	0.7	6	4.1	136	91.9	6	4.1	6	4.1	-	-
Hastalığımla ilgilenmek için çalışmamın büyük bölümünü ayırmak zorunda kalıyorum	12	8.1	41	27.7	45	30.4	50	33.8	7	4.7	32	21.6	48	32.4	61	41.2
Tedavi için sık sık hastaneye gelmekte güçlük çekiyorum	41	27.7	22	14.9	42	28.4	43	29.1	21	14.2	33	22.3	42	28.4	52	35.1
Tedaviye bağlı ciddi yan etkilerin oluşmasından korkuyorum	29	19.6	41	27.7	45	30.4	33	22.3	17	11.5	52	35.1	48	32.4	31	20.9

1* Hiç, 2*Az,

3*Fazla,

4*Çok fazla

Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinde tedavi, iş ve çalışma yaşantısına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımı tablo 15’de verilmiştir.

Buna göre, hastaların “hastane ücretlerini ödemede güçlük çekiyorum” sorusuna 1. uygulamada %68.2’sinin (n=101) “hiç”, %14.9’unun (n=22) “az”, % 8.1’inin (n=12) “fazla”, ve %8.8’inin (n=13) “çok fazla” yanıtını, aynı soruya 2. uygulamada hastaların %66.2’sinin (n=98) “hiç”, %15.5’inin (n=23) “az”, % 6.8’inin (n=10) “fazla” ve %11.5’inin (n=17) “çok fazla” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

“Hastalığım nedeniyle gelir/maaş kaybı yaşıyorum” sorusuna 1. uygulamada hastaların %73.0’ü (n=108) “hiç”, %12.8’i (n=19) “az”, % 9.5’i (n=14) “fazla”, ve %4.7’si (n=7) “çok fazla” yanıtını, 2. uygulamada ise hastaların %74.3’ü (n=110) “hiç”, %15.5’i (n=23) “az”, % 3.4’ü (n=5) “fazla” ve %6.8’i (n=10) “çok fazla” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

“İşimi kaybetme korkusu yaşıyorum” sorusuna hastaların 1. uygulamada %87.2’i (n=129) “hiç”, %9.5’i (n=14) “az”, % 2.0’si (n=3) “fazla”, ve %1.4’ü (n=2) “çok fazla” yanıtını, 2. uygulamada ise hastaların %87.8’i (n=130) “hiç”, %6.1’i (n=9) “az”, % 0.7’si (n=1) “fazla” ve %5.4’ü (n=8) “çok fazla” yanıtını vermişler.

Hastaların “hastane randevularım için okul ya da işten sık sık izin almam eleştiriliyor” sorusuna hastaların 1. uygulamada %85.1’i (n=126) “hiç”, %10.1’i (n=15) “az”, % 2.7’si (n=4) “fazla”, ve %2.0’si (n=3) “çok fazla” yanıtını 1. uygulamada, aynı soruya 2. uygulamada hastaların %83.8’i (n=124) “hiç”, %11.5’i (n=17) “az”, % 0.7’si (n=1) “fazla” ve %4.1’i (n=6) “çok fazla” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

Hastaların “iş veya sınıf arkadaşlarımla çatışma yaşıyorum” sorusuna 1. uygulamada %93.2’i (n=138) “hiç”, %4.7’i (n=14) “az”, % 2.0’si (n=3) “fazla” yanıtını, 2. uygulamada ise hastaların %92.6’sı (n=137) “hiç”, %6.8’i (n=10) “az”, % 0.7’si (n=1) “fazla” yanıtını vermişlerdir.

“Hastalığım nedeniyle patron/amir/öğretmenle genellikle tartışıyorum” sorusuna hastaların %91.2’si (n=135) “hiç”, %4.1’i (n=1) “az”, % 4.7’si (n=7) “fazla” yanıtını 1. uygulamada verirken, aynı soruya 2. uygulamada %93.2’si (n=138) “hiç”, %3.4’ü (n=5) “az”, % 3.4’ü (n=5) “fazla” yanıtını saptanmıştır.

“Başvurduğum işten genellikle reddediliyorum” sorusuna hastaların 1. uygulamada hastaların %98.0’inin (n=145) “hiç”, %1.4’ünün (n=1) “az”, % 0.7’sinin (n=1) “fazla”, yanıtını, 2. uygulamada ise hastaların %99.3’ünün (n=130) “hiç”, %0.7’sinin (n=1) “fazla” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

“İşten çıkarılma veya okulda başarısızlık yaşıyorum” sorusuna 1. uygulamada hastaların %94.6’sının (n=140) “hiç”, %5.4’ünün (n=8) “az” yanıtını, aynı soruya 2. uygulamada hastaların %96.6’sının (n=143) “hiç”, %3.4’ünün (n=5) “az” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların “hastalığım nedeniyle sık sık rapor alıyorum” seçeneğine 1. uygulamada %90.5’i (n=134) “hiç”, %4.7’si (n=7) “az”, % 0.7’si (n=1) “fazla”%4.1’i (n=6), çok fazla yanıtını verirken, aynı soruya 2. uygulamada hastaların %91.9’ü (n=136) “hiç”, %4.1’si (n=6)az, %4.1’i (n=6) “fazla” yanıtını vermişlerdir.

“Hastalığımla ilgilenmek için zamanımın büyük bölümünü ayırmak zorunda kalıyorum” sorusuna 1.uygulamada hastaların %8.1’i (n=12) “hiç, %27.7’si (n=41) “az”, %30.4’ü (n=45: “fazla” ve %33.8’i (n=50: “çok fazla” yanıtını, 2. uygulamada ise %4.7’si (n=7) “hiç” , %21.6’sı (n=32) “az”, %32.4’ü (n=48) “fazla” ve %41.2’si (n=61) “çok fazla” yanıtını vermişlerdir.

“Tedavi için sık sık hastaneye gelmekte güçlük çekiyorum” sorusuna hastaların %27.7’si (n=41) “hiç”, %14.9’u (n=22) “az”, %28.4’ü (n=42) “fazla”, %29.1’i (n=43) “çok fazla” yanıtını, 2. uygulamada aynı soruya hastaların %14.2’si (n=21) “hiç”, %22.3’ü (n=33) “az”, %28.4’ü (n=42) “fazla” ve %35.1’i (n=52) “çok fazla” yanıtını vermişlerdir.

“Tedaviye bağlı ciddi yan etkilerin oluşmasından korkuyorum” sorusuna hastaların 1. uygulamada %19.6’sı (n=29) “hiç”, %27.7’si (n=41) “az”, %30.4’ü (n=45) “fazla” ve %22.3’ü (n=33) “çok fazla” yanıtını verirken, 2. uygulamada hastaların %11.5.i (n=17) “hiç”, %35.1’i (n=52) “az”, % 32.4’ü (n= 48) “fazla” ve %20.9’u (n=31) “çok fazla” yanıtını vermişlerdir.

3.3. PSORİASİS'Lİ HASTALARIN GENEL YAŞAM DOYUMLARININ İNCELENMESİ

TABLO 16: Hastaların Genel Yaşam Doyumunu Ölçeğindeki Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Sorular	1*		2*		3*		4*		5*		6*		7*	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
1. Hayatım bir çok yönlerden idealimdekine yakın	9	6.1	14	9.5	28	19.8	26	17.6	31	20.9	26	17.6	14	9.5
2. Hayat şartlarım mükemmel	11	7.4	19	12.8	21	14.2	35	23.6	32	21.6	22	14.9	8	5.4
3. Hayatımdan memnunum	4	2.7	10	6.8	23	15.5	32	21.6	21	14.2	35	23.6	23	15.5
4. Hayatım yakın çevremdekilerin çoğunun hayatından daha iyi	2	1.4	7	4.7	13	8.8	45	30.4	24	16.2	41	27.7	16	10.8
5. Hayatta şimdiye kadar istediğim önemli şeyleri elde ettim	7	4.7	8	5.4	16	10.8	32	21.6	34	23.0	33	22.3	18	12.2
6. Eğer hayata yeniden başlasaydım hemen hemen hiçbir şey istemezdim	15	10.1	14	9.5	16	10.8	27	18.2	15	10.1	19	12.8	42	28.4
TOPLAM (n= 148)														

- 1* Tamamen karşıyım (veya tamamen yanlış)
2* Karşıyım (veya genelde yanlış)
3* Biraz karşıyım (veya biraz yanlış)
4* Ne katılıyorum, ne katılmıyorum (ne doğru, ne yanlış)
5* Biraz katılıyorum (veya biraz doğru)
6* Katılıyorum (veya genelde doğru)
7* Tamamen katılıyorum (veya tamamen doğru)

Tablo 16'da hastaların genel yaşam doyumu ölçeğinde sorulara verdikleri yanıtların dağılımı verilmiştir.

“Hayatım bir çok yönlerden idealimdekine yakın” sorusuna hastaların %6.1'i (n=9) “tamamen karşıyım”, %9.5'i (n= 14) “karşıyım” %19.8'i (n=28) “ biraz karşıyım”, %17.6'sı

(n=26) “ne katılıyorum, ne katılmıyorum”, %20.9’u (n=31) “biraz katılıyorum”, %17.6’sı (n=26) “katılıyorum”, %9.5’i (n=14) “tamamen katılıyorum” yanıtını vermişlerdir.

Hastaların “hayat şartlarım mükemmel” sorusuna %7.4’ünün (n=11) “tamamen karşıyım”, %12.8’inin (n= 19) “karşıyım”, %14.2’sinin (n=21) “ biraz karşıyım”, %23.6’sının (n=35) “ ne katılıyorum, ne katılmıyorum, %21.6’sının (n=32) “biraz katılıyorum”, %14.9’unun (n=27) “katılıyorum”, %5.4’ünün (n=8) “tamamen katılıyorum” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

“Hayatımdan memnunum” sorusuna hastaların %2.7’si (n=49) “tamamen karşıyım”, %6.8’i (n= 10) “karşıyım”, %15.5’i (n=23) “ biraz karşıyım”, %21.6’sı (n=32) “ ne katılıyorum, ne katılmıyorum, %14.2’si (n=21) “biraz katılıyorum”, %23.6’sı (n=35) “katılıyorum”, %15.5’i (n=23) “tamamen katılıyorum” yanıtını vermişlerdir.

“Hayatım yakın çevremdekilerin çoğunun hayatından daha iyi” sorusuna hastaların %1.4’ü (n=2) “tamamen karşıyım”, %4.7’si (n= 7) “karşıyım” %8.8’i (n=13) “ biraz karşıyım”, %30.4’ü (n=45) “ ne katılıyorum, ne katılmıyorum, %16.2’si (n=24) “biraz katılıyorum”, %27.7’si (n=41) “katılıyorum”, %10.8’i (n=16) “tamamen katılıyorum” yanıtını vermişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların “hayattan şimdiye kadar istediğim önemli şeyleri elde ettim. sorusuna %4.7’si (n=7) “tamamen karşıyım”, %5.4’ü (n= 8) “karşıyım” %10.8’i (n=16) “ biraz karşıyım”, %21.6’sı (n=32) “ ne katılıyorum, ne katılmıyorum, %23.0’ü (n=34) “biraz katılıyorum”, %22.3’ü (n=33) “katılıyorum”, %12.2’si (n=18) “tamamen katılıyorum” yanıtını vermişlerdir.

“Eğer hayata yeniden başlasaydım hemen hemen hiç bir şeyi değiştirmezdim” sorusuna hastaların %10.1’i (n=15) “tamamen karşıyım”, %9.5’i (n= 14) “karşıyım” %10.8’i (n=16) “biraz karşıyım”, %18.2’si (n=27) “ ne katılıyorum, ne katılmıyorum, %10.1’i (n=15) “biraz katılıyorum”, %12.8’i (n=19) “katılıyorum”, %28.4’ü (n=42) “tamamen katılıyorum” yanıtını vermişlerdir.

3.4. PSORİASİS'Lİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE YAŞAM DOYUM ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN ORTALAMASI İLE SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

3.4.1. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Cinsiyet Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TABLO 17 : *Hastaların Yaşam kalitesi Ölçeği 1. Ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Cinsiyete Göre Dağılımı*

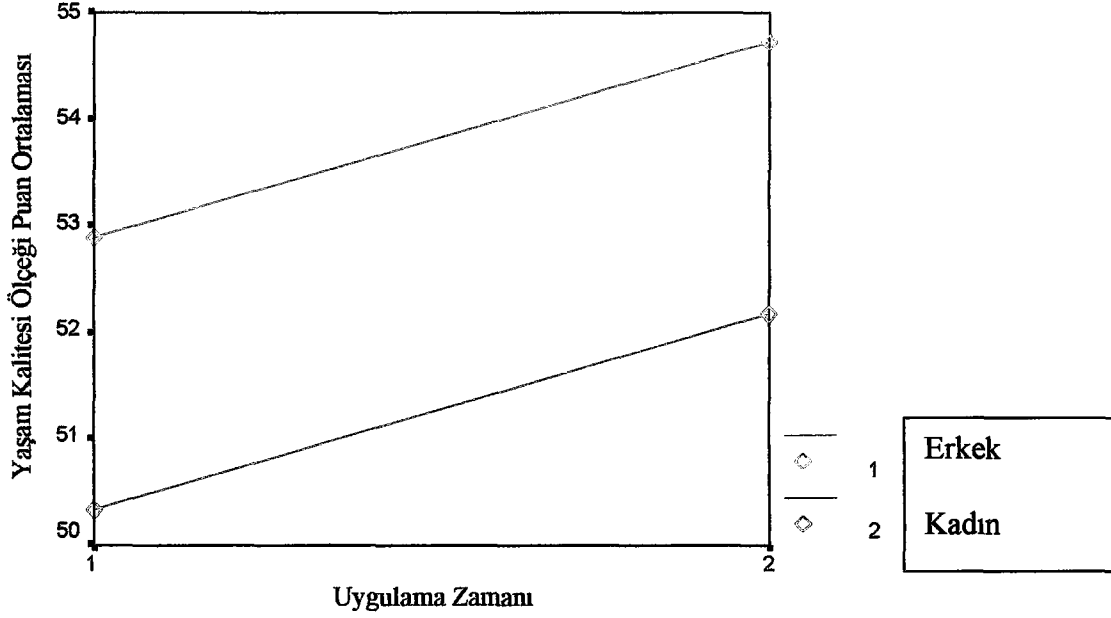
Cinsiyet	Yaşam kalitesi ölçeği			Yaşam kalitesi ölçeği			F	p
	N	\bar{X}	Ss	N	\bar{X}	Ss		
Erkek	74	52.89	13.12	74	54.73	13.00	1.97	0.16*
Kadın	74	50.32	9.84	74	52.16	10.82		
TOPLAM	148	51.61	11.63	148	53.45	11.99		

$P^* > 0.05$

Tablo 17'de yaşam kalitesi ölçeğinin 1. ve 2. uygulamalarının toplam puan ortalamasının cinsiyete göre dağılımı verilmiştir. Yapılan ileri varyans analizi sonucunda yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. ($F=1.97$; $p>0.05$).

Kadın ve erkek grupları arasında etkileşim (interaksiyon) bulunamamıştır (grafik 1).

GRAFİK 1 : Cinsiyet Grupları Arasında Etkileşim



TABLO 18 : Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği toplam Puan Ortalamasının Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	Yaşam	Doyum Ölçeği	Toplam Puan Ortalaması
	N	X	Ss
Erkek	74	27.85	6.8
Kadın	74	26.46	6.92
TOPLAM	148	27.16	6.87
VARYASYON KAYNAĞI	KARELER	SERBESTLİK	KARELER
	TOPLAMI	PERECESİ	ORTALAMASI
Gruplar arası	71.68	1	71.68
Grup içi	6873.74	146	47.08
Genel	6945.43	147	.....

$$F= 1.52; p=0.22>0.05$$

Hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamasının cinsiyete göre dağılımı tablo 18’de verilmiştir. Hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalaması ile cinsiyet arasında ilişki olup olmadığını saptamak amacıyla yapılan varyans analizinde $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F= 1.52, p>0.05$).

3.4.2. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Ortalamaları İle Yaş Grupları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TABLO 19 : Hastaların Yaşam kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	Yaşam kalitesi ölçeği			Yaşam kalitesi ölçeği			F	p
	N	\bar{X}	Ss	N	\bar{X}	Ss		
18-29 yaş	25	48.16	9.49	25	51.28	11.12	1.19	0.32*
30-41 yaş	27	48.44	10.85	27	49.48	9.76		
42-53 yaş	47	53.94	14.82	47	54.51	13.59		
54-65 yaş	28	49.71	7.52	28	51.36	10.09		
66 ve↑	21	57.10	8.56	21	61.52	1085		
TOPLAM	148	51.61	11.63	148	53.45	11.99		

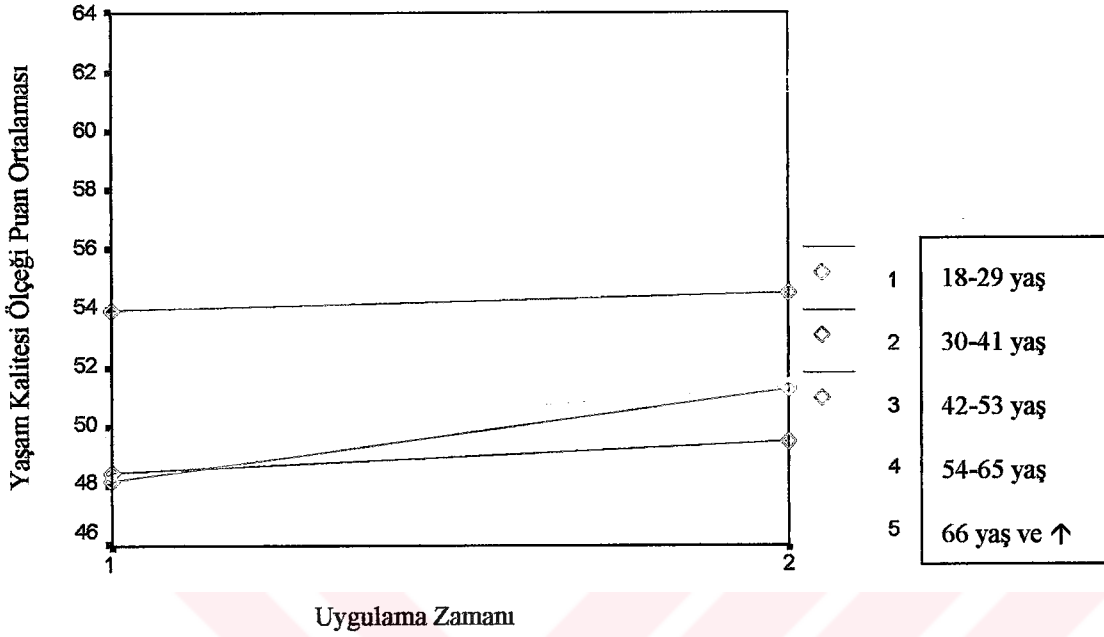
*P>0.05

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulamalarının toplam puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı tablo 19'da verilmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalaması ile yaş grupları arasında yapılan varyans analizi sonucunda yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalaması ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (F=1.19; p>0.05).

Aynı zamanda, yaş grupları arasında etkileşimin (interaksiyon) olmadığı saptanmıştır (grafik 2)

GRAFİK 2 : Yaş Grupları Arasında Etkileşim



TABLO 20 : Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	Yaşam N	Doyum Ölçeği X	Toplam Puan Ortalaması Ss
18-29 yaş	25	27.08	5.11
30-41 yaş	27	27.26	8.39
24-53 yaş	47	27.21	6.69
54-65 yaş	28	26.45	7.52
66 yaş ve ↑	21	27.90	6.61
TOPLAM	148	27.16	6.87
VARYASYON KAYNAĞI	KARELER TOPLAMI	SERBESTLİK PERECESİ	KARELER ORTALAMASI
Gruplar arası	25.75	4	6.44
Grup içi	6919.67	143	48.39
Genel	6945.43	147	.....

$F= 0.13; p=0.97>0.05$

Tablo 20’de hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamasının yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Yapılan varyans analizi sonucunda hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalaması ile yaş grupları arasında $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F= 0.13, p>0.05$).

3.4.3. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Medeni Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TABLO 21: *Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Medeni Durumuna Göre Dağılımı*

MEDENİ DURUMU	Yaşam kalitesi ölçeği 1. uygulama			Yaşam kalitesi ölçeği 2. uygulama			F	p
	N	X	Ss	N	X	Ss		
	Bekar	20	47.9	9.13	20	50.85			12.02	0.92	0.4*
Evli	105	51.97	11.96	105	53.98	11.56		
Dul veya ayrı yaşıyor	23	53.17	11.80	23	53.26	14.02		
TOPLAM	148	51.61	11.63	148	53.45	11.99		

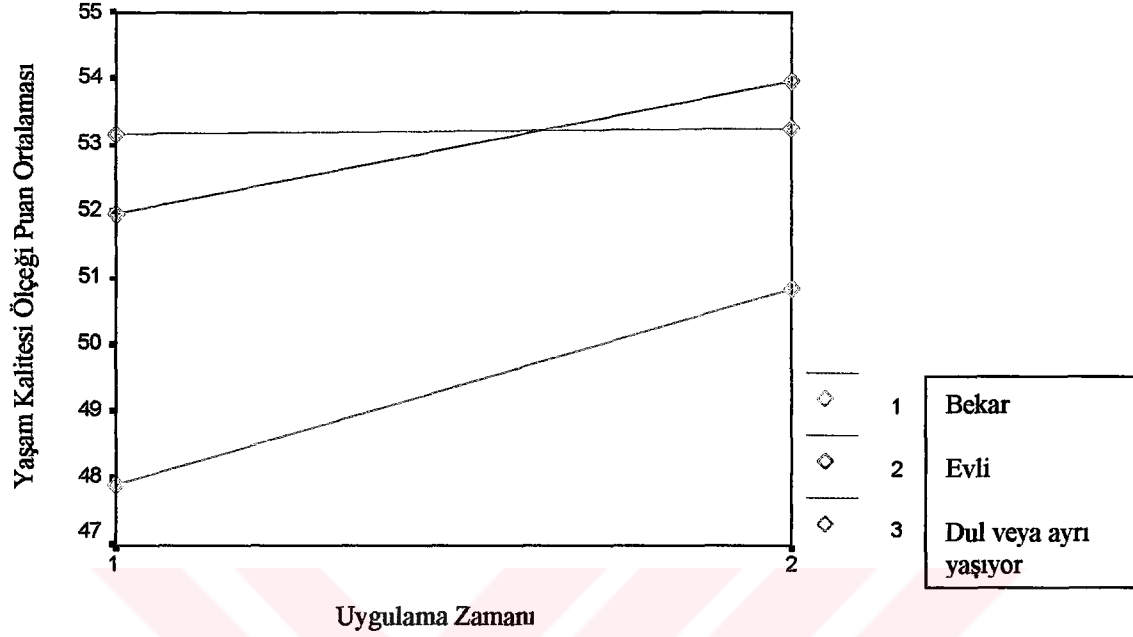
*P>0.05

Tablo 21'de Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalamasının medeni durumuna göre dağılımı verilmiştir.

Yapılan ileri varyans analizi sonucuna göre, hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. Ve 2. uygulama toplam puan ortalaması ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır(F= 0.92; p>0.05).

Gruplar arasında etkileşimin olmadığı saptanmıştır (grafik 3).

GRAFİK 3: Medeni Durum Grupları Arasında Etkileşim



TABLO 22: Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Medeni Durumuna Göre Dağılımı

Medeni Durum	Yaşam N	Doyum Ölçeği X	Toplam Puan Ortalaması Ss
Bekar	20	27.35	4.07
Evli	105	27.51	7.45
Dul veya ayrı yaşıyor	23	25.35	5.91
TOPLAM	148	27.16	6.87
VARYASYON KAYNAĞI	KARELER TOPLAMI	SERBESTLİK PERECESİ	KARELER ORTALAMASI
Gruplar arası	89.43	2	44.71
Grup içi	6855.99	145	47.28
Genel	6945.43	147	.....

$F= 0.95; p=0.39>0.05$

Hastaların Yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamasının medeni durumuna göre dağılımı Tablo 22’de verilmiştir. Yapılan varyans analizinde hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalaması ile medeni durumu arasında $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı fark bulunamamıştır ($F=0.95; p>0.05$).

3.4.4. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Çocuk Sahibi Olma Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TABLO 23: *Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılımı*

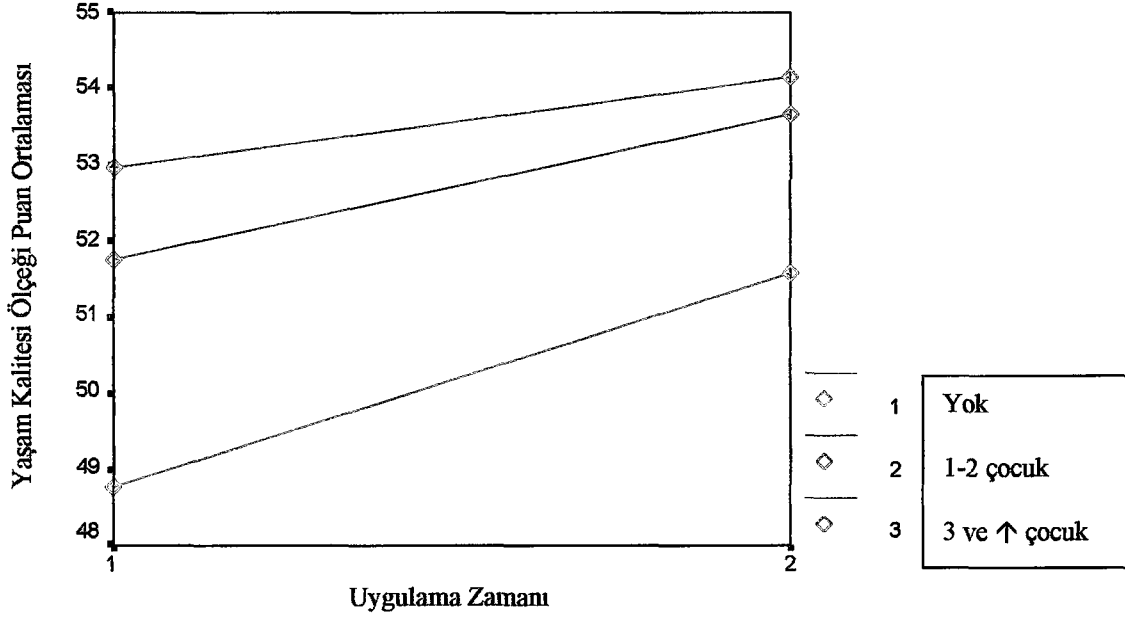
Çocuk sahibi olma durumu	Yaşam kalitesi ölçeği 1. uygulama			Yaşam kalitesi ölçeği 2. uygulama			F	p
	N	\bar{X}	Ss	N	\bar{X}	Ss		
1-2 çocuk	76	51.76	12.25	76	53.66	14.02	0.78	0.46*
3 ve ↑çocuk	46	52.96	11.87	46	54.15	8.56		
Yok	26	48.77	8.89	26	51.58	1090		
TOPLAM	148	51.61	11.63	148	53.45	11.99		

*P>0.05

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalamasının çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımı tablo 13'te verilmiştir. Yapılan varyans analizinde hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalaması ile çocuk sahibi olma durumu arasında $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı fark bulunamamıştır (F=0.78; p>0.05).

Gruplar arası yapılan etkileşim sonucunda ise interaksiyon olmadığı bulunmuştur (grafik 4).

Grafik 4 : Çocuk Sahibi Olma Grupları Arasında Etkileşim



TABLO 24: Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılımı

Çocuk sayısı	Yaşam	Doyum Ölçeği	Toplam Puan Ortalaması
	N	X	Ss
1-2 çocuk	76	26.33	7.39
3 ve ↑ çocuk	46	28.41	6.28
Yok	26	27.35	6.14
TOPLAM	148	27.16	6.87
VARYASYON KAYNAĞI	KARELER	SERBESTLİK	KARELER
	TOPLAMI	PERECESİ	ORTALAMASI
Gruplar arası	125.61	2	62.81
Grup içi	6819	145	47.03
Genel	6945	147	.....

$$F= 1.34; p=0.27>0.05$$

Tablo 24'te Hastaların Yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamasının çocuk sayısına göre dağılımı verilmiştir. Yapılan varyans analizinde hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalaması ile medeni durumu arasında $\alpha= 0.05$ önem düzeyinde anlamlı fark bulunamamıştır ($F=1.34; p>0.05$)

3.4.5. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Eğitim Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TABLO 25: *Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı*

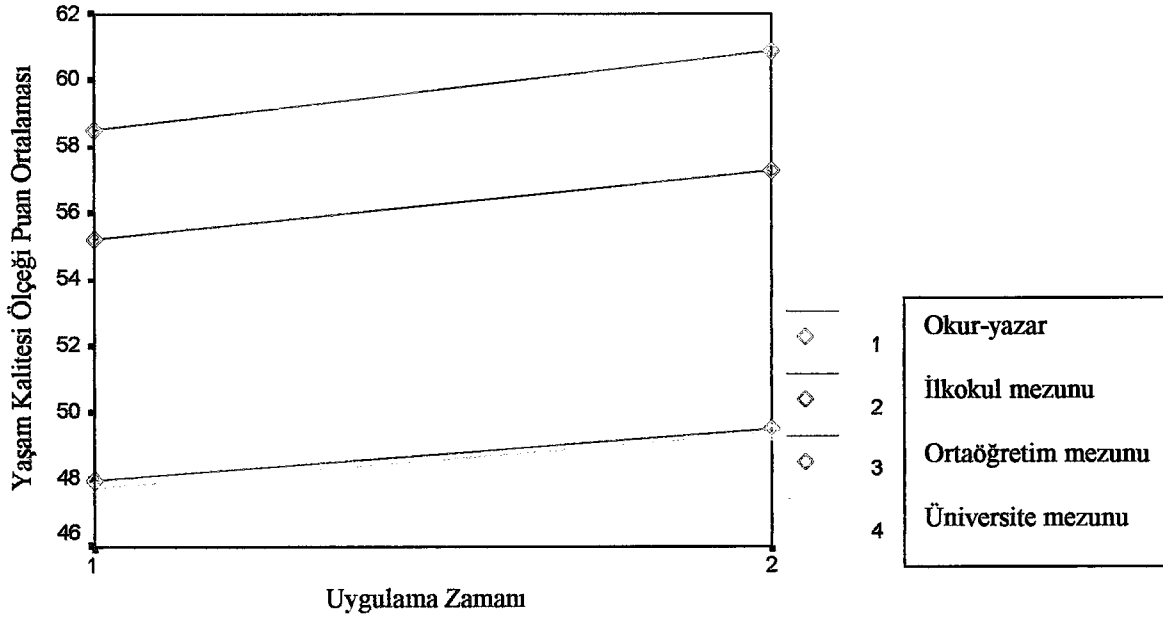
Eğitim Durumu	Yaşam kalitesi ölçeği 1. uygulama			Yaşam kalitesi ölçeği 2. uygulama			F	p
	N	X	Ss	N	X	Ss		
	Okur-yazar	29	58.52	12.37	29	60.86			13.42	10.20	0.001*
İlkokul mezunu	33	55.24	12.15	33	57.27	7.81		
Ortaöğretim mezunu	47	48.00	10.24	47	49.53	11.32		
Üniversite mezunu	39	47.74	8.92	39	49.41	11.26		
TOPLAM	148	51.61	11.63	148	53.45	11.99		

*p<0.05

Tablo 25'te hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama eğitim durumuna göre dağılımı verilmiştir. Yapılan çok yönlü varyans analizi sonucunda hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalaması ile eğitim durumları arasında $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (F=10.20; p<0.05).

Okur-yazar olan hastalar ile ilkokul mezunu hastalar, ortaöğretim mezunu olan hastalar ile üniversite mezunu olan hastalar arasında etkileşim bulunamamıştır (grafik 5).

GRAFİK 5: Eğitim Grupları Arasında Etkileşim



TABLO 26: Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Yaşam	Doyum ölçeği	Toplam Puan Ortalaması
	N	X	Ss
Okur-yazar	29	23.21	6.21
İlkokul mezunu	33	25.18	6.59
Ortaöğretim mezunu	47	27.87	5.96
Üniversite mezunu	39	30.89	6.67
TOPLAM	148	27.16	6.87
VARYASYON KAYNAĞI	KARELER	SERBESTLİK	KARELER
	TOPLAMI	PERECESİ	ORTALAMASI
Gruplar arası	1150.93	3	383.64
Grup içi	5794.49	144	40.24
Genel	6945.43	147	.....

F= 9.53; p=0.001 <0.05

Hastaların Yaşam doyumu ölçeği toplam puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında yapılan varyans analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F=9.53; p<0.05) (Tablo 26).

Gruplar arasında farklılığın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri Turkey-B ve Post Hoc testi analizlerinde okur-yazar ve ortaöğretim mezunu hastalar, okur-yazar ve üniversite mezunu hastalar, ilkokul ve üniversite mezunu hastalar, ortaöğretim ve üniversite mezunu hastalar arasında fark anlamlı bulunmuştur

3.4.6 Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyumu Ölçeği Toplam Puan Ortalaması İle Sosyal Güvenceleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TABLO 27: Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı

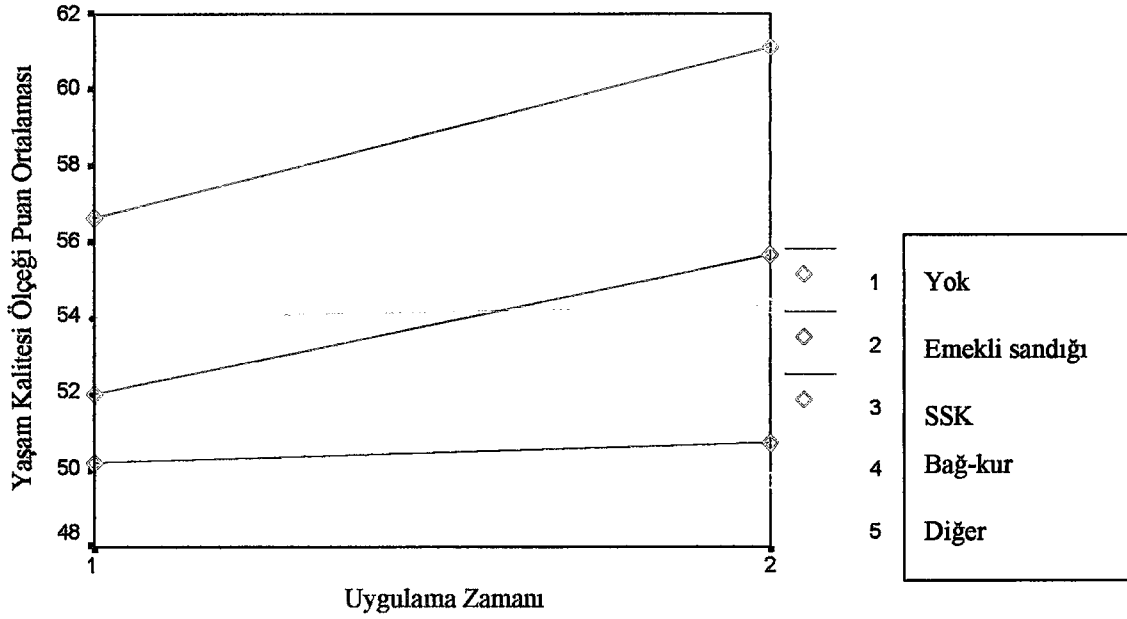
Sosyal Güvence Durumu	Yaşam kalitesi ölçeği 1. uygulama			Yaşam kalitesi ölçeği 2. uygulama			F	p
	N	\bar{X}	Ss	N	\bar{X}	Ss		
	Emekli sandığı	75	50.23	11.63	75	50.73			10.85	2.09	0.85*
SSK	46	52.02	10.48	46	55.67	10.28		
Bağ-kur	9	54.00	6.38	9	54.33	9.25		
Diğer...	4	49.75	14.36	4	49.75	21.50		
Yok	14	56.64	16.16	14	61.14	17.36		
TOPLAM	148	51.61	11.63	148	53.45	11.99		

*P>0.05

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalamasının sosyal güvence durumuna göre dağılımı tablo 27’de verilmiştir. Yapılan varyans analizinde hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalaması ile sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (F=2.09; p>0.05).

Sosyal güvence durumunu gösterir gruplar arasında yapılan analizde etkileşim saptanamamıştır (grafik 6).

GRAFİK 6: Sosyal Güvence Grupları Arasında Etkileşim



TABLO 28 : Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı

Sosyal Güvence Durumu	Yaşam	Doyum Ölçeği	Toplam Puan Ortalaması
	N	X	Ss
Emekli sandığı	75	27.81	6.96
SSK	46	26.28	7.13
Bağ-kur	9	26.33	5.24
Diğer...	4	28.00	6.92
Yok	14	26.79	6.94
TOPLAM	148	27.16	6.87
VARYASYON KAYNAĞI	KARELER	SERBESTLİK	KARELER
	TOPLAMI	PERECESİ	ORTALAMASI
Gruplar arası	78.36	4	19.59
Grup içi	6867.07	143	48.02
Genel	6945.43	147	.....

F= 0.41; p=0.80 >0.05

Araştırmaya katılan hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamaları ile sosyal güvenceleri arasında yapılan varyans analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (F= 0.41; p >0.05) (Tablo 28).

3.4.7. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalaması İle Meslekleri Arasında İlişkinin İncelenmesi

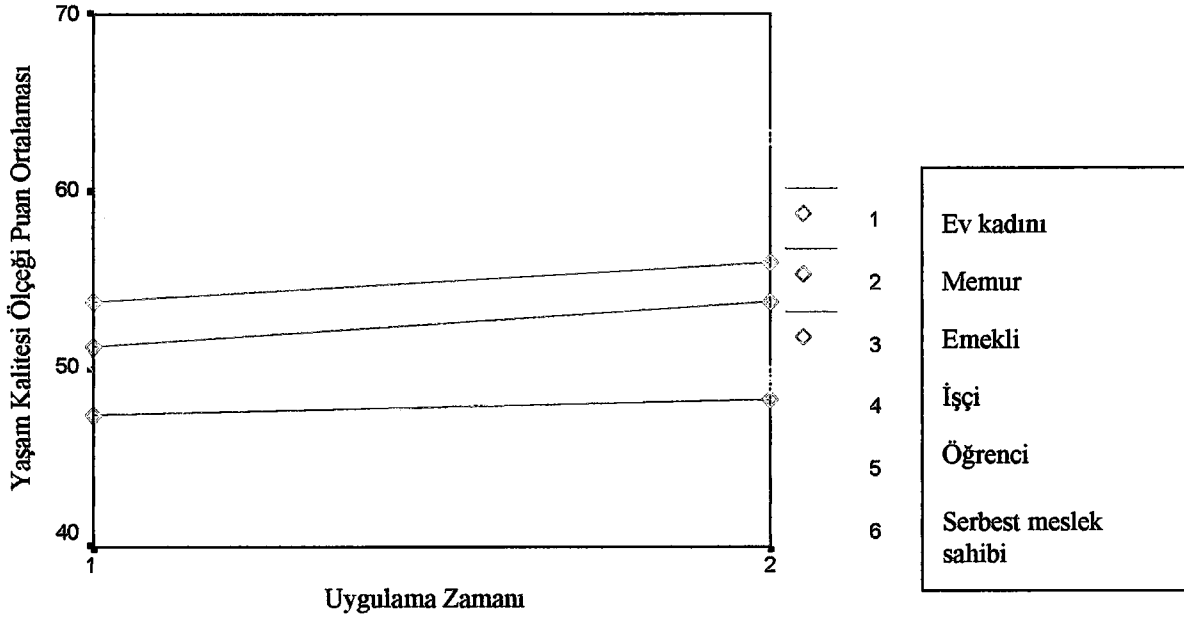
TABLO 29: Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Mesleklere Göre Dağılımı

Meslek Durumu	Yaşam kalitesi ölçeği 1. uygulama			Yaşam kalitesi ölçeği 2. uygulama			F	p
	N	\bar{X}	Ss	N	\bar{X}	Ss		
Ev Kadını	32	53.75	9.49	32	55.94	9.99	3.99	0.002*
Memur	24	47.38	9.41	24	48.29	8.91		
Emekli	37	51.24	8.58	37	53.48	11.63		
İşçi	18	58.44	15.49	18	63.00	15.25		
Öğrenci	8	46.53	6.41	8	49.00	9.18		
Serbest meslek sahibi	29	50.34	15.06	29	49.76	11.59		
TOPLAM	148	51.61	11.63	148	53.45	11.99		

*p>0.05

Yapılan çok yönlü varyans analizi sonucuna göre hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalamaları ile meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (F=3.99; p>0.05). (Tablo 29). Meslek grupları arasında ise etkileşim bulunamamıştır (Grafik 7).

GRAFİK 7: Meslek Grupları Arasında Etkileşim



TABLO 30: Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Mesleklere Göre Dağılımı

Meslek Grupları	Yaşam	Doyum Ölçeği	Toplam Puan Ortalaması
	N	X	Ss
Ev Kadını	32	24.44	6.49
Memur	24	28.79	7.70
Emekli	37	29.73	6.75
İşçi	18	21.89	5.88
Öğrenci	8	28.39	2.56
Serbest meslek sahibi	29	28.44	5.66
TOPLAM	148	27.16	6.87
VARYASYON KAYNAĞI	KARELER	SERBESTLİK	KARELER
	TOPLAMI	PERECESİ	ORTALAMASI
Gruplar arası	1105.47	5	221.09
Grup içi	5839.96	142	41.13
Genel	6945.43	147	.....

F= 5.38; p=0.0001 <0.05

Tablo 30’da Araştırmaya katılan hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamasının mesleklere göre dağılımı verilmiştir. Yapılan varyans analizinde hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamaları arasında $\alpha= 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur (F= 5.38; p=0.0001 <0.05).

Gruplar arasındaki farklılığın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri Turkey-B ve Post Hoc testi analizlerinde bu farklılığın ev kadını olan hastalarla, emekli olan hastalar, işçi olan hastalarla serbest meslek sahibi hastalar, işçi hastalarla memur hastalar ve işçi olan hastalarla emekli olan hastalar arasında olduğu saptanmıştır.

3.4.8. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalaması İle Çalışma Durumları Arasında İlişkinin İncelenmesi

TABLO 31: *Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı*

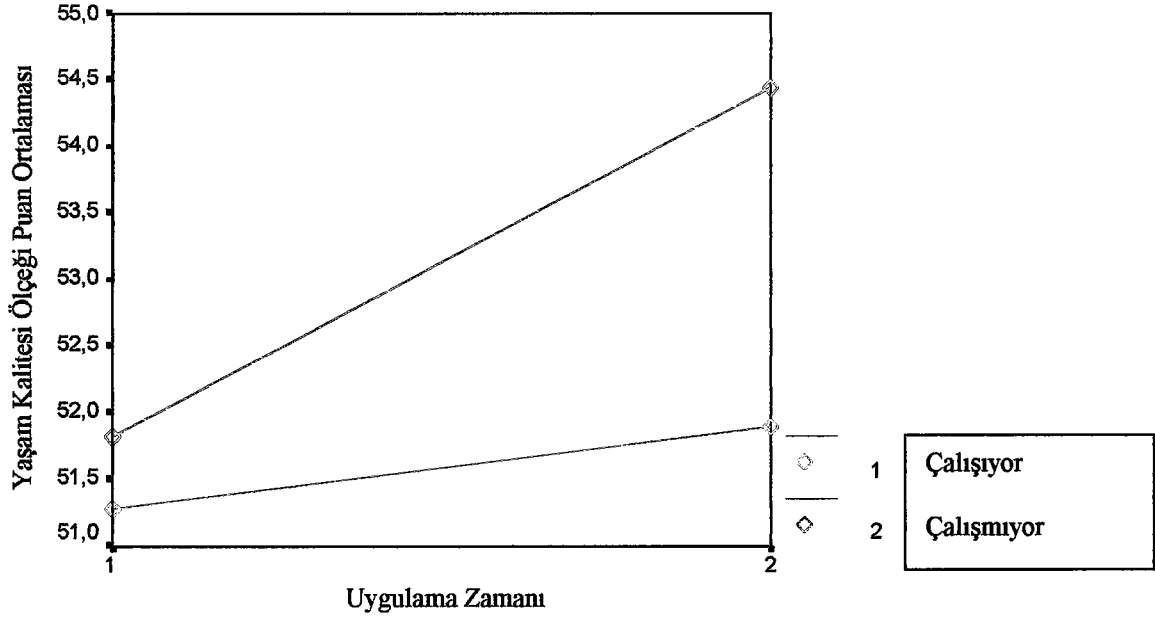
Çalışma Durumu	Yaşam kalitesi ölçeği 1. uygulama			Yaşam kalitesi ölçeği 2. uygulama			F	p
	N	\bar{X}	Ss	N	\bar{X}	Ss		
Çalışıyor	58	51.28	14.01	58	51.90	12.46	0.67	0.41*
Çalışmıyor	90	51.82	9.87	90	54.44	11.64		
TOPLAM	148	51.61	11.63	148	53.45	11.99		

*P>0.05

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalamaları ile çalışma durumuna göre dağılımı tablo 31’deki gibidir. Varyans analizi sonucuna göre hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalaması ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=0.67; p>0.05).

Grupları arasında etkileşim incelendiğinde ise, enteraksiyonun gözlenmediği saptanmıştır (Grafik 8) .

GRAFİK 8: Çalışma Grupları Arasında Etkileşim.



TABLO 32: Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Çalışma Durumu	Yaşam N	Doyum Ölçeği X	Toplam Puan ortalaması Ss
Çalışıyor	58	27.09	6.59
Çalışmıyor	90	27.20	7.08
TOPLAM	148	27.16	6.87
VARYASYON KAYNAĞI	KARELER TOPLAMI	SERBESTLİK PERECESİ	KARELER ORTALAMASI
Gruplar arası	046	1	046
Grup içi	6944.97	146	47.57
Genel	69.45	147	.....

F=001; p=0.92>0.05

Araştırmaya katılan hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalaması ile çalışma durumları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=001; p=0.92>0.05) (Tablo 32).

3.4.9. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalaması İle Yaşadıkları Yerler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TABLO 33: Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Yaşadıkları Yerlere Göre Dağılımı

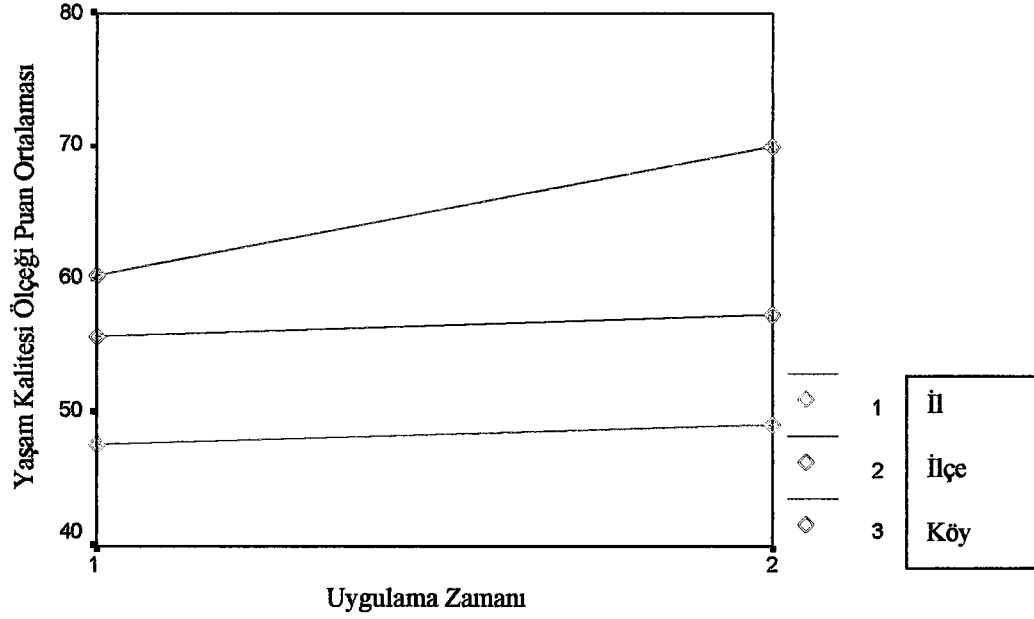
Yaşadıkları Yerler	Yaşam kalitesi ölçeği 1. uygulama			Yaşam kalitesi ölçeği 2. uygulama			F	p
	N	\bar{X}	Ss	N	\bar{X}	Ss		
	İl	79	47.61	9.08	79	49.05			9.51	16.40	0.001*
İlçe	63	55.79	12.90	63	57.38	11.92		
Köy	6	60.33	7.71	6	70.00	14.98		
TOPLAM	148	51.61	11.63	148	53.45	11.99		

*p<0.05.

Yapılan varyans analizi sonucuna göre hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalaması ile yaşadıkları yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. (F=16.40; p<0.05). (Tablo 33)

Yaşadıkları yerleri gösteren 3 Grup arasında ise etkileşim bulunamamıştır (Grafik 9)

GRAFİK 9 : Hastaların Yaşadıkları Yer Grupları Arasında Etkileşim



TABLO 34: Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Yaşadıkları Yerlere Göre Dağılımı

Yaşadıkları Yerler	Yaşam N	Doyum ölçeği X	Toplam Puan Ortalaması Ss
İl	79	27.72	6.54
İlçe	63	26.59	7.19
Köy	6	25.67	8.33
TOPLAM	148	27.16	6.87
VARYASYON KAYNAĞI	KARELER TOPLAMI	SERBESTLİK PERECESİ	KARELER ORTALAMASI
Gruplar arası	58.95	2	29.47
Grup içi	6886.48	145	47.49
Genel	6945.43	147	.....

$F=062; p=0.54>0.05$

Hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamasının yaşadıkları yerlere göre dağılımı tablo 34'te verilmiştir. Yapılan varyans analizinde hastaların yaşam doyum ölçeği

toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=062; p=0.54>0.05) .

3.4.10. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalaması İle Psoriasis Tanısı Alma Süreleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TABLO 35: *Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Psoriasis Tanısı Alma Sürelerine Göre Dağılımı*

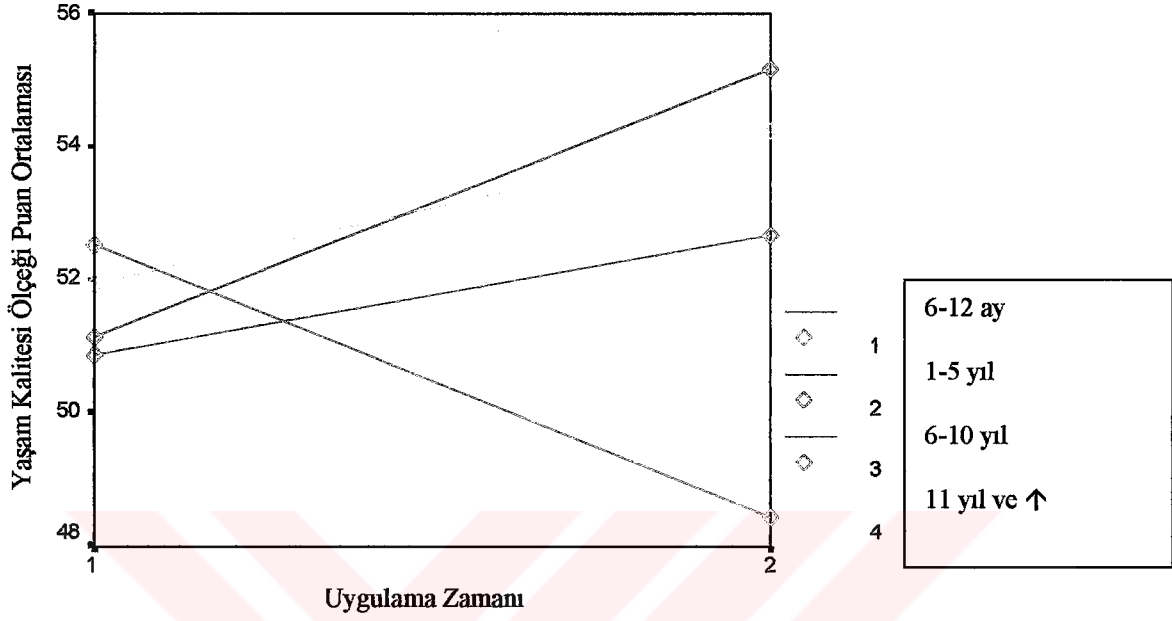
Yaşadıkları Yerler	Yaşam kalitesi ölçeği 1. uygulama			Yaşam kalitesi ölçeği 2. uygulama			F	p
	N	\bar{X}	Ss	N	\bar{X}	Ss		
6-12 ay	21	52.52	16.46	21	48.42	11.09	6.16	0.001*
1-5 yıl	46	51.15	11.61	46	55.17	12.78		
6-10 yıl	24	50.88	7.28	24	52.67	8.32		
11 yıl ve üzeri	57	51.95	11.29	57	54.23	12.69		
TOPLAM	148	51.61	11.63	148	53.45	11.99		

*p<0.05.

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalaması ile psoriasis tanısı alma süresi arasında $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur. (F=6.16; p<0.05) (Tablo 35).

Gruplar arası yapılan analizde ise psoriasis tanısı alma süresini gösteren 4 grup arasında etkileşim saptanamamıştır (Grafik10) .

GRAFİK 10: Hastaların Psoriasis Tanısı Alma Sürelerini Gösteren Grupları Arasında Etkileşim



TABLO 36: Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Psoriasis Tanısı Alma Sürelerine Göre Dağılımı

Psoriasis Tanısı Alma Süresi	Yaşam N	Doyum Ölçeği X	Toplam Puan Ortalaması Ss
6-12 ay	21	26.48	6.76
1-5 yıl	46	29.63	6.36
6-10 yıl	24	25.46	7.44
11 yıl ve üzeri	57	27.74	7.10
TOPLAM	148	27.16	6.87
VARYASYON KAYNAĞI	KARELER TOPLAMI	SERBESTLİK PERECESİ	KARELER ORTALAMASI
Gruplar arası	108.46	3	36.15
Grup içi	6836.97	144	47.48
Genel	6945.42	147	.....

F=076; p=0.52>0.05

Tablo 36’da hastaların yaşam doyumu ölçeği toplam puan ortalamasının psoriasis tanısı alma sürelerine göre dağılımı verilmiştir. Yapılan varyans analizinde hastaların yaşam doyumu ölçeği toplam puan ortalaması ile psoriasis tanısı alma süreleri arasında $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0.76$; $p>0.05$).

3.4.11. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyumu Ölçeği Toplam Puan Ortalaması İle Ailesindeki Psoriasis Hastasının Yakınlık Derecesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TABLO 37: Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Ailesindeki Psoriasis Hastasının Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı

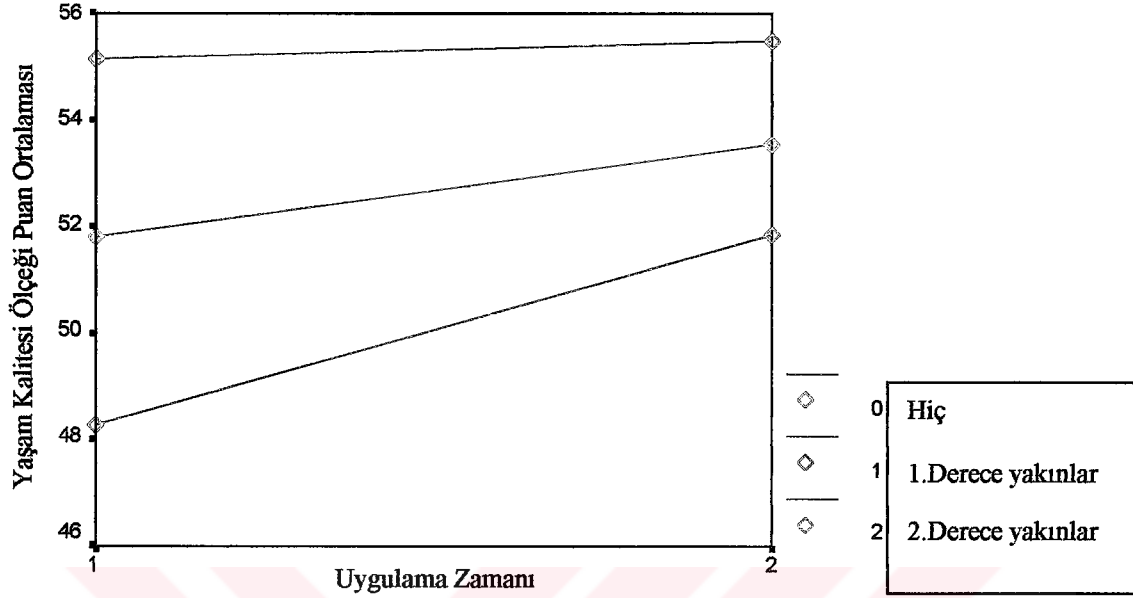
Ailesindeki Psoriasis hastasının yakınlık derecesi	Yaşam kalitesi ölçeği			Yaşam kalitesi ölçeği			F	p
	1. uygulama			2. uygulama				
	N	\bar{X}	Ss	N	\bar{X}	Ss		
1. Derece yakınlar (anne, baba, kardeş)	14	48.29	8.23	14	51.86	9.01	0.53	0.59*
2. Derece yakınlar (Teyze, dayı, amca, hala v.s.)	6	55.17	8.64	6	55.50	12.55		
3. Hiç	128	51.80	12.03	128	53.52	12.31		
TOPLAM	148	51.61	11.63	148	53.45	11.99		

* $p>0.05$.

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalaması ile ailesinde psoriasis hastasının yakınlık derecesine göre dağılımı tablo 37’deki gibidir. Hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalaması ile psoriasis hastasının yakınlık derecesi arasında $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($F=0.53$; $p>0.05$).

Yapılan analizde gruplar arasında etkileşim bulunamamıştır (Grafik11).

GRAFİK 11: Psoriasis Hastasının Ailesinde Yakınlık Derecesi Grupları Arasında Etkileşim



TABLO 38: Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının İle Ailesindeki Psoriasis Hastasının Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı

Ailesindeki Psoriasis Hastasının Yakınlık Derecesi	Yaşam N	Doyum Ölçeği X	Toplam Puan Ortalaması Ss
1. Derece yakınlar (anne, baba, kardeş)	14	30.93	6.75
2. Derece yakınlar (teyze, dayı, amca, hala v.s.)	6	22.00	8.56
3. Hiç	128	26.98	6.65
TOPLAM	148	27.16	6.87
VARYASYON KAYNAĞI	KARELER TOPLAMI	SERBESTLİK PERECESİ	KARELER ORTALAMASI
Gruplar arası	334.82	1	334.82
Grup içi	958.93	146	53.27
Genel	6945.43	147	.....

F=0.58;* p=0.45>0.05

Hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamasının ailesinde psoriasis hastasının yakınlık derecesine göre dağılımı tablo 38’de verilmiştir. Yapılan varyans analizi sonucunda hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalaması ile ailesindeki psoriasis hastasının yakınlık derecesi arasında $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0.58$; $p>0.05$).

3.4.12. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalaması İle Uygulanan Tedavi Yöntemleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TABLO 39: *Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Uygulanan Tedavi Yöntemlerine Göre Dağılımı*

Uygulanan Tedavi Yöntemleri	Yaşam kalitesi ölçeği 1. uygulama			Yaşam kalitesi ölçeği 2. uygulama			F	p
	N	\bar{X}	Ss	N	\bar{X}	Ss		
Topikal	88	51.49	11.42	88	52.15	11.22	0.64	0.53*
Sistemik	42	51.98	12.35	42	56.36	14.28		
Kombine	18	51.33	11.53	18	53.00	8.83		
TOPLAM	148	51.61	11.63	148	53.45	11.99		

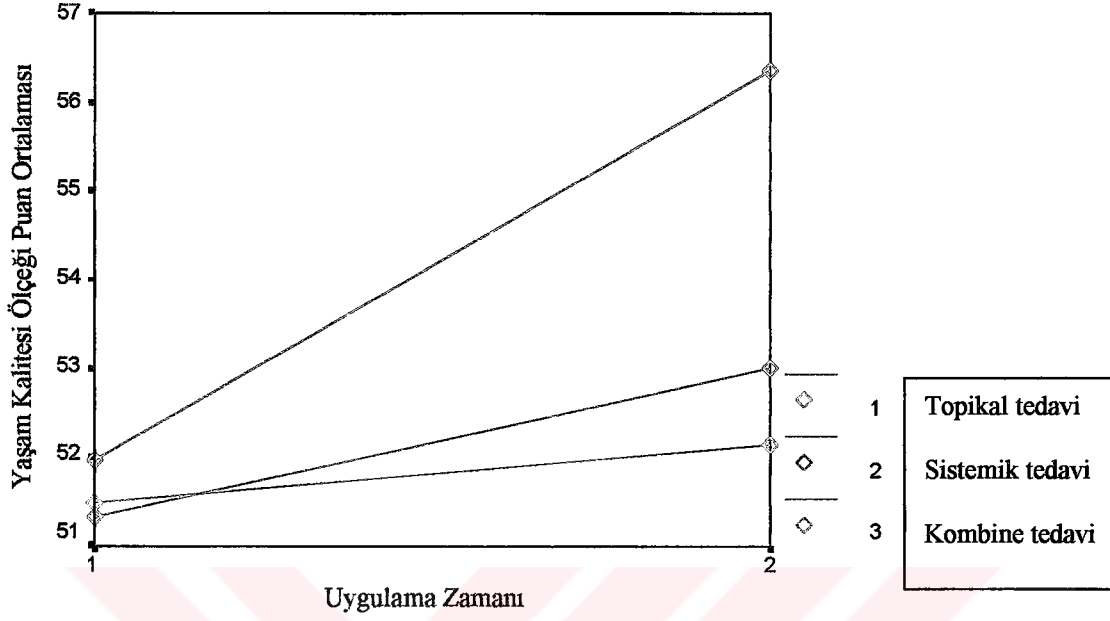
* $p>0.05$.

Tablo 39’da hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalaması uygulanan tedavi yöntemlerine göre dağılımı verilmiştir. Hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalaması ile uygulanan tedavi yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0.64$.; $p>0.05$).

Yapılan analizde gruplar arasında etkileşim saptanamamıştır (Grafik12).

GRAFİK 12 : Hastaların Uygulanan Tedavi Yöntem Grupları Arasındaki

Etkileşim



TABLO 40: Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Uygulanan Tedavi Yöntemlerine Göre Dağılımı

Uygulanan Tedavi Yöntemleri	Yaşam N	Doyum Ölçeği X	Toplam Puan Ortalaması Ss
Topikal	88	26.49	6.49
Sistemik	42	29.04	7.33
Kombine	18	26.00	7.16
TOPLAM	148	27.16	6.87
VARYASYON KAYNAĞI	KARELER TOPLAMI	SERBESTLİK PERECESİ	KARELER ORTALAMASI
Gruplar arası	213.53	2	106.77
Grup içi	6731.89	145	46.43
Genel	6945.43	147	.....

F=2.30; * p=0.1>0.05

Hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamasının aldıkları tedavi yöntemlerine göre dağılımı tablo 40’de verilmiştir. Yapılan varyans analizinde hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalaması ile aldıkları tedavi yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=2.30$; $p>0.05$).

3.4.12. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalaması İle Vücutlarındaki Lezyonların Bulunduğu Yerler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TABLO 41: *Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. ve 2. Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Vücutlarındaki Lezyonların Bulunduğu Yerlere Göre Dağılımı*

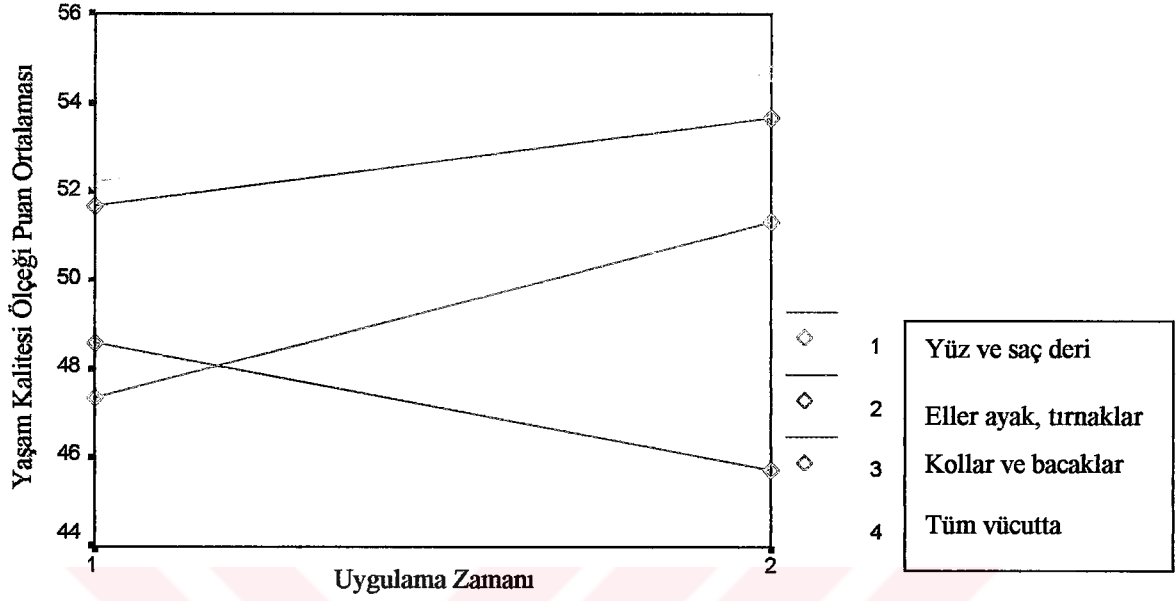
Lezyonların Bulunduğu Yerler	Yaşam kalitesi ölçeği 1. uygulama			Yaşam kalitesi ölçeği 2. uygulama			F	p
	N	\bar{X}	Ss	N	\bar{X}	Ss		
	Yüz ve saçlı deri	3	47.33	2.31	3	51.33			4.04	1.65	0.18*
Eller, ayak ve tırnaklar	17	48.59	17.66	17	45.71	9.06		
Kollar ve bacaklar	22	51.68	9.34	22	53.68	10.29		
Tüm vücut	106	52.20	11.04	106	54.69	12.48		
TOPLAM	148	51.61	11.63	148	53.45	11.99		

* $p>0.05$.

Yapılan varyans analizi sonucuna göre hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalamaları ile vücutlarındaki lezyonların bulunduğu yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1.65$.; $p>0.05$) (Tablo 41).

Vücuttaki lezyonların bulunduğu yerleri gösteren gruplar arasında bir etkileşim saptanamamıştır (Grafik13).

GRAFİK 13 : Hastaların Vücutlarındaki Lezyonların Bulunduğu Yerleri Gösteren Gruplar Arasındaki Etkileşim



TABLO 42: Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Vücutlarındaki Lezyonların Bulunduğu Yerlere Göre Dağılımı

Lezyonların Bulunduğu Yerler	Yaşam N	Doyum Ölçeği X	Toplam Puan Ortalaması Ss
Yüz ve saçlı deri	3	33.67	4.04
Eller, ayak ve tırnaklar	17	30.06	6.04
Kollar ve bacaklar	22	23.86	7.19
Tüm vücut	106	27.19	6.71
TOPLAM	148	27.16	6.87
VARYASYON KAYNAĞI	KARELER TOPLAMI	SERBESTLİK PERECESİ	KARELER ORTALAMASI
Gruplar arası	213.53	2	169.67
Grup içi	6731.89	145	44.70
Genel	6945.43	147	.....

F=3.80; p=0.01<0.05

Tablo 42’de hastaların yaşam doyumu ölçeği toplam puan ortalamasının vücuttaki lezyonların bulunduğu yerlere göre dağılımı verilmiştir. Hastaların yaşam doyumu ölçeği toplam puan ortalaması ile vücuttaki lezyonların bulunduğu yerler arasında $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur ($F=3.80$; $p<0.05$) .

Gruplararasıdaki farklılığın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri Turkey-B ve Post Hoc testi analizlerinde lezyonları kol ve bacaklarda olan hasta grubu ile lezyonları eller, ayaklar ve tırnaklarda bulunan hasta grubu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.



BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE SONUÇ

4.1. TARTIŞMA

4.1.1. HASTALARA İLİŞKİN TANITICI BİLGİLERİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamında toplam 148 hasta bulunmakta olup, bu sayının %50'sini erkekler ve %50'sini kadınlar oluşturmaktadır. Araştırma kadın ve erkek ayırımını gözetmeksizin planlanmış, bu değerlerin eşit bulunması tesadüfi olmuştur (Tablo 5).

Hastaların %16.9'u 18-29 yaş, %18.2'si 30-41 yaş, %31.8'i 42-53 yaş, %18.9'u 54-65 yaş ve %14.2'si 66 yaş ve üzerindeki yaş grubunu oluşturmaktadır (Tablo 5). Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu 42-53 yaş grubunda olup, diğer yaş gruplarında ise bu değer yakın oranda bulunmaktadır. Bu bulgu 42-53 yaş grubunda psoriasis'in daha fazla görüldüğünü göstermektedir. Ancak sağlık istatistiklerinde psoriasis'li hastaların yaş gruplarına göre dağılımları ile ilgili kesin kayıt bulunmamaktadır (7,15). Gupta A. ve Gupta K.'nin yapmış oldukları çalışmada ise psoriasisli hastaların 18-45 yaş grubunda yoğunlaştığı bulunmuştur (24).

Araştırmaya katılan hastaların %19.5'i okur-yazar, %22.3'ü ilkokul mezunu, %31.8'i ortaöğretim mezunu ve %26.4'ü üniversite mezunudur (Tablo 5).

Hastaların medeni durumları incelendiğinde, %13.5'i bekar, %71.0'i evli ve %15.5'inin dul veya ayrı yaşadığını bildirmiştir (Tablo 5).

Hastaların çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde, %51.4'ünün 1-2 çocuk sahibi, %31.0'inin 3 ve üzerinde çocuk sahibi olduğu, %17.6'sının çocuk sahibi olmadığı görülmektedir (Tablo 5). Hastaların medeni durumları ile çocuk sahibi olma durumlarını incelediğimizde ise, elde edilen bu değerlerin birbiri ile paralellik gösterdiğini görebiliriz.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %53.4'ü ilde, %42.6'sı ilçede ve %4'ü köyde oturduklarını bildirmişlerdir (Tablo 5).

Sosyal güvenceleri açısından hastaların %50.7'sinin emekli sandığı, %31.1'inin SSK'lı, %6.1'inin bağ-kurlu olduğunu, %9.5'i sosyal güvencesinin olmadığını bildirmiştir (Tablo 6). Kronik hastalıklar uzun süreli tedavi gerektirdiğinden hastalar

maddi sorunlardan dolayı güçlükle karşılaşmakta veya tedaviyi yarıda bırakmak zorunda kalmaktadırlar (17). Araştırma sonucuna göre ise, hastaların sadece %9.5'inin sosyal güvencesinin olmadığı, büyük çoğunluğunun sosyal güvenceye sahip olduğu bulunmuştur. Bu da hastalara tedavi masraflarının karşılanmasında yük getirmeyeceği için hastaların tedaviye devam etmelerini kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %39.2'si çalıştığını %60.8'i çalışmadığını bildirmiştir. (Tablo 7). Finlay A.Y. ve Coles E.C'nin yaptıkları çalışmada ise araştırmaya katılan hastaların %28.5'i çalışmadığını ve %45.8'i çalıştığını bildirmiştir (33). Hastaların %33.9'u ise ya hiç çalışmamış ya da hastalığından dolayı işten çıkarıldıklarını bildirmişlerdir (21).

Hastaların %21.6' sı ev kadını, %16.2'si memur, %25.0'i emekli, %12.2'si işçi, %5.4'ü öğrenci ve %19.6'sı serbest meslek sahibi olduğunu bildirmiştir (Tablo 8).

Araştırmaya hastalar 5 ayrı hastaneden katılmışlardır. Hastaların %35.8'i Ege Üniversitesi hastanesinden, %20.9'u Dokuz Eylül Üniversitesi hastanesinden, %25.7'si Tepecik SSK'dan, %6.1'i Bozyaka SSK ve %11.5'i Alsancak Devlet Hastanelerinden araştırmaya katılan hastalardır (Tablo 9). Hastaların çoğunluğunun sosyal güvencesinin emekli sandığı ve SSK olması Üniversite hastanelerine ve SSK hastanelerine başvurunun fazla olmasına neden olmaktadır.

Hastaların %14.2'si 6-12 ay önce, %31.1'i 1-5 yıl, %16.2'si 6-10 yıl, %38.5 gibi çoğunluğu ise 11 yıl ve üzerinde süreyle psoriasis tanısı almış olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Hastaların ailesinde psoriasis hastasının varlığı sorulduğunda, %13.5'inde psoriasis hastasının var olduğu ve %86.5'inde psoriasis hastasının olmadığı saptanmıştır. Ailesinde psoriasis hastası olanların yakınlık dereceleri incelendiğinde, % 70'inde 1.derece yakınlarda (anne, baba, kardeş) ve %30'unda ise 2.derece yakınlarda (hala, teyze,dayı vs.) psoriasis hastası olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Hastaların %59.5'ne topical , %28.4'üne sistemik ve %12.1'ine kombine tedavi uygulandığı bildirilmektedir (Tablo 12).

Hastaların vücutlarındaki lezyonların bulunduğu yerler incelendiğinde, %2.0'sinin yüz ve saçlı deride, %11.5'inin eller, ayak ve tırnaklarda, %14.9'unun kollar ve bacaklarda, %71.6 gibi çoğunluğun tüm vücutta olduğu saptanmıştır (Tablo 13).

Bir başka çalışmada psoriasisli hastaların yaklaşık %10'da değişik tırnak bozulmaları izlenmektedir (58).

4.1.2. PSORİASİS'Lİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN BİRİNCİ VE İKİNCİ UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

4.1.2.1. Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği 1.Ve 2.Uygulamada Sosyal Yaşantıları İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının İncelenmesi.

Psoriasis'li hastalara sosyal yaşantıları ile ilgili sorulan 17 sorunun yanıtları Tablo 14'de incelenmiştir.

Hastaların "yabancılar arasında rahatsızlık duyuyorum" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde 1.uygulamada %28.4'ü "hiç", %32.4'ü "az", %26.4'ü "fazla" ve %12.8'i "çok fazla" yanıtını, 2.uygulamada ise %20.3'ü "hiç", %34.5'i "az", %27.7'si "fazla" ve %17.6'sı "çok fazla" yanıtını verdikleri saptanmıştır. Bu bulgular hastaların diğer bireylerle bir arada olmaktan rahatsızlık duyduklarını göstermektedir.

Hastaların "halka açık yerlere gitmeye çekiniyorum" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde ise 1.uygulamada %43.2'si "hiç", %36.5'i "az", %10.1'i "fazla" ve %10.1'i "çok fazla" yanıtını, 2.uygulamada bu soruya hastaların %33.8'i "hiç", %36.5'i "az", %19.6'sı "fazla" ve %10.1'i "çok fazla" yanıtını verdikleri saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğunun halka açık yerlere gitmekten çekinmedikleri görülmektedir.

Hastaların "vücudumun belirli bölümlerini örtmek için rahat olmayan veya yakışmayan elbiseler giymekten rahatsız oluyorum" sorusuna 1. uygulamada %22.3'ü "hiç", %39.2'si "az", %26.4'ü "fazla" ve %12.2'si "çok fazla" yanıtını, 2.uygulamada ise 23.6'sı "hiç", %36.5'i "az" %28.4'ü "fazla" ve %11.5'i "çok fazla" yanıtını verdikleri saptanmıştır. Sonuç olarak hastaların lezyonların görünmemesi için rahat olmayan veya yakışmayan elbiseler giyinmekten az da olsa rahatsızlık duydukları bulunmuştur.

"Yanımda başkaları varken güneşlenmekten rahatsız oluyorum" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde hastaların 1. uygulamada %33.1'i "hiç", %23.6'sı "az", %29.1'i "fazla", %14.2'si "çok fazla" yanıtını, 2.uygulamada ise hastaların %25.0'i "hiç", %3.8'i "az", %26.4'ü "fazla", %14.9'u "çok fazla" yanıtını verdikleri bulunmuştur. Bu bulgular hastaların büyük çoğunluğunun yanlarında başkaları varken güneşlenmekten hiç rahatsız olmadıklarını göstermektedir.

Hastaların "diğer bireylerin derimdeki lezyonlara bulaşıcıymış gibi davranmalarından rahatsız oluyorum" sorusuna 1.uygulamada %24.3'ü "hiç", %34.5'i "az", %26.4'ü "fazla", %14.9'u "çok fazla" yanıtını, 2.uygulamada ise hastaların %17.6'sı "hiç", %39.9'u "az", %27.7'si "fazla" ve %14.9'u "çok fazla" yanıtını verdikleri saptanmıştır. Bu bulgulara göre, hastaların büyük çoğunluğunun insanların onların lezyonlarına bulaşıcıymış gibi davranmalarından rahatsız olmaktadır.

Hastaların "genellikle sosyal faaliyetlerden kaçıyorum" sorusuna baktığımızda 1.uygulamada % 45.3'ü "hiç", %34.5'i "az", %14.9'u "fazla" ve %5.4'ü "çok fazla" yanıtını verdikleri, 2.uygulamada %41.9'u "hiç", %37.2'si "az", %16.2'si "fazla" ve %4.7'si "çok fazla" yanıtını verdikleri bulunmuştur. Elde edilmiş olan bu değerlerden, hastaların sosyal faaliyetlere katılmaktan kaçmadıkları sonucu çıkmaktadır. Ancak toplumumuzun yapısı ve araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun emekli olduğu gözönünde bulundurulduğunda bu grubun sosyal faaliyete katılma sıklığının çok fazla olamayacağı söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların "yabancılar dış görünümümle ilgili bana kaba yada duyarsız davranıyorlar" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, %46.6'sı "hiç", %37.2'si "az", %12.8'i "fazla", %3.4'ü ise "çok fazla" yanıtını 1.uygulamada, %42.6'sı "hiç", %35.1'i "az", %16.9'u "fazla", %5.4'ü "çok fazla" yanıtını 2.uygulamada verdikleri bulunmuştur. Hastaları çevrelerindeki insanların hastalara kaba veya duyarsız davranışlarda bulunmadıkları ve hastaları rahatsız etmedikleri saptanmıştır.

"Kendimi çoğu zaman 'toplum dışı' veya 'topluma yakışmayan' biri gibi görüyorum" sorusuna 1.uygulamada hastaların %62.8'i "hiç", %25.7'si "az", %6.8'i "fazla", %4.7'si "çok fazla" yanıtını verdikleri, 2.uygulamada %54.7'si "hiç", % 27'si "az", %14.2'si "fazla" ve %4.1'i "çok fazla" yanıtını verdikleri bulunmuştur. Bu bulgu psoriasis'li hastaların hastalıklarından dolayı kendilerini "toplum dışı" veya "topluma yakışmayan" biri gibi görmediklerini ifade ettiklerini göstermektedir.

Hastaların "insanların bana dokunmamak için bilinçli olarak çaba harcamalarından rahatsız oluyorum" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde 1.uygulamada %48.6'sı "hiç", %29.7'si "az", %13.5'i "fazla", % 8.2'si "çok fazla" yanıtını, 2.uygulamada ise %33.1'i "hiç", %46.6'sı "az", %14.9'u "fazla", %5.4'ü "çok fazla" yanıtını verdikleri bulunmuştur. Araştırmada hastaların diğer insanların onlara dokunmamak için bilinçli çaba harcamalarından hiç rahatsızlık duymadıkları, hatta hastaların bu durumlarla çok az karşılaştıkları sonucu çıkmaktadır.

"Kuafor yada berberin saçlarıma dokunmada isteksiz davrandığını hissediyorum" sorusuna hastaların 1.uygulamada %50.7'si "hiç", %37.8'i "az", %4.1'i "fazla" ve %7.4'ü "çok fazla" yanıtını, 2.uygulamada ise hastaların %44.6'sı "hiç", %41.6'sı "az", %6.8'i "fazla", %7.4'ü "çok fazla" yanıtını verdikleri saptanmıştır. Elde edilmiş bu bulgular hastaların kuafor veya berbere gitmekten çok fazla rahatsızlık hissetmediklerini göstermektedir.

"İnsanların derimdeki görünümün AIDS, Cüzzam ya da zührevi bir hastalıktan olduğunu düşündüklerini hissediyorum" sorusuna baktığımızda hastaların %51.4'ü "hiç", %38.5'i "az", %8.1'i "fazla" ve %2.0'si "çok fazla" yanıtını 1.uygulamada, hastaların %49.3'ü "hiç", %34.5'i "az", %10.8'i "fazla" ve %5.4'ü "çok fazla" yanıtını 2.uygulamada verdikleri bulunmuştur. Psoriasis'li hastalarda derinin açıkta kalan bölgelerindeki lezyonların görüntüsü ve sürekli kabuklanıp dökülmesi hasta için sosyal bir sorundur (47). Bu nedenle çevredeki insanlar bu hastalığın bulaşıcı hastalıklardan kaynaklandığını düşünebilir. Hastaların da bu düşüncelerden rahatsız olup olmadığı incelendiğinde büyük çoğunluğunun hiç rahatsız olmadığı sonucu çıkmaktadır. Gupta A.ve Gupta K.'nın yapmış oldukları çalışmada ise erkek ve kadınlarda bu soruya yanıtın değiştiği, yani erkeklerde %19.3'ü, kadınlarda ise %9.9'u bu hastalığın AIDS , Cüzzam (lepra) veya zührevi hastalıktan kaynaklandığını ima etmelerinden rahatsızlık duyduklarını bildirmişlerdir (24).

Hastaların "arkadaşlarım genellikle dış görünümle ilgili kaba yada duyarsız hareketlerde bulunmalarından rahatsız oluyorum" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, 1.uygulamada %69.6'sı "hiç", %25'i "az", %4.7'si "fazla" ve %0.7'si "çok fazla" yanıtını, 2.uygulamada ise hastaların %69.6'sı "hiç", %21.6'sı "az", %6.8'i "fazla" ve %2'si "çok fazla" yanıtını vermişlerdir.

"Ailemin dış görünümümle ilgili kaba ya da duyarsız hareketlerde bulunmaları beni rahatsız ediyor" sorusuna 1.uygulamada %88.5'i "hiç", %6.8'i "az", %3.4'ü "fazla", %1.4'ü "çok fazla" yanıtını, %87.2'si "hiç", %8.1'i "az", %2.7'si "fazla", %2.0'si "çok fazla" yanıtını vermişlerdir.

Araştırmada hastaların hem arkadaşlarının, hem de ailelerinin onlara dış görünümünden dolayı kaba veya duyarsız davranışlarda bulunmadıkları saptanmıştır.

"Ailemin derimdeki görünümünden dolayı utanmış olduklarını hissediyorum" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde hastaların %89.2'si "hiç", %8.1'i "az", %2'si "fazla", %0.7'si "çok fazla" yanıtını 1.uygulamada, 2.uygulamada ise hastaların %87.8'i "hiç", %8.1'i "az", %2.0'si "çok fazla" yanıtını verdikleri saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğunun ailelerinin onların dış görünümünden utanmadıkları bulunmuştur.

"Çoğunlukla hava karardıktan sonra dışarı çıkıyorum" sorusuna 1.uygulamada hastaların %75.7'si "hiç", %20.9'u "az", %0.7'si "fazla" ve % 2.7'si "çok fazla" yanıtını, 2.uygulamada ise hastaların %64.9'u "hiç", %27.7'si "az", %2.7'si "fazla" ve %4.7'si "çok fazla" yanıtını vermişlerdir. Araştırmaya katılanların %50.0'sinin kadın hastalar ve araştırmaya katılan kadınların çoğunun başörtüsü ve manto kullandıklarını dikkate alınırsa hastaların günün her saatinde dışarı çıkmaktan rahatsızlık duymadıkları sonucu normal olarak düşünülmektedir.

Hastaların "erkek yada kız arkadaşlarım tarafından dışlandığımı hissediyorum" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde 1.uygulamada %73.0'ü "hiç", %21.6'sı "az", %1.4'ü "fazla" ve %4.1'i "çok fazla" yanıtını, 2.uygulamada aynı soruya hastaların %64.2'si "hiç", %28.4'ü "az", %2.7'si "fazla" ve %4.7'si "çok fazla" yanıtını verdikleri saptanmıştır.

"Derimdeki kızarıklık ve döküntülerden rahatsızlık duyuyorum" sorusuna 1. uygulamada hastaların %5.4'ü "hiç", %19.6'sı "az", %26.4'ü "fazla" ve % 48.6'sı "çok fazla", 2.uygulamada ise hastaların 4.1'i "hiç", %13.5'i "az", %33.1'i "fazla" ve % 49.3'ü "çok fazla" yanıtını verdikleri saptanmıştır. Psoriasis'li hastalarda lezyonların görüntüsü ve sürekli kabuklanıp dökülmesi hasta için sosyal bir sorundur. Özellikle, hastanın dış görünümünü bozan lezyonlar ve bunların verdiği rahatsızlıklar hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve onun toplumdan kaçmasına neden olduğu bildirilmektedir (47).

Araştırma bulgularına göre, hastaların büyük çoğunluğu kızarıklık ve döküntülerden çok fazla rahatsız olduğu ve bu durumun hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Genel olarak hastaların sosyal yaşantıları ile ilgili sorulara verdikleri yanıtları incelendiğinde ise; sosyal faaliyetlere katıldıkları, halka açık yerlere gitmeğe çekinmedikleri, güneşlenmekten kaçınmadıkları, yabancıların veya arkadaş ve ailelerinin onlara karşı kaba veya duyarsız davranışlarda bulunmadıkları görülmektedir. Bunlar da psoriasis'li hastaların yaşam kalitesini olumlu etkilediği düşünülmektedir.

4.1.2.2. Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğinde Tedavi, İş Ve Çalışma Yaşantısına İlişkin Soruları Yanıtlama Durumlarının İncelenmesi.

Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinde tedavi, iş ve çalışma yaşantısına ilişkin soruları yanıtlama durumlarına göre dağılımları tablo 15'de verilmiştir.

"Hastaların hastane ücretlerini ödemede güçlük çekiyorum" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde 1. uygulamada %68.2'si "hiç", %14.9'u "az", %8.1'i "fazla", %8.8'i

"çok fazla" yanıtını, 2.uygulamada hastaların, %66.2'si "hiç", %15.5'i "az", %6.8'i "fazla" ve %11.5'i "çok fazla" yanıtını vermişlerdir. Hastaların sosyal güvencelerine baktığımızda (Tablo 6) büyük çoğunluğunun emekli sandığı, SSK ve Bağ-Kur' dan yararlandıkları görülmektedir.

"İşimi kaybetme korkusu yaşıyorum" sorusuna hastaların 1.uygulamada %87.2'si "hiç", %9.5'i "az", %20.0'si "fazla" ve %1.4'ü "çok fazla" yanıtını, 2.uygulamada ise hastaların %87.8'i "hiç", %6.1'i "az", %0.7'si "fazla" ve %5.4'ü "çok fazla" yanıtını vermişler. Gupta A. Ve Gupta K.'nin yaptıkları çalışmada ise kadınların %8.1'inin, erkeklerin ise %21.5'inin işlerini kaybetme korkusu yaşadıkları saptanmıştır (24). Finlay A.Y. ve Coles E.C'nin yaptıkları çalışmada ise, hastaların %33.9'unun ya hiç çalışmamış olduğu ya da hastalığından dolayı işten atılmış olduklarını bildirmişlerdir (21).

Hastaların "hastane randevularım için okul yada işten sık sık izin almam eleştiriliyor" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde 1.uygulamada %85.1'i "hiç", %10.1'i "az", %2.7'si "fazla" ve %2.0'si "çok fazla" yanıtını, 2.uygulamada ise hastaların %83.8'i, "hiç", %11.5'i "az", %0.7'si "fazla" ve %4.1'i "çok fazla" yanıtını vermişlerdir. Gupta A.ve Gupta K.'nin yapmış oldukları araştırmada ise kadınların %7.1'inin, erkeklerin %15.1'inin iş veya okul dışında hastane randevuları için izin almalarının eleştirilmesinden rahatsızlık duydukları bulunmuştur (24).

Hastaların "iş veya sınıf arkadaşlarımla çatışma yaşıyorum" sorusuna 1.uygulamada %93.2'si "hiç", %4.7'si "az", %2.0'si "fazla" yanıtını, 2.uygulamada ise hastaların %92.6'sı "hiç", %6.8'i "az", %0.7'si "fazla" yanıtını vermişlerdir. Araştırmada hastaların iş veya sınıf arkadaşları ile çatışma yaşamadıkları saptanmıştır.

"Hastalığım nedeniyle patron/amir/öğretmenle genellikle tartışıyorum" sorusuna %91.2'si "hiç", %4.1'i "az", %4.7'si "fazla" yanıtını 1.uygulamada, hastaların % 93.2'si "hiç", %3.4'ü "az" ve %3.4'ü "fazla" yanıtını 2.uygulamada verdikleri bulunmuştur. Araştırma sonucunda hastaların hastalıklarından dolayı patron/amir/öğretmenle tartışma yaşamadıkları saptanmıştır.

"Baş vurduğum işten genellikle reddediliyorum" sorusuna 1. uygulamada hastaların %95.0'i "hiç", %1.4'ü "az", %0.7'si "fazla" yanıtını, 2.uygulamada ise hastaların %99.3'ü "hiç", %0.7'si "fazla" yanıtını verdikleri bulunmuştur. Hastaların %60.8'inin (Tablo 7) çalışmadığını göz önünde bulundurursak, bu sonucun "hiç" yanıtını veren hastalarla paralellik gösterdiği düşünülmektedir.

"İşten çıkarılma veya okulda başarısızlık yaşıyorum" sorusuna hastaların 1.uygulamada %94.6'si "hiç", %5.4'ü "az" yanıtını, 2. uygulamada hastaların %96.6'sı "hiç", %3.4'ü "az" yanıtını verdikleri saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların "hastalığımı nedeniyle sık sık rapor alıyorum" sorusuna 1.uygulamada %90.5'i "hiç", %4.7'si "az", %0.7'si "fazla", %4.1'i "çok fazla" olarak yanıtlarken, 2.uygulamada hastaların %91.9'u "hiç", %4.1'i "az", %4.1'i fazla yanıtını verdikleri bulunmuştur. Hastaların %60.8'inin çalışmadığı, çalışanların %39.2 (Tablo 7) olduğu göz önünde bulundurulursa sık sık rapor alan hasta yüzdesinin de düşük bulunması normaldir.

"Hastalığımla ilgilenmek için zamanımın büyük bölümünü ayırmak zorunda kalıyorum" sorusuna 1.uygulamada hastaların %8.1'i "hiç", %27.7'si "az", %30.4'ü "fazla", %33.8'i "çok fazla" yanıtını, 2.uygulamada ise %4.7'si "hiç", %21.6'sı "az", %32.4'ü "fazla" ve %41.2'si "çok fazla" yanıtını vermişlerdir. Araştırma sonucunda psoriasis'li hastaların büyük çoğunluğunun hastalıkları ile ilgilenmek için çok zaman harcadıkları bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların "tedaviye bağlı ciddi yan etkilerin oluşmasından korkuyorum" sorusuna 1.uygulamada %19.6'sı "hiç", %27.7'si "az", %30.4'ü "fazla" ve %22.3'ü "çok fazla" yanıtını, 2.uygulamada hastaların %11.5'i "hiç", %35.1'i "az", %32.4'ü "fazla" ve %20.9'u "çok fazla" yanıtını vermişlerdir. Bu da doktor ve hemşirelerin hastalara uygulanan tedavi ve yan etkileri hakkında yeterli eğitim vermemelerinden kaynaklanmaktadır.

4.1.3. PSORİASİS'Lİ HASTALARIN GENEL YAŞAM DOYUMLARI

4.1.3.1. Psoriasis'li Hastaların Genel Yaşam Doyum Ölçeğinde Soruları Yanıtlama Durumlarının İncelenmesi

Araştırmaya katılan hastaların Genel Yaşam Doyum Ölçeğinde soruları yanıtlama durumlarına göre dağılımları tablo 16'da verilmiştir.

Hastaların "hayatım bir çok yönlerden idealimdekine yakın" sorusu incelendiğinde %6.1'i "tamamen karşıyım", %9.5'i "karşıyım", %18.9'u "biraz karşıyım", %17.6'sı "ne katılıyorum, ne de katılmıyorum", %20.9'u "biraz katılıyorum" ve %9.5'i "tamamen katılıyorum" yanıtını vermişlerdir.

"Hayat şartlarım mükemmel" sorusuna hastaların %7.4'ü "tamamen karşıyım", %12.8'i "karşıyım", %14.2'si "biraz karşıyım, %23.6'sı "ne katılıyorum ne de

katılmıyorum", %21.6'sı "biraz katılıyorum", %14.9'u "katılıyorum", %5.4'ü "tamamen katılıyorum" yanıtını vermişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların "hayatımdan memnunum" sorusuna % 2.7'si "tamamen karşıyım", %6.8'i "karşıyım", %15.5'i "biraz karşıyım", %21.6'sı "ne katılıyorum ne de katılmıyorum", %14.2'si "biraz katılıyorum", %23.6'sı "katılıyorum", %15.5'i "tamamen katılıyorum" yanıtını verdikleri bulunmuştur. Hastaların hayatlarından memnun oldukları saptanmıştır.

Hastaların "hayatım yakın çevremdekilerin çoğunun hayatından daha iyi." Sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, %1.4'ü "tamamen karşıyım", %4.7'si "karşıyım", %8.8'i "biraz karşıyım", %30.4'ü "ne katılıyorum ne de katılmıyorum", %16.2'si "biraz katılıyorum", %27.7'si "katılıyorum" ve %10.8'i "tamamen katılıyorum" yanıtını vermişlerdir.

"Hayattan şimdiye kadar istediğim önemli şeyleri elde ettim" sorusuna hastaların verdikleri yanıtlar incelendiğinde, %4.7'si "tamamen karşıyım", %5.4'ü "karşıyım", %10.8'i "biraz karşıyım", %21.6'sı "ne katılıyorum ne de katılmıyorum", %23'ü "biraz katılıyorum" %12.2'si "tamamen katılıyorum" yanıtını vermişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların "eğer hayata yeniden başlasaydım hemen-hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim" sorusuna yanıtları incelendiğinde %10.1'i "tamamen karşıyım", %9.5'i "karşıyım", %10.8'i "biraz karşıyım", %18.2'si "ne katılıyorum, ne de katılmıyorum", %10.1'i "biraz katılıyorum", %12.8'i "katılıyorum" ve %28.4'ü "tamamen katılıyorum" yanıtını vermişlerdir.

4.1.4. PSORİASİS'Lİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE YAŞAM DOYUM ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN ORTALAMALARI İLE SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

4.1.4.1 Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Cinsiyet Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yaşam kalitesi ölçeğinin 1. ve 2.uygulama toplam puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı incelenmiş ve yapılan varyans analizi sonucunda yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır .(F= 1.96; p>0.05) (Tablo 17).

Gupta A. Ve Gupta K.'nın yapmış oldukları (Yaşam Kalitesine Psoriasis Etkisinde Yaş ve Cinsiyet Farkları) çalışmalarında cinsiyetle yaşam kalitesi arasındaki ilişkide belirgin farklılıklar bulunmamıştır (p>0.05) (24).

Yaşam doyumu ölçeği toplam puan ortalaması ile cinsiyet arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1.52$; $p>0.05$) (Tablo 18).

4.1.4.2. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyumu Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Yaş Grupları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1.ve 2.uygulama toplam puan ortalamaları ile yaş grupları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha= 0.05$ önem düzeyinde anlamlı fark bulunamamıştır ($F=1.19$; $p>0.05$) (Tablo 19).

Yaşam doyumu ölçeği toplam puan ortalaması ile yaş grupları arasında ilişki incelendiğinde de yapılan varyans analizi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F= 0.13$; $p>0.05$) (Tablo 20). Araştırmada yaşam kalitesi ve yaşam doyumu ölçeği toplam puan ortalaması ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Gupta A. Ve Gupta K.'nın yapmış oldukları çalışmada da yaş grupları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

4.1.4.3. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyumu Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Medeni Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

Yapılan varyans analizi sonucuna göre, hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1.ve 2.uygulama toplam puan ortalamaları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0.92$; $p>0.05$) (Tablo 21).

Hastaların yaşam doyumu ölçeği toplam puan ortalaması ile medeni durumu arasında yapılan varyans analizinde $\alpha =0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0.95$; $p>0.05$) (Tablo 22). Araştırma sonucunda psoriasis'li hastaların yaşam kalitesi ve yaşam doyumu ölçeği toplam puan ortalaması ile medeni durumları arasında ilişki olmadığı bulunmuştur.

4.1.4.4. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Çocuk Sahibi Olma Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1.ve 2. uygulama toplam puan ortalaması ile çocuk sahibi olma durumu arasında yapılan varyans analizinde $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=0.78; p>0.05) (Tablo 23).

Araştırmaya katılan hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalaması ile çocuk sahibi olma durumları arasında ilişki incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=1.34; p>0.05) (Tablo 24).

Psoriasis'li hastalara uygulanan yaşam kalitesi ve yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamaları ile çocuk sahibi olma durumları arasında ilişkinin olmadığı saptanmıştır.

4.1.4.5. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Eğitim Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yapılan varyans analizinde hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1.ve 2.uygulama toplam puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında $\alpha =0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur (F=10.20; p<0.05) (Tablo 25).

Hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında yapılan varyans analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(F=9.53;p<0.05) (Tablo 26).

Gruplar arasındaki farklılığın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri Tukey_B ve Post Hoc testi analizinde (39) okur-yazar hastalar ile ortaöğretim mezunu hastalar, okur-yazar hastalar ile üniversite mezunu hastalar, ilkokul mezunu hastalar ile üniversite mezunu hastalar, ortaöğretim mezunu hastalar ile üniversite mezunu hastalar arasında fark olduğu bulunmuştur. Bu araştırma sonuçlarından hastaların eğitim durumları arttıkça hastalığa gösterdikleri önem ve önlemler de artacağından eğitim grupları arasındaki bu farklılıkların paralellik gösterdiği düşünülmektedir.

4.1.4.6. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Sosyal Güvenceleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1.ve 2.uygulama toplam puan ortalamaları ile sosyal güvence durumları arasında yapılan varyans analizine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=2.09; P>0.05) (Tablo 27). Sosyal güvence durumunu gösteren gruplar arasında yapılan analizde gruplar arası etkileşim saptanamamıştır (Grafik 6).

Araştırmaya katılan hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalaması ile sosyal güvenceleri arasında yapılan varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=0.41;p>0.05) (Tablo 28).

Araştırmaya katılan hastaların %50.7'sinin emekli sandığına ve %31.1'inin Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı olduğunu gözönünde bulundurursak hastaların yaşam kalitesi ve yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamaları ile sosyal güvenceleri arasında anlamlı bir fark bulunmaması sonucu olasıdır.

4.1.4.7. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Meslekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

Yapılan çok yönlü varyans analizi sonucuna göre hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1.ve 2.uygulama toplam puan ortalamaları ile meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (F=3.99; p>0.05) (Tablo 29).

Hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamaları ile meslekleri arasında yapılan varyans analizinde $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur. (F=5.38; p<0.05) (Tablo 30).

Gruplar arasındaki farklılığın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri Tukey-B ve Post Hoc testi analizinde bu farklılığın ev kadını olan hastalarla emekli olan hastalar, işçi olan hastalarla serbest meslek sahibi hastalar, işçi hastalarla memur olan hastalar ve işçi olan hastalarla emekli olan hastalar arasında olduğu bulunmuştur.

4.1.4.8.Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Çalışma Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1.ve 2.uygulama toplam puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=0.67;p>0.05) (Tablo 31). Çalışma durumunu gösteren gruplar arasında ise etkileşim bulunamamıştır (Grafik 8).

Araştırmaya katılan hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalaması ile çalışma durumları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamlı fark bulunamamıştır (F=0.01;p >0.05) (Tablo 32).

Araştırma sonucunda yaşam kalitesi ve yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında ilişkinin olmadığı saptanmıştır.

4.1.4.9. Hastaların Yaşam Kalitesive Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Yaşadıkları Yerler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

Yapılan varyans analizi sonucuna göre hastaların yaşam kalitesi ölçeği l.ve 2.uygulama toplam puan ortalamaları ile yaşadıkları yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=16.40$; $p<0.05$) (Tablo 33).

Hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalaması ile yaşadıkları yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0.62$; $p>0.05$) (Tablo 34).

Araştırma sonucunda hastaların yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması ile yaşadıkları yer arasında anlamlı ilişki bulunmuş, hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalaması ile yaşadıkları yerler arasında ilişki bulunamamıştır.

4.1.4.10. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Psoriasis Tanısı Alma Süreleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği l.ve 2.uygulama toplam puan ortalamaları ile psoriasis tanısı alma süresi arasında $\alpha =0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=6.16$; $p<0.05$) (Tablo 35).

Gruplar arası yapılan analizde ise psoriasis tanısı alma süresini gösteren 4 grup arasında gruplar arası etkileşim saptanamamıştır (Grafik 10).

Hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamaları ile psoriasis tanısı alma süresi arasında $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0.76$; $p>0.05$) (Tablo 36).

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ile psoriasis tanısı alma süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalaması ile psoriasis tanısı alma süreleri arasında ilişki bulunamamıştır. Bu sonucun kronik hastalarda hastalığın doğal sonucu olduğu düşünülmektedir.

4.1.4.11. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Ailesindeki Psoriasis Hastasının Yakınlık Derecesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

Hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ile ailesindeki psoriasis hastasının yakınlık derecesi incelendiğinde, aralarında $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0.53$; $p>0.05$) (Tablo 37).

Hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamasının ailesindeki psoriasis hastasının yakınlık derecesine baktığımızda $\alpha= 0.05$ önem düzeyinde bir fark saptanamamıştır (F=0.58; $p>0.05$) (Tablo 38).

Psoriasis'in genetik özellik taşıdığı bilinmektedir (7,15,47). Araştırma sonucunda da hastaların % 13.5'inin ailelerinde psoriasis tanısı almış olan hasta bulunmuştur (Tablo 11). Fakat psoriasis'li hastaların yaşam kalitesi ve yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamaları ile ailesinde psoriasis hastasının yakınlık derecesi arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır.

4.1.4.12. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları İle Uygulanan Tedavi Yöntemleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalamaları ile onlara uygulanan tedavi yöntemleri arasında ilişki incelendiğinde; aralarında yapılan varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=0.64; $p>0.05$) (Tablo 39).

Uygulanan tedavi yöntemlerini gösteren tedavi grupları arasında yapılan analizde gruplar arasında etkileşim saptanamamıştır (Grafik 12).

Hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalaması ile aldıkları tedavi yöntemleri arasındaki ilişki incelendiğinde ise, yapılan varyans analizinde $\alpha= 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=2.30; $p>0.05$) (Tablo 40).

Araştırmada yaşam kalitesi ve yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamaları ile uygulanan tedavi yöntemleri arasında ilişki bulunmadığını söyleyebiliriz.

4.1.4.13. Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyum Ölçeği Toplam Puan Ortalaması İle Vücutlarındaki Lezyonların Bulunduğu Yerler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

Yapılan varyans analizi sonucuna göre hastaların yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalamaları ile vücutlarındaki lezyonların bulunduğu yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=1.65 ; $p>0.05$) (Tablo 41).

Vücuttaki lezyonları gösteren gruplar arasında da gruplar arası etkileşim saptanamamıştır (Grafik 13).

Finlay A.Y. ve Coles E.C'nin (1994) yapmış oldukları çalışmada da araştırmaya katılanların yaşam kalitesi indeksi ile vücutlarındaki lezyonların bulunduğu yerler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (21).

Hastaların yaşam doyum ölçeği toplam puan ortalamaları ile vücutlarındaki lezyonların bulunduğu yerler arasında yapılan varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=3.80$; $p<0.05$) (Tablo 42).

Gruplar arasındaki farklılığın nereden kaynaklandığı incelendiğinde, yapılan ileri Tukey-B ve Post Hoc testi analizlerinde lezyonların kol ve bacaklarda olan hasta grubu ile lezyonların eller, ayak ve tırnaklarda bulunan hasta grubu arasında fark bulunmuştur.

4.2. SONUÇ

Kronik bir hastalık olan psoriasis'li hastaların yaşam kalitesini ölçen geçerli ve güvenilir bir ölçeğin Türk literatürüne kazandırılması, aynı zamanda, psoriasis'li hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesi, yaşam kalitesi ile sosyo-demografik değişkenler ve hastalık ile ilgili değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırma bulgularına göre;

148 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya katılanların %50'si erkek ve %50'si kadınlardan oluşmaktadır (Tablo 5).

Hastaların %31.8'i 42-53 yaş grubunda, %31.8'i ortaöğretim mezunu ve %71.0'i evli hastalardır (Tablo 5).

Hastaların çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde, %51.4'ü 1-2 çocuk sahibi olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 5).

Sosyal güvenceleri açısından hastaların %50.7'si emekli sandığına bağlı olduğunu bildirmiştir (Tablo 6).

Hastaların %60.8'i çalışmadığını (Tablo 7), %25.0'ı ise emekli olduğunu bildirmiştir (Tablo 8).

Araştırmaya katılan hastaların %38.5 gibi çoğunluğu 11 yıl ve daha uzun süre psoriasis tanısı aldıklarını bildirmişlerdir (Tablo 10).

Hastaların %13.5'inin ailesinde psoriasis hastası olduğu ailesindeki psoriasis hastasının yakınlık derecesi incelendiğinde ise %70'i 1. derece yakınlarında olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 11).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %59.5'ine topical tedavi uygulanmakta olup (Tablo 12) ve %71.6'sının tüm vücudunda lezyonların bulunduğu gözlenmiştir (Tablo 13).

Hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin tamamından aldıkları toplam puan ortalaması 1. uygulamada $\bar{x}=51.61$ ve 2. uygulamada $\bar{x}=53.45$ olarak (Tablo 2) ve genel yaşam doyumu ölçeği toplam puan ortalaması ise $\bar{x}=27.16$ olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-2.94, p<0.05$).

Araştırmada kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçeğinin test-tekrar test güvenilirlik katsayıları $\alpha_1=0.73$ ve $\alpha_2=0.89$ bulunmuştur (Tablo 3).

Genel Yaşam Doyum Ölçeğinin bu çalışmada güvenilirlik katsayısı $\alpha=0.77$ olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinde sosyal yaşantıları ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlara göre;

Hastaların %27.7'si yabancılar arasında fazla rahatsızlık duyduğunu, %19.6'sı halka açık yerlere gitmeğe çekindiğini, %28.4'ünün rahat olmayan veya yakışmayan elbiseler giymekten fazla rahatsız olduklarını bildirmişlerdir. Aynı zamanda hastaların %26.4'ü yanlarında başkaları varken güneşlenmekten rahatsız olduklarını, %27.7'si diğer bireylerin derilerindeki lezyonlara bulaşıcıymış gibi davranmalarından, fazla rahatsız oldukları bildirmişlerdir (Tablo 14).

Araştırmaya katılan hastaların %45.3'ü sosyal faaliyetlere katıldıklarını, %46.6'sı yabancıların onlara dış görünüşleriyle ilgili kaba veya duyarsız davrandıklarını, %62.5'i ise hastalıklarından dolayı kendisini "toplum dışı" veya "topluma yakışmayan" biri gibi görmediklerini ifade etmişler (Tablo 14).

Hastaların %48.6'sı insanların onlara dokunmamak için bilinçli çaba harcamalarından rahatsız olmadıklarını, %50.7'si kuaför veya berberin onların saçlarına dokunmakta isteksiz olmalarından ve %51.4'ü insanların derilerindeki görünüm AIDS, cüzzam ya da zührevi hastalıktan kaynaklandığını düşünmelerden rahatsız olmadıklarını bildirmişlerdir (Tablo 14).

Araştırmaya katılan hastaların %69.6'sı arkadaşlarının onlara dış görünüşle ilgili kaba davranmadıklarını, %89.2'si ailesinin onların dış görünüşleriyle ilgili kaba veya duyarsız davranmadıklarını ifade etmiş ve %75.7'si her zaman dışarı çıkabildiklerini, %73'ü ise erkek veya kız arkadaşları tarafından dışlanmadıkları bildirmişlerdir (Tablo 14).

Hastaların %48.6'sı derilerindeki kızarıklık ve döküntülerden rahatsız olduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 14).

Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinde tedavi, iş ve çalışma yaşantısına ilişkin sorulara verdikleri yanıtlara göre;

Hastaların %68.2'si hastane ücretlerini ödemede güçlük çekmediklerini, %73'ü hastalığı nedeniyle gelir/maaş kaybı yaşamadığını, %87.2'si hastalığından dolayı işini kaybetme korkusu yaşamadığını, %85.1'i hastane randevuları için iş yada okuldan sık sık izin almakta zorlanmadıklarını bildirmişlerdir (Tablo 15).

Hastaların %93.2'si iş veya sınıf arkadaşlarıyla çatışma yaşamadığını, %91.2'si patron/amir/öğretmenle genellikle hastalığından dolayı tartışmadıklarını, %98.0'i başvurduğu işten hastalığından dolayı reddedilmediğini ifade etmişlerdir (Tablo 15).

Hastaların genel yaşam doyumu ölçeğindeki sorulara verdikleri yanıtlara göre;

Araştırmaya katılan hastaların yalnız %9.5'i yaşamlarının ideallerine yakın olduğu %5.4'ü hayat şartlarının mükemmel olduğunu, % 15.5'i hayatından memnun olduğu, %10.8'i yaşamlarının yakın çevrelerindeki diğer çoğunun yaşamından daha iyi olduğu, %12.2'si hayattan şimdiye kadar istediklerini elde ettikleri, %28.4'ü ise hayata yeniden başlamış olsalar da hiçbir şeyi değiştirmek istemedikleri yanıtını vermişlerdir (Tablo 16).

Yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalamasının hastaların cinsiyetleri ($F=0.78$, $p>0.05$) (Tablo 23). Arasında yapılan istatistiksel analizler sonucunda anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Genel yaşam doyumu ölçeği toplam puan ortalaması ile hastaların cinsiyetleri ($F=1.52$, $p>0.05$) (Tablo 18), yaş grupları ($F=1.34$, $p>0.05$) (Tablo 24), medeni durumları ($F=0.95$, $p>0.05$) (Tablo 22), ve çocuk sahibi olma durumları ($F=0.13$, $p>0.05$) (Tablo 20) arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalamasının ile hastaların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=10.20$, $p>0.05$) (Tablo 25). Genel yaşam doyumu ölçeği toplam puan ortalaması ile hastaların eğitim durumları arasında $\alpha =0.05$ önem düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur ($F=9.53$, $p<0.05$) (Tablo 26).

Yaşam kalitesi ölçeği 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalamasının hastaların sosyal güvenceleri ($F=2.09$, $p>0.05$) (Tablo 27), çalışma durumları ($F=0.67$, $p>0.05$) (Tablo 31) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Genel yaşam doyumu ölçeği toplam puan ortalaması ile hastaların sosyal güvenceleri ($F=0.41$, $p>0.05$) (Tablo 28), çalışma durumları ($F=0.01$, $p>0.05$) (Tablo 32) arasında $\alpha =0.05$ önem düzeyinde anlamlı fark bulunmamıştır.

Yaşam kalitesi ölçeği 1.ve 2. uygulama toplam puan ortalaması ile hastaların meslekleri ($F=3.99$, $p>0.05$) (Tablo 29), yaşadıkları yerler ($F=16.40$, $p>0.05$) (Tablo 33)

psoriasis tanısı alma süreleri ($F=6,16$, $p>0.05$) (Tablo 35) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Genel yaşam doyumu ölçeği toplam puan ortalaması ile hastaların meslekleri ($F=5.35$, $p>0.05$) (Tablo 30), çalışma durumları ($F=0,01$, $p>0.05$) (Tablo 30) arasında $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı fark bulunmuş, yaşadıkları yerler ($F=0,62$, $p>0.05$) (Tablo 34) ve psoriasis tanısı alma süreleri ($F=0,76$, $p>0.05$) (Tablo 36) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Yaşam kalitesi ölçeği 1.ve 2. uygulama toplam puan ortalaması ile hastanın ailesinde psoriasis hastasının yakınlık derecesi ($F=0,53$, $p>0.05$) (Tablo 37), uygulanan tedavi yöntemleri ($F=0,64$, $p>0.05$) (Tablo 39) vücutlarındaki lezyonların bulunduğu yerler ($F=1.65$, $p>0.05$) (Tablo 41) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Genel yaşam doyumu ölçeği toplam puan ortalaması ile hastaların ailesinde psoriasis hastasının yakınlık derecesi ($F=0,58$, $p>0.05$) (Tablo 38), uygulanan tedavi yöntemleri ($F=2,30$, $p>0.05$) (Tablo 40) arasında $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı fark bulunamamış ve hastaların vücutlarındaki lezyonların bulunduğu yerler arasında ($F=0,380$, $p>0.05$) (Tablo 42) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Sonuç olarak, kullanılan yaşam kalitesi ölçeğinin ülkemiz açısından geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur.

Elde edilmiş olan yukarıdaki verilerden hastaların büyük çoğunluğunun sosyal faaliyetlere katıldıkları, ancak toplumumuzun yapısı ve araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun emekli olduğu göz önünde bulundurulduğunda ise hastaların sosyal faaliyetlere katılma sıklığının çok fazla olmayacağı söylenebilir.

Araştırma sonucunda hastaların yaşam kalitesi ve yaşam doyumlarının eğitim durumlarından, mesleklerinden, yaşadıkları yerlerden ve psoriasis tanısı alma sürelerinden etkilendiği bulunmuştur.

4.2.1. ÖNERİLER

Psoriasis'li hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilebilir;

- Kronik bir hastalık olan psoriasis'li hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirliği saptanmış ölçekler kullanılarak belirlenmesi,
- Psoriasis'li hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin yapılan çalışmalarla saptanmasından sonra bunların kontrol altına alınabilmesi için gerekli girişimlerin yapılması,
- Psoriasis'li hasta, hasta yakınları ve toplumun görsel ve işitsel araçlarla konuyla ilgili eğitimin yapılması,
- Psoriasis'li hastanın bakım ve tedavisini üstlenen hemşire ve hekimin hastanın yaşam kalitesini en üst düzeyde tutabilmek amacıyla bakım ve tedaviyi planlaması,
- Kronik hastalıkların tümünde hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla uygun ölçekler geliştirilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının planlanması.

ÖZET

Bu araştırma; Gupta A. Ve Gupta K. tarafından Psoriasis'li hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilen, geçerlik ve güvenilirliği saptanan ölçeğin, Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliğinin yeniden sınanması, kronik bir hastalık olan psoriasis'li hastaların yaşam kalitesini ölçen geçerli ve güvenilir bir ölçeğin literatürümüze kazandırılması, psoriasis'li hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesi ve yaşam kalitesi ile sosyo-demografik değişkenler, hastalık ile ilgili değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma 01.09.1999 – 30.04.2000 tarihleri arasında Ege Üniversitesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda, Sosyal Sigortalar Kurumu Tepecik ve Bozyaka Sosyal Sigortalar Kurumu Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Alsancak Devlet Hastanesinde yatan ve ayaktan tedavi olan 148 hasta önceden saptanmış sınırlılıklara uyularak araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmada veri toplama yönteminde psoriasisli hastalar ile ilgili tanıtıcı bilgiler (Ek-I), Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-II) ve ölçeğin güvenilirliğinin güçlendirilmesi için Genel Yaşam Doyum Ölçeği (Ek-III) kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdelik, tek yönlü (ANOVA) ve çok yönlü varyans analizinde ileri Turkey-B ve Post Hoc testi, t-testi uygulanmıştır. Yaşam kalitesi ölçeğinin içerik geçerliği (Content validity) Kendal Uyuşum Katsayısı (W) Kendall Coefficient Of Concordance) korelasyon testi uygulanarak saptanmıştır ($p= 0.0006$). İçerik geçerliği saptandıktan sonra uygulanan hastaneler de yatarak ve ayaktan tedavi edilen 148 hastaya test-tekrar test yöntemi kullanılarak bir hafta ara ile iki kez görülmüş ve anketler hastalar tarafından doldurulmuştur.

Araştırmaya katılanların %50'si erkek ve %50'si kadın olan hastalardır. Hastaların %31.8'inin ise 42-53 yaş grubunda olduğunu, hastaların %50.7'si emekli sandığına bağlı olduğunu, %60.8'i çalışmadığını ve %25.0'i emekli olduğunu bildirmişlerdir.

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 1. ve 2. uygulama toplam puan ortalaması $\bar{x}_1 = 51.61$ ve $\bar{x}_2 = 53,45$, Genel Yaşam Doyum Ölçeğinin toplam puan ortalaması $\bar{x} = 27.16$ bulunmuştur. Yaşam Kalitesi Ölçeği test-tekrar test güvenilirlik katsayıları $\alpha = 0.73$ ve $\alpha = 0.89$, Genel Yaşam Doyum Ölçeği güvenilirlik katsayısı $\alpha = 0.77$ bulunmuştur.

Araştırma sonucunda hastaların büyük çoğunluğu sosyal faaliyetlere katıldığını, tedavi masraflarını ödemede zorlanmadığını, arkadaşları ve aileleri tarafından dışlanmadıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesi ve yaşam doyumlarının eğitim durumlarından, mesleklerinden, yaşadıkları yerlerden ve psoriasis tanısı alma sürelerinden etkilendiği bulunmuştur.

Hastaların yaşam kalitesi lçeği ve genel yaşam doyum lçeği toplam puan ortalamaları ile cinsiyetleri, medeni durumları, ocuk sahibi olma durumu, sosyal güvenceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır.



SUMMARY

This study was performed to investigate the validity of Gupta A. And Gupta K. metod for the life quality of patients with psoriasis in Turkey, to apply this reliable and valid metod for the life expectancy of chronic psoriasis subjects into our literature, to find out the life quality of psoriasis subjects, to search the life quality socio-demographic-variables and life quality the disease.

This study was performed by the rules on 148 hospitalised and out-patient subjects from the departments of dermatology, School of Medicine Universities of Ege and 9 Eylul, SSK Tepecik and Bozyaka Hospitals, Alsancak State Hospital between 1st of September 1999 and 30th of April 2000.

As data collection methods, information on psoriasis patients (Enclosed-I), Quality of Life Scale for psoriasis patients (Enclosed-II) and Satisfaction with Life Scale (Enclosed-III) were used.

In the evaluation of data, Advanced Turkey-B and Post Hoc Test in single (ANOVA) and multiple varians analysis and t-test were performed. Content validity and Kendall coefficient of concordance were determined by applying the correlation test ($p=0.0006$). Surveys were filled up by the subjects themselves, and the 148 subjects were evaluated twice with one week interval.

The subjects included in the study were male (50%) and female (50%). Of them, 31.8 % were 42-53 years old, 50.7% had National Health Insurance, 60.8% were unemployed and 25.0% were retired.

First and second life quality test average points (x_1) were found to be 51.61 and 53.45, and Satisfaction with Life Scale average points (x) was found to be 27.16. Quality Of Life Scale for psoriasis test-retest reliability coefficient $\alpha_1 = 0.73$ and $\alpha_2 = 0.89$, and Satisfaction with Life Scale reliability coefficient was found to be $\alpha = 0.77$.

In the end of study, most of the subjects stated that they attended social activities, had no difficulty in paying the hospital expenses and had no problem with their family and friends.

It was found that life quality and life satisfaction of patients were affected by their education level, occupations, neighbourhoods and the time of diagnosis for psoriasis.

No statistically significant correlations was found their gender, marital status, to had child and had national health insurance for psoriasis with Quality of Life and Satisfaction of Life Scale average points.

KAYNAKLAR

1. Abel E.Ü.,Farber E.M.,Clinical Dermatology, 1:1-22
2. Adkins E.R.,"Quality Of Life After Stroke : Exporing A Gap İn Nursing Literature", Rehabilitation Nursing, 18: 3, 1993, 144-147.
3. Akgül A., Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri (S P S S Uygulamaları), Y.Ö.K Matbaası, Ankara, 1997, 296-314.
4. Akkaya S., Köleman F., Akan T., Atakan N., Dermatoloji El Kitabı, Hacettepe Üniversitesi Yayını, A/63, Öztekin Matbaacılık, 1990, 1-3.
5. Akyol, A., "Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi", E. Ü. H. Y. O. Yayını, 9:3, 71-75.
6. Akyol, A., "Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması Ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımın Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi" (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1992, 33-49.
7. Arndit A.K., (Çeviri Akkaya S., Ve Arkadaşları) Dermatolojik Tedavi El Kitabı, Taş Kitabevi, İstanbul, 1985, 135-143.
8. Arnold, Odom, James, Diseases Of The Skin Clinical Dermatology, Eighth Edition, W. B. Saunders Company, 1990, 199-214.
9. Berterö G., Ek A. C., "Quality Of Life Of Adults With Acute Leukaemia", Journal Of Advanced Nursing, 18: 9, 1993, 1346-1352.
10. Bilgin N., Ergenç A., Timurcanday Ö. N. "Bireylerce Algılanan Şekliyle Yaşam Kalitesi", E.Ü. Edebiyat Fakültesi Yayını Seminer Sayı: 4, Ocak 1985, Bornova, 157-169.
11. Birol L., Akdemir N., Bedük T., İç Hastalıkları Hemşireliği Genişletilmiş VI. Baskı Vehbi Koç Vakfı Yayınları: 6, Ankara, 1997, 1-13.
12. Brunner/Suddarth, Textbook Of Medical-Surgical Nursing Fifth Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1984, 1178-1180.
13. Cynthia C. N., Richard A., Mary A., "Relationship Between Effective Coping And Perceived Quality Of Life İn Spinal İnjured Patients", Rehabilitation Nursing, 16:3, 1991, 129-132.
14. Daniel W. M., Annback C., "Quality Of Life İn Quadriplegic Adults : A Focus Group Study", Rehabilitation Nursing, 18: 6, 1993, 364-367.
15. Erboz S., Dermatoloji Staj Rehberi, E. Ü. Tıp Fakültesi Yayını, Bornova, 1998, 37-48.

16. Erdal, E., Hemşirelikte Temel İlke Ve Uygulamalar, Dağışan Ofset, İzmir, 1993, 31-36.
17. Ergün Ş.F., “Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti Uygulanan Hastalara Yönelik Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin Hastanın Yaşam Kalitesine Ve Bakım Yeterliliğine Olan Etkisinin İncelenmesi”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), E. Ü., Sağlık Bilimleri Enstitüsü 1998, 32-35.
18. Evans R., Rader B., “The Quality Of Life Hemodialysis Recipients Treated With Recombinant Human Erythropoietin” JAMA, 263:6, 1990, 825-830.
19. Ferrans C. E., Powers M.J., “Quality Of Life Index: Development And Psychometric Properties”, Advanced Nursing, 8, 1985, 15-25.
20. Ferrans C. E., Powers M.J., “Development Of Quality Of Life Index For Patients With Cancer”, Oncologic Nursing Forum 97, 1990,15-19.
21. Finlay A. Y., Coles E. C., The Effect Of Severe Psoriasis On The Quality Of Life Of 369 Patients”, British Journal Of Dermatology, 1995:132, 236-244.
22. Flanagan J. C., “Measurement Of Quality Of Life: Current State Of The Art”, Archive of Physical Medicine And Rehabilitation, 63: 1982, 56-59.
23. Fortune P.G., Main C. J., O’sullivan T. M, Griffiths C. E. M., “Quality Of Life In Patients With Psoriasis: The Contribution Of Clinical Variables And Psoriasis Specific Stress”, British Journal Of Dermatology, 1997: 137, 755-760.
24. Gupta M.A., Gupta A. K., “Age And Gender Differences In The Impact Of Psoriasis On Quality Of Life: Report” International Journal Of Dermatology, 34: 10, 1995, 700-703.
25. Gürel M. S., Kiremitçi Ü., Karagülle S., “Psoriasis Vulgariste PUVA Tedavisi Konrası Nüks Oranları” Türkderm Deri Hastalıkları Ve Frengi Arşivi, 29: 1, 1995, 51-52.
26. Herbert R.,Gregor F., “Quality Of Life And Coping Strategies Of Clients With Copd”, Rehabilitation Nursing, 22: 4, 1997, 182-186.
27. Holmes C., “Health Care And The Quality Of Life: A Review”, Journal Of Advanced Nursing, 14: 18, 1989,833-839.
28. Hodder Ve Stoughton, (Çeviren; Berkarda B. Ve Arkadaşları) Kısa İç Hastalıkları, 8. Baskı, İstanbul, 1988.
29. Joyce M, Blackand E, Jacobs M. L And Sorensen’s, Medical Surgical Nursing, A Psycophysilogic Approach, The C. V. Mosby Company, S. T. Louis Toronto, 1993, 1970-1971.

30. Karasar N., Bilimsel Araştırma Yöntemi, Matbaş Yayıncılık, 4. Basım, Ankara, 1991,148-154,220-221.
31. Long C.B, Phipps J.C, Essentials Of Medical Surgical Lnursin, A Nursing Psocess Approach, The C.V. Masby Company, 1985, 285-296.
32. Meeberg G.A., "Qualty Of Life : A Concept Analysis", Journal Of Advanced Nursing, 18: 1, 1993, 32-37.
33. Murat A., Dermatoloji Ve Veneroloji, Genişletilmiş 5. Baskı, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1987,138-139.
34. Musal Ö., "Hastaların Bakım Gereksinimlerine Hemşirelerin Direkt Bakım Yüklenmelerinininincelenmesi" (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1989.
35. Narrow B.W, Buschale K.B., "Health And İllness", Fundamentals Of Nursing Practice, Secvond Edition, A. Wiley Medical Publication, Toronto, 1982, 95-107.
36. Naylor D. U., "Comprehensive Discharge Planning For Hospitalized Elderly: A, Pilot Study", Nursing Research, 39:3, 1990,156-157.
37. Neil P.O., Kelly P., "Postal Questionnaire Study Of Disability İn The Community Associated With Psoriasis", British Medical Journal, 313: 12, 1996, 919-921.
38. Olsen L.K., Redicon K.J., Baffi C.R. Health Today, Second Edition, Macmillan Publishing Company, New-York, 1983, 174.
39. Öner N., Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler (Bir Başvuru Kaynağı), 3. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayını, İstanbul, 1997, 14-20.
40. Özcan A., "Hastaların Bilgi Gereksinimleri Ve Hemşirelerin Öğretim İşlevi", T.H.D, 3, 1989, 50-54.
41. Özcan A., Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişimi, Saray Tıp Kitabevi, İzmir, 1996, 1-3.
42. Padilla G.V, Ferall B., Grant M.M, Rhiner Mb, "Refining Patient With Pain", Caner Nursing, 13, 1990, 108-115.
43. Patricia A.P., Anne G.P, "Human Basic Needs", Findamentals Of Nursing Concept, Priception : Process And Practice, 1985, 83-84.
44. Pınar R., "Diyabetes Mellitus’lu Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İst. Ün. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik A.B.D., İstanbul, 1995,14-38.
45. Potter A.P, Perry A.G., "Health And İllness", Fundamentals Of Nursing Concepts, Process And Practice, The C.V. Masby Company, Princepton, 1985, 37-63.

46. Rukholm E., Girr M., "A Quality Of Life Index For Clients With Ischemic Heart Disease : Establising Reliability And Validity", Rehabilitation Nursing, 19: 1, 1994, 12-16.
47. Saylan T., Hekimler İçin Deri Ve Zührevi Hastalıklar El Kitabı, Yüce Yayınları, İstanbul, 1989, 49-53.
48. Sencer M., Sencer. Y., Toplumsal Araştırmada Yöntembilim, Doğan Basımevi, Ankara, 1988.
49. Siegel S., (Çeviren Topsever Y.) Davranış Bilimleri İçin Parametrik Olmayan İstatistikler, A.Ü. Dil Ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Yayınları: 274.
50. Schoeder A., "Home Visiting Outcomes And Quality Of Life Measure" Journal Of Community Health Nursing. 8:4, 1991, 207-214.
51. Shelly W.B, Shelly E.D., Advanced Dermatologic Diagnosis, Philadelphia, 1992, 1086-1094.
52. Sümbüloğlu K., Sümbüloğlu V., Biyoistatistik, H.Ü.Tıp Fakültesi Bioistatistik B.D., Özdemir Yayıncılık, Ankara, 1995, 59-60, 76-100, 128-133, 189-191.
53. Tezbaşaran A., Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu, Türk Psikologlar Derneği Yayınları 2. Baskı, Ankara, 1997,45-51.
54. Thompson J.M., Farland C.K., Hirsch J.E., Tucker S.M., Bowers A.C, Clinical Nursing, The C.V. Masby Company, S.T. Louis, Toronto, Princeton, 1986, 611-613.
55. Tüzün Y., Kotogyan A., Saylan T., Dermatoloji, Anka Ofset, İstanbul, 1985, 347-357.
56. Ulusoy M., Sosyal Araştırma Yöntemleri - Anket, Örneklem Alan Çalışması Bilgi İşlem. 1. Baskı, 72 TDFO Ltd. Şti. Ankara, 1999.
57. Vara Ş., "Yoğun Bakım Hemşirelerinde İş Doyumu Ve Genel Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, 1999,17-20, 29-30.
58. Yazar Ş., Sedef Hastalığı (Tedavi Edilir Bir Hastalıktır), Antalya, 1997,11-15,25,43.
59. Yetim Ü., "Değişik Sosyokültürel Kesimlerden Kişilerde Yaşam Kalitesi Algısı: Yaşam Olayları Açısından Bir İnceleme", E.Ü.Edebiyat Fakültesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, 1985, 111.
60. Yetim Ü., "Kişisel Projelerin Organizasyonu Ve Örüntüsü Açısından Yaşam Doyumu", E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji A.B.D., (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İzmir, 1991, 79-82, 125-126.
61. Yetim, Ü. "Yaşam Kalitesi Kavramı Ve Araştırmalarına Toplu Bakış", E.Ü. Edebiyat Fakültesi Yayını, Seminer Sayı: 4, Ocak 1985, Bornova, 133-155.

EKLER

EK -I

HASTA TANITIM FORMU

KOLON KOD

Denek No:

1. Cinsiyetiniz :

- 1) Erkek 2) Kadın

2. Yaşınız :

- 1) 18-29 yaş 3) 42-53 yaş 5) 66 yaş ve üzeri
2) 30-41 yaş 4) 54-65 yaş

3. Medeni durumunuz :

- 1) Bekar 2) Evli 3) Dul veya ayrı yaşıyor

4. Çocuğunuz var mı?

- 1) Yok 2) 1-2 Çocuk 3) 3 ve üzeri çocuk

5. Eğitim durumunuz:

- 1) Okur-yazar 3) Ortaöğretim mezunu
2) İlkokul mezunu 4) Üniversite mezunu

6. Sosyal güvenceniz:

- 1) Yok 3) SSK 5) Diğer
2) Emekli Sandığı 4) Bağ-Kur

7. Mesleğiniz:

- 1) Ev kadını 3) Emekli 5) Öğrenci
2) Memur 4) İşçi 6) Serbest meslek

8. Şu anda çalışıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

9. Şu anda yaşadığınız yer:

- 1) İl 2) İlçe 3) Köy

10. Ne zamandan beri Psoriasis hastasıdır?

- 1) 6-12 ay 2) 1-5 yıl 3) 6-10 yıl 4) 11 yıl ve üzeri

11. Ailenizde Psoriasis hastalığı olan bir yakınınız veya başka bir kişi var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

12. Eğer "Evet" ise size yakınlık derecesini belirtiniz:

1. Birinci derece yakınlar:
(Anne,baba,kardeşler, çocuk)
2. İkinci derece yakınlar :
(Teyze, dayı, hala, amca ve diğerleri)

13. Aldığınız tedavi yöntemleri :

- 1) Topikal 2) Sistemik 3) Kombine

14. Psoriasis lezyonları aşağıda verilen bölgelerden hangisinde yer alıyor:

- 1) Yüz ve saçlı deri 3) Kollar ve bacaklar
2) Eller, ayak ve tırnaklar 4) Tüm vücutta

EK II

PSORİASİS'Lİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Not: Son bir ay içinde hastalığınız nedeniyle yaşadıklarınızla ilgili aşağıdakilerden en uygun ifadeyi "X" ile işaretleyiniz.

SORULAR	Çok fazla	Fazla	Az	Hiç
1. Yabancılar arasında rahatsızlık duyuyorum				
2. Halka açık yerlere gitmeğe çekiniyorum (Örneğin, yüzmeye havuzuna, sağlık merkezine, restoran vb.)				
3. Vücudumun belirli bölümlerini örtmek için rahat olmayan ya da yakışmayan elbiseler giymek beni rahatsız ediyor				
4. Yanımda başkaları varken güneşlenmekten rahatsız oluyorum				
5. Diğer bireylerin derimdeki lezyonlara bulaşıcı imiş gibi davranmalarından rahatsız oluyorum				
6. Genellikle sosyal faaliyetlerden kaçınıyorum (Örneğin; partiler, dans, sinema, vb)				
7. Yabancılar (çocuk/yetişkin) dış görünümümle ilgili bana kaba davranırlar ya da duyarsız hareket ederler.				
8. Kendimi çoğu zaman "toplum dışı" ya da "topluma yakışmayan" biri gibi görürüm.				
9. İnsanların bana dokunmamak için bilinçli olarak çaba harcamaları beni rahatsız ediyor.				
10. Kuaför ya da berberin saçlarıma dokunmada isteksiz davrandıklarını hissederim				
11. İnsanların derimdeki görünümümün AIDS, Lepra (Cüzzam) ya da zührevi bir hastalıktan kaynaklandığını ima ettiklerini hissederim				
12. Arkadaşlarımda genellikle dış görünümümle ilgili kaba ya da duyarsız hareketlerde bulunmaları beni rahatsız eder.				
13. Ailemin derimdeki görünümümünden dolayı utandıklarını hissederim.				
14. Ailemin dış görünümümle ilgili kaba ya da duyarsız hareketlerde bulunmaları beni rahatsız eder				

SORULAR	Çok fazla	Fazla	Az	Hiç
15. Çoğunlukla hava karardıktan sonra dışarı çıkarım				
16. Erkek veya kız arkadaşım tarafından dışlandığımı hissedirim				
17. İnsanların benimle aynı ortamda bulunmaktan kaçındıklarını hissedirim				
18. Hastane ücretini ödemede güçlük çekiyorum				
19. İşimi kaybetme korkusu yaşıyorum				
20. Hastalığım nedeniyle gelir/maaş kaybı yaşıyorum				
21. Hastane randevularım için okul ya da işten sık sık izin almam eleştiriliyor				
22. İş veya sınıf arkadaşlarımla çatışma yaşıyorum				
23. Hastalığım nedeniyle patron/amir/öğretmenle genellikle tartışıyorum				
24. Baş vurduğum işten genellikle reddediliyorum				
25. İşten çıkarılma veya okulda başarısızlık yaşıyorum				
26. Hastalığım nedeniyle sık sık rapor alıyorum				
27. Derimdeki kızarıklıktan (döküntülerden) rahatsızlık duyuyorum.				
28. Hastalığımla ilgilenmek için zamanımın büyük bölümünü ayırmak zorunda kalıyorum				
29. Tedavi için sık sık hastaneye gelmekte güçlük çekiyorum				
30. Tedaviye bağlı ciddi yan etkilerin oluşmasından korkuyorum				

EK – III

GENEL YAŞAM DOYUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda verilen ifadeye katılabilir ya da katılmayabilirsiniz. Bu ifadelere katılıp katılmadığınızı aşağıda gösterilen puanlama sistemini kullanarak gösteriniz.

Cevaplarken lütfen açık ve dürüst olunuz.

İfadeler:

- () Hayatım birçok yönlerden idealimdekine yakın.
- () Hayat şartlarım mükemmel.
- () Hayatımdan memnunum.
- () Hayatım yakın çevremdekilerin çoğunun hayatından daha iyi.
- () Hayattan şimdiye kadar istediğim önemli şeyleri elde ettim.
- () Eğer hayata yeniden başlasaydım hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.

Puanlama Ölçeği:

1. Tamamen karşıyım (veya tamamen yanlış)
2. Karşıyım (veya genelde yanlış)
3. Biraz karşıyım (veya biraz yanlış)
4. Ne kakılıyorum, ne katılmıyorum (ne doğru, ne yanlış)
5. Biraz katılıyorum (veya biraz doğru)
6. Katılıyorum (veya genelde doğru)
7. Tamamen katılıyorum (veya tamamen doğru)

EK IV



Coleg Meddygaeth Prifysgol Cymru

University of Wales College of Medicine

Department of Dermatology
Heath Park, Cardiff CF4 4XN, U.K.
Tel: +44 (0)1222 747747
Direct Line: +44 (0)1222 74
Fax: +44 (0)1222 742616

Our Ref: AYP/JH

Direct Line: +44 (0)1222 744721

Fax No: +44 (0) 1222 762314

12/02/99

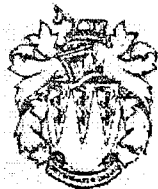
Ms Naile Bayramova
1031 Sok. No: 6
Zirvem Apt. D: 19
Evka 4 Bornova/IZMIR
TURKEY

Dear Ms Bayramova

Thank you for your letter asking for information concerning measurement of quality of life in psoriasis. I enclose a copy of the Psoriasis Disability Index and instructions for its use, along with a list of the various publications describing its use.

The Psoriasis Disability Index is, of course, specific to psoriasis. However, you may wish to consider using a quality of life measure, which can be used to cross all skin diseases this, therefore, allows comparison between different skin diseases. This measure, the Dermatology Life Quality Index, is also able to be used in psoriasis. For your interest I have enclosed a copy of the DLQI, instructions for its use and a list of publications describing the Dermatology Life Quality Index. You will see from this publication that there is also a children's version of the Dermatology Life Quality Index, although there is no children's version of the Psoriasis Disability Index.

I am happy to give formal permission for you to use the Psoriasis Disability Index and the Dermatology Life Quality Index for purposes of research for your thesis. Please note that if you are going to translate these questionnaires that validated translations should be used. I enclose a copy of a Turkish translation of the Dermatology Life Quality Index which may need further validation work on it to ensure that it is identical in meaning to the original English.



Coleg Meddygaeth Prifysgol Cymru

University of Wales College of Medicine

Department of Dermatology
Heath Park, Cardiff CF4 4XN, U.K.
Tel: +44 (0)1222 747747
Direct Line: +44 (0)1222 74
Fax: +44 (0)1222 742616

Please note that the copyright statement should always be reproduced at the end of every copy of the Psoriasis Disability Index, or the Dermatology Life Quality Index, in whatever language. There is no charge for the use of these measures where they are used for the purposes of a scientific thesis.

I would, of course, be most interested to hear how your research progresses.

Yours sincerely

A Y Finlay

A Y FINLAY
Senior Lecturer and Consultant Dermatologist

EK V

ÖZGEÇMİŞ

Naile Bayramova 07.06.1975 Ermenistan-Amasya'da doğdu. Orta ve Lise öğrenimini Azerbaycan'ın Bakü şehrinde tamamladı. 1992 yılında Türkiye'nin Azerbaycan'da yapmış olduğu sınava katıldı ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulunu kazandı. 1992-1993 yıllarında Ankara Üniversitesi TÖMER'de Türkçe öğrenim programını başarı ile tamamladı. 1993 yılında E.Ü. Hemşirelik Y.O'na kayıt yaptırdı 1997 yılında aynı okuldan mezun oldu. Ekim-1997'de E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün açmış olduğu Yüksek Lisans sınavına katılarak İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programını kazandı. 2.5 yıl Özel polikliniklerde hemşire olarak çalıştı.

Şu anda Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır.