



Özgül KARAYURT
Aklime DİCLE
Arzu Tuna MALAK

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu
İzmir, TÜRKİYE

Paylaşılmamış Deneyim: Deprem Bölgesinde Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenler

Bu araştırma, deprem bölgesinde yaşayan kronik hastalığı olan (hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı) bireylerin yaşam kalitesi düzeyinin saptanması ve etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Marmara Depremi sonrası Gölcük'te kurulan bir çadırkentte yaşayan yaklaşık 100 kişiden kronik hastalığı olan 34 kişi oluşturmuştur. Veriler, tanıtıcı özellikler formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis Varyans analizi kullanılmıştır.

Deprem bölgesinde yaşayan kronik hastalığı olan bireylerin ortalama fiziksel yaşam kalitesi puanı 39.2 ± 6.6 ; mental yaşam kalitesi puanı 35.5 ± 9.6 olarak saptanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerde fiziksel yaşam kalitesi algısı daha yüksek, mental yaşam kalitesi algısının daha düşük olduğu görülmüştür. Diğer etmenlerin (yaş, medeni durum, kronik hastalık sayısı ve hastalık yılı) fiziksel ve mental yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler. Deprem, kronik hastalık, yaşam kalitesi, hemşirelik

Unshared Experience: Affecting Factors of Quality of Life with Chronic Diseases in Earthquake Victims

This is a descriptive study and the aim of the study was to determine the quality of life in earthquake victims with chronic diseases (hypertension, diabetes mellitus, heart disease and chronic obstructive lung disease) and the contributing factors.

The study sample included 34 earthquake victims with chronic diseases who were staying in Ford Otosan ten city and prefab houses in Gölcük after the Marmara Earthquake (About 100 person was living in the area). Data were collected with a demographic form and SF-36 Quality of Life Scale. Statistical analyses of the obtained data were made with Mann Whitney U test and Kruskal Wallis test.

The mean quality of life score of the victims was 39.2 ± 6.6 on physical health and 35.5 ± 9.6 on mental health. The victims with a higher level of education had a better quality of physical health ($p=0.03$), but the quality of their mental health was not significantly different from that of the victims with a lower level of education. Other factors such as age, marital status, the number of chronic diseases and duration of the diseases were not found to affect the quality of physical and mental health.

Key Words: Earthquake, chronic disease, quality of life, nursing

Giriş

Beklenmedik bir anda doğal olaylar nedeniyle ortaya çıkan, toplumun yaşam düzeyini bozan, önemli sağlık sorunlarına ve ölümlere neden olan duruma olağandışı durum denir. Deprem de olağandışı durumlardan bir tanesidir (1).

Deprem, bireylerin sağlığını birçok şekilde etkiler. Depremin genellikle ölen ve yaralananlarla ilgili boyuttu önemsenir. Ancak gözden kaçan çok daha farklı ve geniş bir etkilenme alanı vardır. Bu etkilenme alanı içinde çevre sağlığı sorunları, kronik hastalığı olan bireylerin yaşadığı sorunlar ve psikososyal sorunlar önemli bir yer tutar (2, 3).

Marmara Depremi (17 Ağustos 1999) şiddeti, etkilediği alan ve etkilenen bireyler nedeniyle Türkiye'nin bu güne kadar yaşadığı en büyük depremdir. Deprem sonrası insanların yaşadıkları travma, barınma problemleri, çevre sağlığında yetersizlikler, ruhsal sıkıntılar, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, aktivite yetersizliği, sağlık personelinin kaybedilmesi, sağlık kurumlarında ve hizmetlerinde yetersizlik, insanların yaşam kalitesini değiştirecek düzeydedir. Bu durumdan en çok etkilenen gruplardan birisi de kronik hastalığı olanlardır (1, 3).

Kronik hastalıklar, uzun süren, geri dönüşsüz, ilerleyici ve hatta ölümcül olabilme özelliği nedeni ile hasta birey ve ailesi için bir kriz durumudur (4). Deprem sonrası yaşamın tüm boyutları alt üst olduğu için kronik hastalığı olan kişiler daha fazla etkilenmektedir.

Geliş Tarihi : 22.04.2008
Kabul Tarihi : 02.11.2008

Yazışma Adresi Correspondence

Özgül KARAYURT
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu,
İzmir-TÜRKİYE

ozgul.kyurt@deu.edu.tr

Yaşam kalitesi kavramı tüm insanlık için evrenseldir (5, 6). Akyol'un (1993) makalesinde belirttiği gibi yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike (1939) tarafından "sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi"; Lewis (1982) ise bireyin sahip olduğu kendine saygı ve yaşama amacı olarak tanımlamıştır (7). Yaşam kalitesini etkileyen etmenler ise bireyin genel sağlık durumu, emosyonel durumu, kendisine olan saygısı, önceki bilgi ve deneyimleri, genel refah düzeyi, ekonomik ve sosyal durumudur (5, 8). Yaşam kalitesinin objektif ve subjektif göstergeleri vardır. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri; fiziksel aktivite yapabilmek becerisi, çalışma durumu, fonksiyonel yetersizlik, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili algılarını içeren fizyolojik konuları kapsamaktadır. Subjektif göstergeler ise; emosyonel iyilik hali, yaşam doyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları içermektedir (7-9).

Anderson ve arkadaşları (1997) hipertansiyonlu, Atagöz (1998) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) olan hastaların yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, bireylerin yaşları arttıkça fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puanlarının azaldığını saptamıştır (10, 11). Lukkanen ve Hentinen (1998) koroner arter hastalığı olan sosyo-ekonomik durumu düşük kadınların emosyonel sorunlar ve sosyal izolasyon yaşadıkları, fiziksel aktivitelerde zorlandıklarını göstermişlerdir (12). Wang ve arkadaşları (2000) Kobe depreminden üç ay sonra bireylerin ruh sağlığı sorunlarının yüksek, dokuzuncu ayda üçüncü aya göre daha düşük olduğunu saptamışlardır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda mental yaşam kalitesi puanının etkilendiğini ve depresyon, anksiyete, somatizasyon bulgularında artış olduğunu belirtmişlerdir (13). Astım hastaları ile yapılan çalışmalarda depresif belirtileri olan bireylerde mental sağlık yaşam kalitesi puanı düşüktür. Aynı grupta yaş ilerledikçe fizik ve mental sağlık yaşam kalitesi puanlarının düştüğü belirtilmiştir (14, 15). Deprem sonrasında kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi ve geliştirilmesi önemlidir (1,16).

Deprem bölgesindeki kronik hastalığı olan bireylerin akut dönem sonrasında yaşam kalitelerini artırmaya yönelik önlemler alınmalı, bu bireylerin yeni koşullarda hastalıklarını yönetebilmeleri için destek sağlanmalıdır.

Araştırma, deprem bölgesinde yaşayan kronik hastalığı olan (hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp hastalığı, KOAH) bireylerin yaşam kalitesi düzeyinin saptanması ve etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmadan elde edilecek bulguların deprem sonrası kronik hastalığı olan kişilerin önceliklerinin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması konusunda ışık tutacağı düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, deprem bölgesinde yaşayan kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi düzeyini ve etkileyen etmenleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma, Kocaeli Gölcük Yeniköy Sağlık Ocağına bağlı Ford Otosan Çadırkentte yürütülmüştür. Ford Otosan Çadırkenti 17 Ağustos 1999 Gölcük depremi sonrası erken dönemde kurulan nüfusun sık değiştiği geçici bir yerleşim yeridir. Ford Otosan Çadırkentinin ilk kuruluşunda aşamasında çadırlar ve çevre koşulları çok sınırlı olanaklar sağlıyordu. Kronik hastalığı olan bireylerin kontrol ve tedavi gereksinimlerinin önceliği ve karşılanması yeterli değildi. Daha sonra iki bölmeli, yağmura dayanıklı, ısı izolasyonu iyi çadırlar kuruldu, tuvalet, çamaşırhane, banyo gibi ortak kullanım alanları oluşturuldu. Çadırkent halkına Kızılay ve diğer kuruluşlardan yiyecek, giyecek, ilaç, tıbbi ve ev malzemeleri gelmekteydi. Bölgenin sağlık sorunlarına Yenişehir Sağlık Ocağı, Kocaeli Devlet Hastanesi, deprem sonrasında geçici olarak kurulan Alman Hastanesi yardımcı olmaktadır.

Deprem bölgesinde Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğretim elemanları ve öğrencileri, gruplar halinde 10 günlük sürelerle 15-10-1999; 25-06-2000 tarihleri arasında sağlık ocağı ve çadırkent yönetimi ve diğer gönüllü kuruluşlar ile işbirliği sağlayarak koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmüştür. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında, salgın hastalıkları önleme, bebek, çocuk, gebe ve loğusa izlemine yapmışlardır. Yaşlı, kronik hastalığı ve deprem sonrası ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin sağlık tanılmasını yaparak uygun girişimleri ve gereksinime göre sağlık eğitimlerini yürütmüşlerdir. Aynı zamanda kaza ve yaralanmalarda acil girişimlerde bulunmuşlardır.

Beldede 1999 tarihinde oluşturulan çadırkentte çalışmanın yapıldığı tarihte yaklaşık 100 kişi kalmaktaydı. Araştırmanın örneklemini, Marmara Depremi sonrası Gölcük'te kurulan Ford Otosan Çadırkentte yaşayan çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 34 kronik hastalığı (hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp hastalığı, KOAH) olan kişi oluşturmuştur. Bu kişilere, 13-21 Mayıs 2000 tarihleri arasında; çadır ziyaretleri ile ulaşılmıştır.

Araştırmada veriler, tanıtıcı özellikler formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır.

Tanıtıcı Özellikler Formu; araştırma örneklemine alınan bireylerin tanıtıcı özelliklerini (yaş, cins, eğitim durumu, meslek v.b) ve yaşam kalitesini etkileyen etmenleri saptamak amacıyla hazırlanan 11 maddelik bir formdur.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği; geniş kapsamlı genel yaşam kalitesini değerlendiren hastalığa özgü olmayan bir ölçüm aracıdır. Kısa Form-36 (Short Form-36) yaşam kalitesi ölçeği, Ware (1992) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (17,18). Ülkemizde Türkçe uyarılmasında Chronbach alfa güvenilirlik katsayıları 0.75 ile 0.90 (19) ve bedensel hastalığı olan örneklem grubunda ise 0.73 ile 0.76 arasında değişmektedir (20). Bu çalışmada SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği için Cronbach alfa katsayısı fiziksel sağlık için 0.78, mental sağlık için 0.80 olarak saptanmıştır.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği; kendini değerlendirme ölçeğidir, 36 sorudan ve sekiz alt ölçekten oluşmakta ve fiziksel ve mental özet sağlık skoru elde edilmektedir. Özet skorlarda sıfır kötü sağlığı, 100 iyilik durumunu göstermektedir (17, 18, 21, 22).

Bireylerin tanıtıcı özellikleri sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Yaş, medeni durum ve kronik hastalık sayısının fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puanlarına etkisi Mann Whitney U ile, eğitim durumu, kronik hastalık yılının yaşam kalitesi puanlarına etkisi ise Kruskal Wallis Varyans analizi ile incelenmiştir (23).

Bulgular

Araştırma kapsamındaki bireylerin (n=34) yaş ortalaması 51.7±14.3'dir. Kronik hastalığı olan bireylerin %85.3'ü kadın, %52.9 ilkököl+ortaokul mezunu, %67.6'sı evli, %64.7'si ev hanımı olup, %85.3'ünün sosyal güvencesi vardır. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %5.9 diabetes mellitus, %47.1 hipertansiyon, %38.2 KOAH, %8.8 kalp hastalığı vardır. Bu bireylerin %70.6'ı tek kronik hastalığa sahipken %29.4'ü iki kronik hastalığa sahiptir ve ortalama kronik hastalık süresi 7.6±1.45 yıldır. Hastalığa ilişkin sürekli ilaç kullanma durumu %88.2, deprem sonrası ilaçsız kalma durumu %44.1'dir.

Deprem bölgesinde kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi özet skorlarından fiziksel sağlık puan ortalaması 39.2±6,6; mental sağlık puan ortalaması 35.5±9.6 olarak saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2a. Deprem Bölgesinde Kronik Hastalığı Olan Kişilerin Yaşam Kalitesini Etkileyebilecek Faktörlere Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=34)

Yaşam Kalitesi	50 Yaş ve Altı	51 Yaş ve Üstü	U	p
Puan Ort.	N=17	N=17		
Tanııcı bilgiler	X±SS	X±SS		
Fiziksel Sağlık	40.8±6.2	37.6± 6.9	108.0	0.20
Mental Sağlık	33.6±10.0	37.3± 9.1	109.0	0.22
Medeni Durum	Evli	Bekar	U	p
	N=23	N=11		
Fiziksel Sağlık	40.4± 6.3	36.7±7.0	87.0	0.14
Mental Sağlık	35.3 ± 9.4	35.9±10.5	118.0	0.75
Kronik Hastalık Sayısı	Bir Hastalığı Olan	İki hastalığı Olan	U	p
	N=24	N=10		
Fiziksel Sağlık	39.7± 6.1	38.1± 8.0	111.0	0.73
Mental Sağlık	34.6±9.7	37.6± 9.6	101.0	0.47

Deprem bölgesinde, tek ve iki kronik hastalığı olanların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları sırasıyla X=39.7±6.1 ve X=38.1±8.0' dir. Tek ve iki kronik hastalığı olanların mental sağlık yaşam kalitesi puanları sırasıyla X=34.6±9.7 ve X=37.6±9.6 olarak bulunmuştur. Kronik hastalık sayısı fiziksel sağlık (p= 0.73; p>0.05) ve mental sağlık (p= 0.47; p>0.05) yaşam kalitesi düzeyini etkilememiştir (Tablo 2a).

Tablo 1. Deprem Bölgesinde Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel Ve Mental Sağlık Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=34)

Yaşam Kalitesi	Yaşam Kalitesi	Minimum	Maximum
Özet Skorları	Puan Ortalamaları		
Fiziksel Sağlık	39.2±6.6	25.4	50.8
Mental Sağlık	35.5±9.6	16.6	52.3

Örnekleme alınan kronik hastalığı olan 50 yaş altı ve 51 yaş ve üstü bireylerin fiziksel sağlık yaşam kalitesi puanları sırasıyla X=40.8±6.2 ve X= 37.6±6.9 bulunmuştur. Bireylerin yaşları fiziksel sağlık yaşam kalitesi puanlarını etkilememektedir (p= 0.20; p>0.05).

Elli yaş altı ve 51 yaş ve üstü bireylerin mental sağlık yaşam kalitesi puanları sırasıyla X=33.6±10.0 ve X=37.3±9.1 olarak bulunmuştur. Yaş kronik hastalığı olan bireylerin mental yaşam kalitesini etkileyen bir değişken değildir (p= 0.22; p>0.05) (Tablo 2a).

Evli ve bekar bireylerin fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları sırasıyla X= 40.4±6.3 ve X=36.7±7.0 (p= 0.14; p>0.05) ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları sırasıyla X= 35.3±9.4 ve X=35.9±10.5 (p= 0.75; p>0.05) dir (Tablo 2a).

Deprem bölgesinde kronik hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık yaşam kalitesi puanı okur yazar olmayanlarda X=34.2±4.9 ilkököl+ortaokul mezunlarında X=40.5±7.0 ve lise+yüksekokul mezunlarında X=40.8±5.3'tür. Kronik hastalığı olanların eğitim durumuna göre fiziksel sağlık yaşam kalitesi puanları arasındaki fark anlamlıdır (p=0.03; p<0.05) (Tablo 2b).

Tablo 2b. Deprem Bölgesinde Kronik Hastalığı Olan Kişilerin Yaşam Kalitesini Etkileyebilecek Faktörlere Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=34)

Yaşam Kalitesi Puan Ort.	Eğitim Durumu			KW	p
	Okur Yazar Değil X ±SS N=8	İlk + Ortaokul X ±SS N=18	Lise+Yüksekokul X ±SS N=8		
Fiziksel Sağlık	34.2±4.9	40.5±7.0	40.8±5.3	7.01	0.03
Mental Sağlık	36.9±8.4	34.9±11.3	33.9±6.9	0.45	0.79
Hastalık Yılı	1-5 yıl N=12	6-11 yıl N=10	11 yıl üstü N=12	KW	p
Fiziksel Sağlık	36.5±6.6	35.8±8.3	36.3±5.2	5.01	0.66
Mental Sağlık	32.4±10.1	31.6±10.5	33.7±8.8	0.56	0.84

Mental sağlık yaşam kalitesi puanı okur yazar olmayanlarda $X=36.9\pm 8.4$; ilkököl+ortaokul mezunlarında $X=34.9\pm 11.3$ ve lise+yüksekokul mezunlarında $X=33.9\pm 6.9$ olarak bulunmuştur. Kronik hastalığı olanların eğitim durumuna göre mental sağlık yaşam kalitesi puanları arasında bir fark bulunmamıştır ($p= 0.79$; $p>0.05$) (Tablo 2b).

Hastalık yılı 1-5 yıl olanların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puanı $X=36.5\pm 6.6$; hastalık yılı 6-11 yıl olanların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puanı $X=35.8\pm 8.3$ ve hastalık yılı 11 yıl üstü olanların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puanı $X=36.3\pm 5.2$ bulunmuştur. Hastalık yılı fiziksel sağlık yaşam kalitesi algısını etkilememektedir ($p= 0.66$; $p>0.05$) (Tablo 2b). Hastalık yılı 1-5 yıl olanların mental sağlık yaşam kalitesi puanı $X=32.4\pm 10.1$; hastalık yılı 6-11 yıl olanların mental sağlık yaşam kalitesi puanı $X=31.6\pm 10.5$ ve hastalık yılı 11 yıl üstü olanların mental sağlık yaşam kalitesi puanı $X=33.7\pm 8.8$ bulunmuştur. Hastalık yılı mental sağlık yaşam kalitesi düzeyini etkilememektedir ($p= 0.84$; $p>0.05$) (Tablo 2b).

Tartışma

Deprem bölgesinde yaşayan kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi düzeyinin saptanması ve etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi özet skorlarından fiziksel sağlık 39.2±6,6; mental sağlık puan ortalaması 35.5 9.6 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar; Ford Otosan Çadırkentte deprem yaşayan hem maddi hem de manevi kayıpları olan kronik hastalıklı kişilerin yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğunu göstermektedir. Mancuso ve arkadaşları (2000)'in SF-36'ı kullanarak astım hastalarının yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada depresif belirtiler taşıyan kişilerde mental sağlık yaşam kalitesi puanını daha düşük bulmuşlardır (14). Bu çalışmada fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puanları yukarıda söz edilen araştırmaya göre daha düşük bulunmuştur. Bu durum, depremin büyük bir stresör olması ile açıklanabilir. Ayrıca bireylerin %44.1'inin ilaçsız kaldığını bildirmeleri ile

örtüşmektedir. Wang ve arkadaşları (2000) Kobe depreminden 3 ay sonra psikolojik iyi olma ve yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada; deprem bölgesindeki bireylerin psikolojik sorunlarının normal yaşantı süren bireylere göre çok yüksek olduğunu saptamışlardır (13). Bu çalışmada da, kronik hastalığı olan bireylerde mental sağlık puanı düşük olup Wang ve arkadaşlarının çalışmasındaki psikolojik sorunlarının yüksek olması ile benzerdir. Bunun nedeni mental sağlığı oluşturan alt bileşenlerin psikolojik durumu yansıtması şeklinde yorumlanabilir.

Yaşam kalitesi kavramında yer alan fiziksel iyilik ve psikolojik iyilik hali ile bir bütün olup birinin değişmesi diğerini etkileyecektir. Bireylerin psikolojik iyilik hali azaldıkça fiziksel iyilik hali de değişecektir (8). Depremin yarattığı psikolojik rahatsızlık araştırmamızda mental sağlık yaşam kalitesi puanının ve buna bağlı olarak fiziksel sağlık yaşam kalitesi puanının düşük çıkmasına neden olduğu söylenebilir. Ayrıca, deprem gibi olağanüstü durum yaşayan kronik hastalıklı kişilerde fiziksel sağlığın bozulması, psikolojik sağlığın bozulmasını tetiklemiş olabilir.

Bireylerin yaşları fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puanlarını etkileyen bir değişken değildir. Anderson ve arkadaşları (1997) yaptıkları çalışmada, hipertansiyonu olan kişilerin fiziksel yaşam kalitesi puanının yaş ilerledikçe azaldığını saptamışlardır. Adams ve arkadaşları (2001), astım hastalarının yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmada yaş ilerledikçe fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puanlarının düştüğü belirtmişlerdir (10). Ülkemizde Atagöz (1998) KOAH'lı bireylerin yaşlarının fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesini etkilemediğini saptamıştır (11). Bu çalışmada yaşın fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi düzeyini etkilememesi; depremin, örnekleme alınan bireylerin 65 yaş altında ve dar bir yaş aralığında olmasıyla açıklanabilir.

Evli ya da bekar olmak yaşam kalitesi düzeyini etkilememektedir. Bu sonuç, deprem bölgesinde yaşamın fiziksel sağlığı etkileyebilecek sınırlılıkların ve

mental sağlığı etkileyebilecek maddi ve manevi kayıp yaşama durumunun evli ve bekar grupta benzer olması ile açıklanabilir.

Kronik hastalık sayısı fiziksel sağlık ve mental sağlık yaşam kalitesi düzeyini etkilememiştir. Örneklem grubundaki bireylerin en fazla iki hastalığa sahip olması ve yaşlarının genç olması bu sonucu etkilemiş olabilir.

Kronik hastalığı olanların eğitim durumu fiziksel sağlık yaşam kalitesi algısını etkilemektedir. Eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi algısı doğru orantılıdır. Fark okuryazar olmayan gruptan kaynaklanmaktadır. Bu grubun problem çözme becerisinin gelişmemiş olması, bu konuda yaşadığı sorunları çözmemesi ve uyum yapma sınırlılığı ile ilişkilendirilebilir.

Kronik hastalığı olanların eğitim durumu mental sağlık yaşam kalitesi algısını etkilememektedir. Mental sağlık yaşam kalitesi puanının üç eğitim grubunda da düşük olması, depremin büyük bir stresör olmasına, toplumun yaşam biçimini bozmasına ve uyum yapma aşamasında olmalarına bağlanabilir.

Hastalık yılı fiziksel sağlık ve mental sağlık yaşam kalitesi algılarını etkilememektedir. Yapılan çalışmalarda hastalık yılı arttıkça fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puanlarının azaldığı saptanmıştır (10, 11, 15). Deprem her üç grup içinde akut kriz dönemidir. Bu çalışmadaki sonuç hem fiziksel koşulların yetersizliği

hem de mental yaşamı etkileyen faktörlerin (kayıp gibi) yoğunluğunun her üç grubu benzer şekilde etkilemesine bağlanabilir. Ayrıca yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşüklüğü dikkate alındığında kriz durumunu yönetmeleri için zamana gereksinimleri olduğunu düşündürmektedir.

Sınırlılıklar: Bu çalışmanın, iki önemli sınırlılık çerçevesinde değerlendirilmesi gerekir. Örnek sayısının az olması kapsamlı değerlendirme ve genelleme yapmayı engellemektedir. Diğer bir sınırlılık, fiziksel ve mental yaşam kalitesinin aynı bölgedeki kronik hastalığı olmayan bireylerle karşılaştırma yapılmamış olmasıdır. Çalışma sonuçları bu sınırlılıklar kapsamında yorumlanmalıdır.

Öneriler: Deprem bölgesinde yaşayan kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinin temel iki ögesine (fiziksel ve mental sağlık) ilişkin puanları düşüktür. Bu da deprem gibi olağan dışı durumlarda risk grupları içinde bulunan kronik hastalığı olan bireylerin deprem sonrasında yakından izlenmesine ve profesyonel destek almasına gereksinim olduğunu göstermektedir.

Deprem bölgesinde yaşayan kronik hastalıklı bireylere multiprofesyonel bir ekip hizmet vererek onların gereksinimleri karşılanarak yaşam kalitesi yükseltilebilir. Ayrıca deprem sonrasında sağlık hizmeti veren birimlerin kronik hastalığı olan bireylere, özel ve akut problemlerini çözebilecek şekilde hizmetlerini yapılandırması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Dedeoğlu N, Erengin H, Pala K. 17 Ağustos Depreminde Gölcükte Ölüm, Yaralanmalar, ve Yıkıntıda Kalmada Risk Faktörleri. Toplum ve Hekim (TTB yayın organı) Ocak-Şubat, 2000; 15 (1): 2-9.
2. Akdur R. Afetlerde Çevre Sağlığı Hizmetleri (İkincil Hastalık ve Ölümün Önlenmesi). Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi Yalova Kurs Notları. 24-28 Ekim 2000; 116-129.
3. Aycan S. "Marmara Depremi ve Sağlık Bakanlığı'nın Verdiği Hizmetler." <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/2825.pdf> 06.02.2006.
4. "Chronic Disease Prevention" <http://www.cdc.gov/nccdphp/overview.htm> 15.03.2007.
5. Pınar R. Sağlık Araştırmalarında Yeni Bir Kavram; Yaşam Kalitesi, Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalıklarda Geçerlilik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Hemşirelik Bülteni 1995; 9: 85-95.
6. Pınar R. Sağlık Araştırmalarında Yaşam Kalitesi Kavramı. Sendrom 1997; 9: 108-111.
7. Akyol A. Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1993; 9(3): 71-75.
8. Glenda AM. Quality of Life: A Concept Analysis. Journal of Advanced Nursing 1993; 18: 32-38.
9. Testa MA, Simonson DC. Assessment of Quality Life Outcomes. The New England Journal of Medicine 1996; 334: 835-840.
10. Anderson RT, Hogan P, Appel L, et al. Baseline Correlates With Quality of Life Among Men and Women with Medication-Controlled Hypertension. The Trial of Nonpharmacologic Interventions in The Elderly. J. Am. Geriatr. Soc. 1997; 45: 1080-1085.
11. Atagöz A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998.
12. Lukkarinen H, Hentinen M. Assessment of Quality of Life with The Nottingham Health Profile among Women with Coronary Arter Disease. Heart&Lung 1998; 27: 73-84.
13. Wang X, Gao L, Zhang H. Post-Earthquake Quality of Life And Psychological Well-Being: Longitudinal Evaluation in a Rural Community Sample in Northern China. Psychiatry Clin Neurosci .2000; 54: 427-433.
14. Mancuso CA, Peterson MGE, Charlson ME. Effects of Depressive Symptoms on Health-Related Quality of Life in Asthma Patients. J Gen Intern Med 2000; 15: 301-310.
15. Adams R J, Wakefield M, Wilson DHD, et al. Quality of Life in Asthma: A Comparison of Community and Hospital Asthma Patients. Journal of Asthma 2001; 38: 205-214.
16. Şahin TK, Sur H. "Depremlerde Sağlık Yönetiminde Deprem Epidemiyolojisinin Önemi" http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=3713 26.02.2003.
17. McHorney CA, Ware JE, Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). II. Psychometric and Clinical Tests of Validity in Measuring Physical and Mental Health Constructs. Medical Care 1993; 3: 247-263.

18. McHorney CA, Ware JE, Jr, Lu JF, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). III. Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability Across Diverse Patient Groups. *Medical Care* 1994; 32: 40-66.
19. Demirsoy AC. The MOS SF-36 Health Survey: A Validation Study with a Turkish Sample. Thesis, İstanbul: Bogazici University, 1999.
20. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G ve ark. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetay1.aspx?id=267 05.01. 2006.
21. Aydemir Ö. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36),3P/Psikiyatri, Psikoloji. *Psikofarmakoloji Dergisi* 1999; 7: 14-23.
22. Ware JE. The Most 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care* 1992; 30: 328-334.
23. Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri. 3. Baskı, Ankara: Emek Ofset Ltd. Şti, 2005: 214-250.