

**DERLEME****ESKİ BİR KAVRAM, YENİ BİR ÖLÇÜT:  
YAŞAM KALİTESİ***Dr. Hatice ŞAHİN\****I- GİRİŞ**

"Sağlık ölçülebilir mi?" sorusuna evet, hayır ya da belki ölçülebilir şekilde yanıtlar vermek mümkün. Sağlığın değerlendirilmesi ya da ölçülmesi, farklı zaman dilimlerinde sağlık durumları arasındaki fark olarak tanımlanabilir. Bu farklılık tıbbi girişimler veya sağlık hizmeti, hastanın gereksinimleri ve tıbbi olmayan diğer faktörler tarafından etkilenebilir.

Zaman zaman sağlığın çeşitli tanımları yapılmasına rağmen kısaca sağlık; fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerin dahil olduğu fonksiyonel bir durum olarak tanımlanabilir.

Son yıllarda fonksiyonel durum, araştırmalarda ve politik kararlarda önemli bir sağlık göstergesi olarak kullanılmaktadır. Bunun nedeni üç noktada açıklanabilir.

1- Halk sağlığı kalitesi. Günümüzde artık genç ve orta yaş sorunları yerini yaşlılık dönemi sorunlarına ve kronik hastalıklara bırakmaktadır. Burada, "bunlar nasıl önlenir ve sakatlıklardan nasıl kaçınılabilir?" sorularına yanıt aranmaktadır.

2- Yaşam kalitesi. Kronik hastaların ve yaşlıların çoğunluğunun fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesi azalmaktadır. Burada, "farklı kronik hastalıkların fonksiyonel duruma etkileri farklı mıdır?", "sakatlık süreci nasıl gelişmektedir?" sorularına yanıt aranmaktadır.

3- Sağlık hizmetinin kalitesi. Kişilerin sağlık hizmetinden beklentileri sadece yaşla bağlantılı olarak artmakla kalmaz, aynı zamanda karmaşık bir hal de alır. Fonksiyonel durum sağlık gereksinimlerini ve sağlık hizmeti sonuçlarını değerlendirmek için bir temel oluşturur. Burada, "hangi fonksiyonel sakatlıkların rehabilitasyon hizmetlerine veya uzun dönem evde bakım hizmetlerine gereksinimi vardır?", "kronik hastalar sayesinde sağlık hizmeti gereksinimlerinin farklı yönleri önceden saptanabilir mi?" sorularına yanıt aranmaktadır (Bentzen, N.; 1995:23-28).

Bu yazıda sağlık göstergesi olarak kullanılan fonksiyonel durumun alt başlığı olan yaşam kalitesi irdelenecektir.

**II- YAŞAM KALİTESİ**

Yaşam kalitesi bir çeşit memnuniyettir. Yaşam kalitesi kavramı ilk kez 1960'larda politik kararların alınmasında gündeme gelmiştir. Bu amaçla kullanılmasının nedeni gelirin, eğitimin, sağlığın ve barınmanın yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olmasıdır. Ekonomistler ise yaşam kalitesini ilk kez Gayrisafi Milli Hasıla'nın hesaplanmasında bir gösterge olarak kullanmışlardır.

Öznel yapısı gereği yaşam kalitesi kavramının 1974'den beri bir çok tanımı yapılmıştır.

Bunlardan memnuniyet, mutluluk, moral, pozitif etki, negatif etki, etki derecesi, bilişsel değerlendirme, sağlık, öznel ve psikolojik iyilik hali gibi tanımlar farklı kavramları açıklamaktadır, fakat eşanlamli değildir.

Tatarkiewicz mutluluğu hem duygusal hem de bilişsel bileşeni içeren bir çeşit memnuniyet olarak tanımlamıştır. Mæland ise yaşam kalitesini 4 farklı şekilde tanımlamıştır.

1- Mutluluk: Bireysel tecrübelerin duygusal bileşeni yansıtır.

2- Memnuniyet: Bireysel tecrübelerin mantık ve entelektüel durumları ifade eden bilişsel yönüdür.

3- Gereksinim duyulan memnuniyet: İyi bir yaşam deneyiminden önceki memnuniyetten farklı, memnuniyet gereksinimlerini yansıtır.

4- Kendini gerçekleştirme: Gelişme ve büyümeyi vurgular.

Pozitif ve negatif duyguyu yansıtan yaşam kalitesi ve mutluluk ile bilişsel durumu yansıtan memnuniyet arasındaki ayırım sosyal bilimlerde özellikle dikkati çeken noktadır.

\* Arş. Gör., Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

Memnuniyet ve mutluluk arasındaki ayırım yaşam kalitesinin ölçülmesinde önemlidir. Çünkü herbiri farklı şeyleri değerlendirir. Genel yaşam kalitesi değerlendirmelerinde yaşla birlikte mutluluğun azaldığı fakat memnuniyetin arttığı görülmüştür. Nordenfelt yaşam kalitesini mutluluk olarak ifade etmiştir. Psikoloji ve psikiyatride yaşam kalitesi gereksinim duyulan memnuniyet olarak tanımlanmaktadır. Gereksinim duyulan memnuniyet farklı uzmanlar tarafından farklı algılanmaktadır. Hörnquist yaşam kalitesini fiziksel, sosyal, psikolojik, yapısal, aktivite/ davranışsal ve maddi iyilik halinin de dahil olduğu yaşam alanlarındaki gereksinim duyulan memnuniyet düzeyi olarak tanımlamaktadır. Aggernaes Maslow'un hiyerarşik gereksinimlerinden oldukça etkilenmiş ve gereksinimleri biyolojik gereksinimler, yakın ilişki gereksinimleri, mesleki gereksinimler, değişiklik gereksinimleri olarak tanımlamıştır. Næss kendini gerçekleştirmeye önem vermiş ve yaşam kalitesini kişinin aktivitesinin, başka insanlarla iyi ilişkilerinin, öz saygısının ve mutluluk durumunun düzeyi olarak tanımlamıştır (Hanestad. B.R; 1992:19-41). Yaşam kalitesinin uluslararası bir tanımı olmamasına rağmen yapılan farklı tanımlar bu kavramın farklı özellikleri hakkında bilgi edinmeyi sağlamaktadır. Kavramın tanımlanması, tanımlayan kişilerin geçmişe dönük yaşam birikimlerini yansıtmaktadır. Yaşam kalitesi kavramına ilişkin tüm bu yaklaşımlar yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğunu fakat hastalık, semptomlar ve/veya tedavi ile ilişkili toplam kişisel duruma odaklandığını göstermektedir.

Yaşam kalitesi ölçümü sağlık hizmetinin sonucu olarak ortaya çıkan kişilerin veya toplumların sağlığını, kar ve zararını toplu olarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Kısacası "bir hasta neyi ne düzeyde yapabilir?", "ilgi alanlarında bu yeteneğini kullanmak için kaynak ve olanakları nelerdir?" ve "nasıl bir iyilik haline sahip?" konularına açıklık getirir. Diğer bir deyimle uygulanan tedavi-tedavilerin hastanın yaşamını etkileme durumu, hastanın şu andaki halinden memnuniyeti veya yaşamdan hoşnut olma durumudur. Yaşam kalitesi bize "farklı tıbbi tedavilerin hastanın yaşamında gerçekten neler yaptığını" göstermektedir. Örneğin yapılan bir operasyon başarılı olmuştur ama hasta ölmüştür.

Dar bir bakış açısı ile değerlendirildiğinde hastalıkların belirti ve semptomlarına odaklanmış olan tıbbi sonuç değerlendirmeleri kanserde tümör çapını, beklenen yaşam süresini, artrit eklemin hareket alanını, akciğer hastalıklarında ekspiratuar volümü, epilepside nöbet sıklığını ve şizofrenide halusinasyonları esas olarak alır fakat bunlar yeterli değildir.

Yaşam kalitesi öznel bir konu olduğu ve gözlenemediği için bunu temsil eden göstergelerle ölçülür. Bu göstergeler;

- 1- Gözlemsel bilgiler
- 2- Kan testleri gibi fizyolojik göstergeler

3- Alkol bağımlılığı, intihar oranları gibi davranışsal göstergeler

4- Kendini ifade etme olarak belirlenmektedir.

Duygu ve düşünce gibi yaşam kalitesini temsil eden öznel konular başkaları tarafından gözlenemez. Zaman zaman gözlenen bulgular da somatik şikayetlere bağlı olabilir.

Bu yüzden , yaşam kalitesi değerlendirmelerinde en çok başvurulan metod kişinin kendini ifade etmesidir. Çünkü yaşanan, hissedilen şeyler kişinin kendi deneyimleridir. Bu bilgiler ya bir anketörün kullanıldığı görüşmeler yoluyla ya da kişinin kendisi tarafından ifade edilmesiyile elde edilir (Fitzpatrick, R; 1992:1074-77).

### III- SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞAM KALİTESİ

Sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi değerlendirmesi ile ilgili olarak genel yaşam kalitesi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve hastalığa özgü yaşam kalitesi olmak üzere üç yaklaşım tanımlanmaktadır (Hadorn, D.C.; 1991:829-840, Fletcher, A.; 1992:1145-48).

**1- Genel yaşam kalitesi:** Nüfusun genel olarak yaşam kalitesini değerlendirme çalışmaları, son zamanlarda geliştirilen sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi araştırmalarından daha da öncelere dayanmaktadır. Bu tür araştırmalar hangi insanların sözkonusu işi yaptığını ve yaşam deneyimlerinde kendilerinin ve toplumun etkilerinin neler olduğu hakkında bilgi verir. Ayrıca "hangi insanlar çaba gösteriyor?", "niçin böyle davranmayı seçiyor?" ve "bir toplum içinde diğerleriyle ilişkili olan yaşamlarında farklı altgruplar ve topluluklar ekonomik olarak nasıl geçiniyorlar?" konularında da farklı görüş açıları sunar. Bu kavramlar yaşam kalitesinin nasıl değerlendirileceği konusunda karar vermede yol gösterici olabilmektedir. Ölçümler tipik olarak fonksiyonel durumu, kaynaklara ve olanaklara ulaşmayı ve iyi hal duygusunu kapsamaktadır. Evinin olup olmaması gibi değerlendirme kapsamına alınan bazı noktaların doğrudan sağlık hizmetinden etkilenmesi gerekmez.

Özellikle kronik mental hastalığı olan hastaları değerlendirmek için geliştirilmiş yaşam kalitesi görüşmesi (QOLI) bu tip yaşam kalitesi ölçümlerine bir örnektir. QOLI yaşam düzeyi, aile ilişkileri, sosyal ilişkiler, günlük aktiviteler, ekonomi, güvenlik ve yasal problemler, iş - okul ve sağlığın dahil olduğu farklı yaşam alanlarında yanıtlayan kişinin son yaşam deneyimlerini değerlendirmektedir.

Bazı versiyonlarda komşuluk ve din konuları da değerlendirme kapsamına alınabilmektedir. Değerlendirilecek her bir yaşam alanı için önce nesnel yaşam kalitesi daha sonra da bu alandaki yaşamdan memnuniyet değerlendirilmektedir. Nesnel yaşam kalitesi göstergeleri; son ikamet süresini, yerleşik düzeni, evsiz olma durumunu,

günlük aktiviteleri, ailesi ile görüşme sıklığını, sosyal görüşmelerin sıklığını, toplam aylık harcamayı, ekonomik desteklerin yeterli olma durumunu, son iş durumunu, hapis hane'deki ilk geceyi, hilekarlık ve genel sağlık durumunu kapsar.

Öznel yaşam kalitesi göstergeleri ise yaşam seviyesinden memnuniyet, günlük aktiviteler, aile ilişkileri, sosyal ilişkiler, ekonomi, iş ve okul, yasal konular, güvenlik ve sağlıktır.

Bu genel özelliği nedeniyle bu tür yaşam kalitesi ölçekleri özel hastalıklar ve değişikliklere neden olan tedaviler için uygun değildir. Genel yaşam kalitesi ölçümleri ileride yapılacak karşılaştırmalı hizmet sistemi değerlendirmeleri için gereklidir (Lehman, A.F.; 1995:90-101).

**2- Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi:** Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi jenerik yaşam kalitesi olarak da adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde primer olarak hastalığın, yaralanmanın, bunların önlenmesi ve tedavisinin yaşam süresine olan etkilerine önem vermektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi fonksiyonel duruma, iyilik haline ve sadece sağlıkla ilişkili görüş açılarını içeren kavramlara odaklanmıştır. Örneğin; fakirlik ve sosyal olanakların kısıtlılığının getirdiği rol sınırlılığına karşıt olarak, duygusal ve fiziksel hastalıkların neden olduğu fonksiyonel rol sınırlaması gibi.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirmelerinden en bilinenleri Sicknees Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile, Quality of well-being scale, McMaster Health Index Questionnaire, Dartmouth COOP Function Charts, WHOQOL, Duke Health Profile ve Medical Outcome Study SF-36'dır.

Bazı yaşam kalitesi ölçekleri fiziksel, mental, sosyal ve görünen sağlığı, sakatlık ve ağrıyı değerlendirirken bazıları da fiziksel fonksiyonu, fiziksel problemlerin neden olduğu rol sınırlılıklarını, sosyal fonksiyonu, fiziksel ağrıyı, genel mental sağlığı, duygusal problemlerin neden olduğu rol sınırlılıklarını, dayanma gücünü ve genel sağlık algılamalarını ölçer ve farklı durumları karşılaştırma olanağı-verir fakat özel sağlık problemleri olan kişilerin bakımında gelişmeleri göstermede yeterli olmayabilir.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri genellikle daha kapsamlı ve geniştir. Farklı topluluklarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Farklı toplulukların, hastalıkların, durumların ve tedavilerin karşılaştırılması amacıyla kullanılmaktadır. Ayrıca normların ve referans değerlerin kullanıldığı karşılaştırmalı analizlerde de kullanılabilir. Bu tip yaşam kalitesi değerlendirmelerinin bazı sınırlılıkları olmasına rağmen değerlendirilen hastalığın veya sağlık hizmetinin yaşam kalitesi üzerine olan önemli etkileri nedeniyle kullanılmaktadır. Genel başlıkların kullanılması nedeniyle duyarlılığının daha az olması, elde edilen bilgilerin klinik kararlarda kullanımının daha sınırlı olması ve bazı

hastaların başlıkları konu ile ilgisiz bulması sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümlerinin sınırlılıkları olarak belirtilebilir.

Bunun yanında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümlerinden elde edilen bilgiler tıbbi problemleri nedeniyle kronik sakatlık ve sosyal dezavantajları olan kişilerin gereksinimlerini yeterince yansıtamazlar (Lehman, A.F.; 1995:90-101, Spiegelhalter, D.; 1992:1205-9).

**3- Hastalığa özgü yaşam kalitesi:** Marilyn Bergner'in "ölçeklerin bir kısmı herkesin her durumda kullanılmasına olanak vermesine rağmen çoğu sadece özel bir hastalıkla ilgilidir" görüşü hastalığa özgü yaşam kalitesi değerlendirmelerine olan ilgiyi arttırmıştır. Hastalığa özgü yaşam kalitesi özel bir hastalığın ve tedavisinin yaşam kalitesine olan potansiyel etkisine değinmektedir.

Bu yaklaşım tamamen spesifik bir hastalık ve bu hastalığın tedavisinin organa özgü etkileri nedeniyle oluşan zarara odaklanmıştır.

Örneğin; artrit ile ilgili yaşam kalitesi ölçümü eklem ağrısını, hareketini ve antiinflatuar ajanların organa özgü etkilerini değerlendirir, depresyonla ilgili yaşam kalitesi ölçümü depresyon semptomlarını, bulanık görme, ağız kuruluğu, konstipasyon ve impotans gibi tedavinin özel etkilerini değerlendirir. Özel bir hastalık, durum veya tedavi için geliştirilmiş olan hastalığa özgü yaşam kalitesi değerlendirmeleri daha dar kapsamlı olmasına rağmen en ince ayrıntıları bile değerlendirmektedir. İnce ayrıntıları içermesi nedeniyle daha duyarlıdır ve önemli olan küçük klinik değişiklikleri kolaylıkla saptayabilir ve elde edilen bilgiler klinik kararlarda rahatlıkla kullanılabilir. Hastalığa özgü yaşam kalitesi değerlendirmeleri; kanser, kalp hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları, diabetes mellitus, artrit, astma, AIDS, sırt ağrısı, sindirim hastalıkları, depresyon, multiple sklerozis, psoriasis, psikiyatrik hastalıklar, böbrek nakli, senkop, epilepsi gibi kronik hastalıklar için kullanılmaktadır. Hastalıkla ilgili veya hastalığa özgü yaşam kalitesi çalışmaları zamanın kısıtlı olduğu veya kronik mental hastalığı olan kişilerin sınırlı hizmet programlarında en uygun olanlardır.

Çalışmanın amacına bağlı olarak bir grup içinde yaşam kalitesi, iki veya daha fazla grup içinde yaşam kalitesi değerlendirilebilir. Hem sağlıkla ilgili hem de hastalık/semptom/ tedaviye özgü farklı girişimlerin etkisi değerlendirilebilir. Hastalığa özgü yaşam kalitesi değerlendirmelerinin de bazı sınırlılıkları vardır. Hastalıkların başlangıcına, şiddetine, devresine ve hastanın yaşına göre spesifik hastalığın değişmesi ve önceden tahmin edilemeyen problemlerin saptanamaması bu sınırlılıklardan birkaçıdır (Fitzpatrick, R.; 1992:1074-77, Sprangers, M.A.G.; 1993:287-95).

Hem genel yaşam kalitesinin hem de sağlıkla ilgili ve hastalık/ semptom/ tedaviye özgü yaşam kalitesinin birlikte değerlendirildiği modeller vardır.

**Şekil 1: Üç Çeşit Yaşam Kalitesi Ölçümünün Birlikte Kullanıldığı Bir Model**



Şekil 1'de verilen böyle bir modelin avantajı hem yaşamın yorumlanmasını hem de yaşam kalitesinin daha özel ve ayrıntılı olarak değerlendirilmesini sağlar (McCull, E.; 1995:75-79).

Yaşam kalitesi ölçümleri etik açıdan, "başlıklar hastanın durumu ile ilgili mi?", "başlıklar değişikliği saptamada duyarlı mı?" ve "düşük yaşam kalitesi değerine sahip hasta izlenecek mi?" gibi sorulara yanıt vermelidir.

#### IV- YAŞAM KALİTESİ ÖLÇÜMLERİNİN KULLANIM ALANLARI

Yaşam Kalitesi Ölçümlerinin kullanım alanları giderek artmaktadır. Başlıca;

- \* Bireysel hasta bakımı sırasında oluşabilecek psikososyal problemlerin izlenmesi ve tanınmasında,
- \* Bilinen sağlık sorunlarına yönelik toplum tabanlı çalışmalarda,
- \* Tıbbi değerlendirmelerde
- \* Sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği araştırmalarda,
- \* Özellikle kronik hastalıklarda hastalığın seyrinin izlenmesi ve tedavi yönteminin belirlenmesinde,
- \* Klinik araştırmalarda ve son olarak da
- \* Maliyet kullanım analizlerinde kullanılmaktadır.

Kısaca yaşam kalitesi ölçümleri hastaların özel dikkat isteyen ihtiyaçlarını tespit etmede kullanılmaktadır. Bunun yanında hastanın iyileşmesinde özellikle kronik hastalık

yönetimi ile ilgili olan psikososyal problemlerin izlenmesinde veya tedavinin seçilmesinde kullanıldığı gibi bir bölgenin veya belli bir nüfusun sağlığını izleme amacıyla da kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi değerlendirmeleri gereksinimlerin, gelişen girişim stratejilerinin ve hem sistem hem de bireysel hasta düzeyinde girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesinde faydalıdır. Bu gibi bilgiler hastaların önceliklerine dayanan hizmet sistemlerinde kaynakların dağılımı yönünden hayati öneme sahiptir. Ayrıca sistem düzeyindeki yaşam kalitesi değerlendirmeleri hizmetlerin sonuçları ile kaynak dağılımı ve hizmetin daha fazla geliştirilmesinin etkileri ile ilgili geri bildirim gelmesini de sağlar.

Hasta düzeyindeki yaşam kalitesi değerlendirmeleri benzer olarak gereksinimleri saptamada ve tedavi girişimlerinin ve hizmetlerin etkisini izlemede kullanılır (Fitzpatrick, R.; 1992:1074-77).

Yaşam kalitesi ölçümlerinin farklı bilim dallarına göre kullanıma durumu Şekil 2'de şematize edilmiştir. Görüldüğü gibi yer alan tüm bilimler birbiri ile ve yaşam kalitesi ile ilişki halindedir.

**Şekil 2: Yaşam Kalitesi Ölçümlerinin Bilim Dallarına Göre Kullanımı**



Bilim dalları yaşam kalitesine kendi disiplinlerini ilgilendiren açılardan yaklaşmaktadır. Sosyoloji yaşam kalitesinin refahla ilişkisine odaklanırken fizyoloji temel olarak kişilerin büyüme ve gelişmelerine olan ilgisine odaklanmıştır. Tıp ve hemşirelik ise sağlık çalışanlarının ilgilendikleri alanlar olan sağlığı, semptomların, hastalıkların ve tedavilerin yaşam kalitesi ile olan ilişkisine odaklanmıştır (Hanestad, B.R.; 1992:19-41). Son yıllarda yaşam kalitesi çalışmaları sosyal bilimlerde de yapılmış ve farklı hastalık gruplarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi; alternatif kaynak kullanımının yararlarının ölçülmesi, hastaların tedavilerine karar verme ve klinik çalışmalarda girişimlerin etkinliğinin karşılaştırılması amacıyla kullanılmıştır. Yani hasta için gerekli tedavi yaşam kalitesine olan etkisine göre seçilmektedir. Akciğer kanserli hastalar için radyoterapi ve kemoterapi seçeneklerinin karşılaştırılması

gibi. Bu noktaya tedavinin etkileri nedeniyle hastanın iyi bir yaşam kalitesi ile kısa bir yaşam süresine sahip olması veya hastanın yaşam süresinin uzun olup yaşam kalitesinin düşük olması bir örnek olarak verilebilir. Uzun tedavi süreli kronik hastalıkların artması yaşam kalitesinde değişikliklerle sonuçlanmaktadır (Lehman, A.F.; 1995:90-101).

#### V- YAŞAM KALİTESİ ÖÇÜMLERİNİN MALİYETİ

Yaşam kalitesi bilgilerinin toplanmasının faydası kadar maliyeti de düşünülmalıdır. Önemli olan yaşam kalitesi ile ilgili anlamlı ve ses getiren bilgiler toplamak değil etkili ve amaca yönelik bilgi toplamaktır. Yaşam kalitesinin maliyeti en az üç başlık halinde değerlendirilebilir. Bunlar;

\* Toplanan bilgilerin parasal olarak maliyeti ve yanıtlayan kişi üzerindeki yükünün değerlendirilmesi,

\* Değerlendirilen yaşam kalitesi alanı ile tedavi veya hizmeti sağlayan kişi veya kurumun görevi arasında yanlış eşleştirme yapılması ve

\* Yukarıda söz edilen iki noktayla ilişkili olan bilgi yüklemesidir (Hanestad, B.R.; 1992:19-41).

#### VI- YAŞAM KALİTESİ ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ

**1- Ölçüm yöntemleri:** Yaşam kalitesinin ölçülmesinde anket kullanılması en sık kullanılan yöntemdir. Fakat anket kullanımı ölçüm geçerliliği ve güvenilirliğini etkileyen ölçüm hatalarına neden olur. Hataların skorlar üzerine olan etkisi anlamsız bulunmuşsa bu hata rastlantısal hata, hatalar skorlar üzerine anlamlı bir etkiye sahipse sistematik hata olarak adlandırılır. Rastlantısal hatalar ölçümün tutarlılığını ifade eden güvenilirliği etkilerken, sistematik hatalar ise ölçümün kabul edilen şeyi yansıtmaya derecesini gösteren geçerliliği etkiler.

Yaşam kalitesi ölçeklerinin seçimi konusundaki en önemli nokta gereken durumda ölçeğin nasıl iyi kullanılacağı konusudur. Kısacası tüm ölçekler için güvenilirlik ve geçerlilik çok gereklidir. Bunun yanında ölçeğin duyarlılık ve seçiciliği de önemlidir. Geçerlilik ve güvenilirlik yaşam kalitesi ölçümünün ayırım yapmasında, tahminde bulunmasında veya değerlendirme yapmasında önemli bir faktördür. Bir çok ölçek, ölçüm duyarlılığının yararlı bir kriter olmadığı kesitsel çalışmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir.

**2-Ölçeklerin güvenilirliği ve geçerliliği:** Ölçeklerin güvenilirliği; Tüm ölçekler aynı durumda kullanıldığında aynı sonucu vermelidir.

Pratik olarak yaşam kalitesindeki gerçek değişiklikleri ölçüm hatasından ayırtmak zor olsa da güvenilirlik test ve tekrar test uygulaması ile değerlendirilir. Güvenilirlik

çoğu kez iç güvenilirliğin test edilmesi ile değerlendirilir. Görüşme temelli çalışmalarda değerlendirmeciler arası güvenilirlik de gereklidir.

Ölçeklerin geçerliliği; Öznel konuları değerlendirdiği için ölçeklerin geçerliliğini değerlendirmek daha zordur. Temel bir yaklaşım olarak ilgili başlıkları geniş dağılım gösteren ölçeklerde yüzeysel geçerlilik kullanılır. Daha genel bir yaklaşım ise içerikle ilgili geçerliliktir (Sprangers, M.A.G.; 1993:287-295, Spiegelhalter, D.; 1992:1205-1209).

Ölçek seçmeyi etkileyen faktörler kısaca;

\* İyi ölçüm özelliklerinden geçerlilik, güvenilirlik ve duyarlılığın sağlanması.

\* Ölçeğin tipinin Jenerik-sağlıkla ilgili, hastalığa özgü, boyuta özgü veya çalışma başlıklarına özgü olmak üzere seçilmesi.

\* Yöntem ve yönetim olarak görüşmeci tarafından veya bir anketör tarafından doldurulan anketlerin kullanılması .

\* Kültürel özelliklerin gözönünde bulundurulması şeklinde özetlenebilir.

En uygun yaşam kalitesi ölçümünün kullanıldığına emin olmak için sağlık problemleri ve tedavi etkilerinin alanı gibi noktalar dikkatlice değerlendirilmelidir. Bazen yaşam kalitesi değerlendirmelerinde tedavinin olası organa özgü etkileri önceden tahmin edilmemiş olabilir bu durumda araştırmacı tahmin edilmeyen, önceden görülmeyen problemler için geniş kapsamlı bir yaşam kalitesi ölçeği kullanır. Yaşam kalitesinin kişilere göre önemi değişmektedir ve ölçüm hastanın önceliklerini ve tercihlerini yansıtmaktadır.

Örneğin; metastatik meme kanserli kadınlarla ilgili bir çalışmada kadınların çoğu kendi kendine bakabilme, hareketli olabilme ve aile ilişkilerine tedavinin organa özgü etkilerinden daha fazla önem verdikleri görülmüştür. Hastadan hastaya değişen yaşam kalitesinin bu ana hattı, daha sonra zaman içindeki değişiklikleri değerlendirmekte de kullanılır (Fletcher, A.; 1992:1145-48).

**3- Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Geliştirilmesi:** Yaşam kalitesi ölçeklerini geliştirmede değişik stratejiler izlenmektedir. Göstergeleri belirlemede temel olarak dikkat edilecek noktalar şöyle sıralanabilir.

1- Sağlıkla ilişkisinin olması. Ağrının artmasıyla yaşam kalitesinin azalması gibi.

2- Kararlı kişilik özellikleri ve günlük moral değişiklikleri ile düşük düzeyde ilişkisinin olması. Gösterge kişilik

özelliklerinin sonucu olan kararlılık ile günlük moral değişikliklerine çok duyarlı olma arasında denge kurmalıdır. Kişilik özellikleri ile yüksek düzeyde ilişkili olan göstergeler değişiklikleri tespit etmede duyarlı olabilir.

3- Kapsamının etik olarak uygun olması.

4- Test ve tekrar test güvenilirliği ile iç tutarlılığının uygun olması.

5- Ölçüm hatasının en az düzeyde olması.

6- Yaşam kalitesi değerlendirmesinden elde edilen skorların normal dağılım göstermesi. Eğer skorlar normal dağılım göstermiyorsa farklılıkları ayırtmak amacıyla kullanılan ölçeğin gücü zayıf olacaktır.

7- Klinik olarak önemli farklılıkları tespit etmede değişikliğe duyarlı olması (Bentzen, N.; 1995:61-69).

Gerek sağlıkla ilgili ve gerekse hastalığa/semptomaya tedaviye özgü yaşam kalitesi ölçekleri bir taraftan kullanılmaya devam ederken diğer taraftan da değerlendirme kriterleri tekrar tekrar gözden geçirilmekte ve gerekli değişiklikler yapılmaktadır.

Evans ve Cope tarafından Kanada'da geliştirilen Quality of Life Questionnaire Computer Program gibi bazı alanlarla ilgili yaşam kalitesi değerlendirmelerini paket programlar halinde temin etmek mümkündür. Günümüze kadar geliştirilmiş olan yaşam kalitesi ölçeklerinin çoğu İngilizcedir. Farklı kültürlerde benzer özellikleri değerlendirmek için yeni bir yaşam kalitesi ölçeğinin geliştirilmesi veya daha önceden geliştirilmiş ölçeklerin uygulanacak kültürle uyumlu hale getirilmesi gerekmektedir.

Bu gereklilik çok uluslu, çok merkezli araştırmaların yapılmasına başlanmasıyla iyice belirgin hale gelmiştir. Farklı bir toplum ve farklı bir dil için geliştirilmiş bir ölçeği kullanabilmek için öncelikle sistematik çeviri ardından da kültürel uyarılmanın yapılması gereklidir. Yaşam kalitesi ölçekleri subjektif konuları değerlendirdiği için uyarılma sırasında yapılacak en ufak bir hata anlam kaymalarına neden olmakta ve değerlendirmede önemli hataların oluşmasına neden olmaktadır. Bu gibi sorunları önlemek amacıyla Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Kurumu gibi ölçekleri geliştiren bazı kuruluşlar ölçeği istenen dile çevirisi yapılmış olarak sunarken bazıları da çeviri sürecindeki yöntemleri belirtmektedirler (Guillemin, F.; 1993:1417-1432, Cull, A.; 1994).

**4- Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Çevirisi ve Kültürel Uyarılması:** Çeviri sürecinde izlenecek yöntemle ilgili olarak tanımlanmış bir standart yoktur ve bu konudaki tartışmalar hala devam etmektedir. Ölçeği geliştiren kurumlara göre çeviri koşulları değişmektedir.

Bazı kuruluşlar iyi derecede İngilizce bilen iki kişinin

çeviri ve geriçevirisi ile bu çeviriler sonunda anketin küçük bir grup üzerinde uygulanmasını yeterli olarak kabul ederken bazı kuruluşlar ise bunlardan daha kapsamlı süreçleri benimsemektedirler.

Yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürlere uygunluğu konusunda yapılan bir çalışmada çevirisi yapılan sözcüklerin uygun anlamda seçilmesi, deyimlerin kültüre uyarlanması, deneysel eşdeğerlik ve kabul görmede eşdeğerliliğin sağlanması konusu üzerinde durulmuştur. Deneysel eşdeğerlikten benzer aktivitenin farklı kültürlerde yerine getirilebilmesi için gereken çaba kastedilmektedir. Örneğin bir toplumda yaşam kalitesi ölçeğinde hastanın ulaşımını özel arabayla, başka bir toplumda ise ulaşımını toplu taşıma araçlarıyla sağlama ölçülerek farklı toplumlardaki ulaşım için gerekli olan çaba yada yetenek değerlendirilmektedir (Guillemin, F.; 1993:1417-1432).

**5- Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Değerlendirilmesi:** Çalışmanın amacına uygun olarak seçilen yaşam kalitesi ölçeklerinin değerlendirilme aşaması da önemlidir. Bazı ölçekler kişilerin yaşam kalitesini uygulanan çeşitli formüller sonucunda lineer olarak 0'dan 100'e kadar değişen değerlerde gösterirken bazıları da ölçek üzerinde yer alan çeşitli yüz ifadeleri halinde ifade etmektedir (EORTC Avaluity of Life Study Group; 1995).

Geliştirilen ölçeklerin kullanımı için ölçek üzerinde değişiklik yapmama, anlaşma yapan kişinin dışında kimse tarafından kullanılmama gibi önemli noktaları içeren anlaşmalar pek çok ölçek için geçerlidir. Bunların dışında yapılacak yaşam kalitesi değerlendirmesinin hastane tabanlı olup olmaması veya ilaç firmaları gibi destekleyen kuruluşların olup olmaması ölçeğin kullanımı için izin alma ve anlaşma imzalamaya aşamasında önemli olan noktalardır.

## VII- SONUÇ

Sonuç olarak yaşam kalitesi ölçekleri, kullanımı ve değerlendirmesi konuları özetlenecek olursa; özellikle kronik hastalığı olan kişinin kafasında kendi sağlığı, geleceği, iyileşme durumu, hastalığının ailesine, topluma ve ekonomik durumuna olacak etkisi ile ilgili pek çok soru vardır. Bu konularda kendini aydınlatmak için bir kişiye gereksinim duyar, bu kişi de ilk hastaya tanıyı koyup, tedavi eden hekimidir.

Hastaların yaşam kalitesi, kendisi ile ilgilenen sağlık personeli ile olan iletişim biçiminden ve kendisine verilen bilgilerden anlamlı ölçüde etkilenmektedir. Hastaya uygulanan tıbbi tedavi mükemmel de olsa hasta-hekim, hasta-sağlık personeli iletişimi yeterli değilse yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu anlamda yaşam kalitesi çalışmaları hastanın tedavi süreci içinde ve ileriye dönük olarak hasta-sağlık personeli ilişkisinin niteliğini değerlendirmek ve izlemek açısından da önem taşımaktadır. Hastaya uygulanan tedavi çağdaş tıbbın tüm gerekliliklerini yerine getiriyor olsa da tedavinin başlamasıyla birlikte

hastanın yaşam akışı tümüyle değişmektedir. Tıbbi tedavide hastalığın ortadan kaldırılması için yapılacak girişimler hastanın yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Fallowfield, L.; 1994; Şahin, H; 1996).

Son zamanlarda hastaların bir organ olarak değerlendirildiğini, dışardan bakılınca görülemeyen ve gözlenemeyen duygu ve düşüncelere önem verilmediğini görmek olasıdır. Bu bakımdan yaşam kalitesi ölçümleri, tıbbi tedavinin gerekleri ile hastanın insani gereksinimleri arasındaki dengenin kurulması açısından başta klinisyenlere olmak üzere yaşamsal önemde bir veri tabanı sunmaktadır.

#### KAYNAKLAR

**Auray J.P.**, (1992). General Model of Evaluation and Quality of Life . Fifth Int. Conf. on System Science in Health Care. Prague. pg. 21-27.

**Bentzen N.**, (1995). Conceptual framework concerning evaluation of functional status? European research conferences on Functional status evaluation. 23-28 September 1995 Il Ciocco Italy, 61, 69.

Choosing a Health Outcome Measurement Instrument. An. EC/BIOMED project grant 1993-95 ERGHO.

**Cull A**, (1994). Sprongers M, Aaronson N. EORTC Quality of life study group. Translation procedure draft. Netherlands Cancer Institute Amsterdam.

**EORTC**, (1995). EORTC QLQ-C30 scoring Manual EORTC Study Group on Quality of Life. Brussels.

**Fallowfield L.**, (1994). "Quality of life in breast cancer-results from 3 cancer research campaign studies". Quality of life in breast cancer. London.

**Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D Cox David.**, (1992). "Quality of Life Measures in Health Care I. Applications and issues in assesment." BMJ vol. 305, 1074-77.

**Fletcher A, Gore S, Jones D, Fitzpatrick R, Spiegelhalter D, Cox David.**, (1992). "Quality of Life Measures in Health Care II. desing, analysis and interpretation." BMJ vol. 305, 1145-48.

**Fox E, McDowall J.**, (1993). Cognitive Function and Quality of Life in End-Stage Renal Failure. Renal Failure, 15(2), pg.211-214.

**Guillem F, Bombardier C, Beaton D.**, (1993). Cro-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literatre review and proposed guidelines. J. Clin. Epidemiology. Vol 46, No 12. pp 1417-1432.

**Hadorn D.C, Hays R.D.**, (1991). Multitrait- Multimethod Analysis of Health Related Quality of Life Measures. Medical Care, vol.29, No.9:829-840.

**Hanestad B.R.**, (1992). "Quality of Life and Insulin-Dependent Diabetes Mellitus." Department of Public Health and Primary Health Care Division for Nursing Science University of Bergen pg 19-41.

**Hollen P.J, Gralla R.J, Kris M.G, Cox C.**, (1994). "Quality of Life during Clinical Trials: conceptual model for the Lung Cancer Symptom Scale (LCSS)" Support Care Cancer 2 pg. 213-222.

**Lehman A.F.**, (1995). Measuring Quality of Life in a Reformed Health System. Health Affairs Fall pg 90-101.

**Long, S A, D'Antonio, L L, Robinson, E B, Zimmerman, G, Petti G, Chonkich G.**, (1996). "Factors related to quality of life and functional status in 50 patients with head and neck cancer." Laryngoscope 106, 1084-1088.

**McColl E.**, (1995). "Generic vs condition-specific measures. II-Empirical evidence." European research conferences on Functional status evaluation. 23-28 September 1995 Il Ciocco Italy, 75-79.

**MHS catalog.**, (1995). Helping you to help others!

**Spiegelhalter D, Gore S, Fitzpatrick R, Fletcher A, Jones D, Cox David.**, (1992). "Quality of Life Measures in Health Care III. resource allocation." BMJ vol. 305, 1205-1209.

**Sprangers M.A.G, Cull A, Bjordal K, Groenvold M, Aaronson N.K.**, (1993). The European Organization for Rsearch and Treatment of Cancer Approach to Quality of Life Assessment: guidelines for developing questionnaire modules. Quality of Life Research. vol. 2. pg. 287-295.

**Şahin H, Özaydemir G, Saçaklıoğlu F.**, (1996). "Radyoterapi alan meme kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi." Kanser Epidemiyolojisi ve Kanser Kayıtlarının Standardizasyonu Sempozyumu, İzmir.

**Van Weel C, König-Zahn C, Touw-otten F.W.M.M, Van Duijin N.P. De Jong B.M.**, (1995). "Measuring functional Health Status with COOP/WONCA charts." University of Groningen.