

Yatarak fizyoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri ve maliyet analizi

Quality of life and cost analysis of hospitalized patients receiving physical therapy

İlknur AKTAŞ, Ayşegül KAPTANOĞLU YILDIRIM, Feyza ÜNLÜ ÖZKAN, Meryem YILMAZ KAYSIN, Ayşe Duygu ŞİLTE

ÖZET

Amaç: Lokomotor sistem sorunları nedeniyle yatarak fizyoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri ve maliyet analizlerini ortaya koymaktır.

Hastalar ve Yöntem: Yatarak fizyoterapi alan olguların demografik verileri kaydedildi ve 15 D yaşam kalite sorgulaması yapıldı. Maliyetleri hesaplandı. Yaşam kalitesi ölçeği verilerini kullanarak hesaplanan, kaliteye ayarlanmış yaşam yılı (KAYY) sayısını kullanarak ekonomik analiz yapılmıştır.

Bulgular: Doksan üç olgunun 75'i (%80,64) kadın, 18'i (%19,35) erkek ve yaş ortalaması 61,45±14,52 idi. Gonartroz, hemipleji, lomber disk herni, Gullian Barre sendromu, omuzun sıkışma sendromu, lomber spondiloz, servikal disk hernisi olan hastaların yaşam kalitesi diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (F=5,89; p<0,05). Gonartroz, hemipleji, lomber disk herni gruplarında tedavi için yapılan harcamalar yaşam kalitesini anlamlı düzeyde artırmaktadır (F=34,12; p<0,05).

Sonuç: Gonartroz, hemipleji, lomber disk hernisi, yaşam kalitesini en çok bozan hastalıklardır. Bu hastalıklarda tedavi için yapılan harcamalar yaşam kalitelerini anlamlı düzeyde artırmaktadır.

Anahtar kelimeler: Fizyoterapi, Maliyet analizi, Yaşam kalitesi

ABSTRACT

Objectives: To reveal the quality of life of hospitalized patients with problems of the locomotor system who have received physical therapy, and provide a cost analysis.

Patients and Method: Demographic data were recorded for patients who received physical therapy. Health-related quality of life (HRQoL) was assessed by 15-dimensional standardized instrument (15D). The cost was calculated. An economic analysis was made to consider data from HRQoL and quality adjusted life year (QALY) scales.

Result: Of ninety three patients, 75 were female (80.64%), 18 were male (19.35%) and the average age was 61.45±14.52. The quality of life was low for the patients with gonarthrosis, hemiplegia, lumbar disc herniation, Guillain-Barré syndrome, subacromial impingement syndrome, lumbar spondylosis, cervical disc herniation when compared with the patients with other locomotor system problems treated by physical therapy (F=5.89; p<0.05). The expenses for the treatment of selected diagnosis patients such as gonarthrosis, hemiplegia, lumbar disc herniation significantly increased the quality of life of these patients (F=34.12; p<0.05).

Conclusion: Lumbar disc herniation, gonarthrosis and lumbar spondylosis are the diseases, that reduced the quality of life the most. The costs incurred for the treatment of these diseases, significantly increased the quality of life of these patients. There was no statistically significant difference neither in the quality of life of other patients that had hemiplegia, Guillain-Barré syndrome, subacromial impingement syndrome, cervical disc herniation, nor in the expenses for the treatment of these patients.

Key words: Physiotherapy, Cost analysis, Quality of life

Giriş

Sağlık hizmetlerinin, uluslararası standartlardaki tanı, tedavi ve bakım hizmetlerine uygun olması, hastaların ihtiyaç ve beklentilerine cevap verecek şekilde kaliteli, düşük maliyetle ve hızlı şekilde sunulması gerekmektedir. Teknolojinin hızla gelişimi, tanı ve tedavi aşamalarındaki gelişmeler, artan maliyet baskıları ve rekabetin yoğunlaşması sağlık hizmetlerinin daha profesyonel bir yönetim anlayışı ile birlikte maliyet odaklı olarak değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır [1-5]. Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi, sağlık sektörüne ayrılan kaynakların öncelikle hangi hizmetlere, bölgelere, programlara, hastalara ya da

İlknur Aktaş (✉), Feyza Ünlü Özkan, Meryem Yılmaz Kaysın, Ayşe Duygu Şilte
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul, Türkiye
e-mail: iaktas@hotmail.com

Ayşegül Kaptanoğlu Yıldırım
Sağlık Yönetimi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Gönderilme/Submitted: 25.9.2012 - Kabul/Accepted: 18.11.2012

hastalıklara ayrılması için uygun tedavi seçiminde maliyet-etkinlik analizi yapılması önemli bir konudur [2].

Maliyet-etkinlik analizi, maliyet unsurlarının parasal olarak ifade edilmesine karşılık, sonuçların fiziksel birimlerle ölçüldüğü bir ekonomik değerlendirme yöntemidir. Özellikle farklı tedavi alternatifleri arasından en etkili olanın, bir başka ifadeyle yüksek etkililiğe sahip en ucuz alternatifin seçilmesinde kullanılmaktadır. Etkililiğin en önemli ölçüsü yaşam kalitesidir. Dolayısıyla yaşam kalitesi ölçümü yapılır [1].

Yaşam kalitesi, kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır [5]. Hastalıkların rehabilitasyonunda yaşam kalitesinden söz ederken, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı anlaşılır. Esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir. Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir [6].

Yaşam kalitesini değerlendirme yöntemleri, fiziksel, fonksiyonel, psikolojik, sosyal sağlık boyutunu inceler. 15 D, her hastalık grubunda ve genel olarak yaşam kalitesi değerlendirmede kullanılan, fayda ölçen bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Daha önce pek çok dile çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalarda iç tutarlılık, geçerlilik ve güvenilirlik oranları yüksek oranda bulunmuştur [7-9]. Türkçeye adaptasyon, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları da Akıncı ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir [10].

Bu çalışmanın amacı, lokomotor sistem sorunları nedeniyle yatarak fizyoterapi uygulamaları yapılan hastaların yaşam kaliteleri ve maliyet etkinlik analizlerini ve karlılık durumunu ortaya koymaktır.

Hastalar ve Yöntem

Çalışma, vaka kontrollü bir çalışma niteliğindedir. Bu çalışmaya Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon kliniğinde 2011 yılı, 1 Ocak ve 27 Şubat aylarında yatarak fizyoterapi alan tüm olgular dahil edilmiştir. Bu süreç içindeki olguların toplamı 93 kişidir. Olguların sosyodemografik özellikleri ve hastalık tanıları kayıt edilmiştir. Karlılığı analiz edebilmek için hasta maliyetini oluşturan yatak, ilaç ve tıbbi sarf, tetkik giderleri, konsultasyon ücretleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve hizmetleri belirlenmiştir. Personel, elektrik, su, ısınma, yiyecek, temizlik, bakım ve onarım ve kırtasiye, bina amortisman ve döşeme demirbaş amortisman giderleri hasta maliyetlerine yansıtılmamıştır. Yatarak tedavi gören hastalara uygulanacak fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) eki EK-9/A da yer alan gruplar dikkate alınmak suretiyle SUT eki EK-9 listesinde yer alan puanlar esas alınarak faturalandırılmıştır. Buna göre hastalık tanıları A,B,C,D grubu diye ayrılmıştır. Bu gruplara SUT da belirlenen fiyatlardan fatura düzenlenmiştir.

Kuruma mal oluş fiyatları ve fatura edilen miktar belirlenmiştir. Karlılık durumları hesaplanmıştır. Olguların kaliteye ayarlanmış yaşam yılları (KAYY) (quality-adjusted life years (QALY)) değerleri hesaplanmıştır. Olguların yaşam kalitelerini değerlendirmek için 15 D yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Sintonen (2001) tarafından geliştirilen 15D genel, bir yaşam kalitesi ölçeğidir ve 15 boyutu vardır. Bunlar sırası ile; hareket, görme, işitme, solunum, uyku durumu, yemek yeme durumu, konuşma, boşaltım, normal aktiviteler, zihinsel fonksiyon, rahat bozukluğu, depresyon, sıkıntı, canlılık, cinsel aktivite olarak 15 alt boyuttan oluşmaktadır. Her soru 5 şıktır. Ankette birey şıklardan birini seçmekte ve puan hesaplanmaktadır. 1. şık en üst seviyeyi 5. şık en alt seviyeyi belirtmektedir. Her soru 1 puan üzerinden hesaplanmaktadır. 15 alt boyut 1 ile 0 puana dönüştürülerek subjektif sağlığa ilişkin yaşam kalitesini (1= en iyi sağlığa ilişkin yaşam kalitesini; 0= en kötü sağlığa ilişkin yaşam kalitesini) ölçmektedir. Arzulanan ise kronik hastalıklarda 0,90-0,70 düzeyini sağlamaktır.

Araştırmamızda yaşam kalitesi için Cronbach katsayısı: 0.895 bulunmuştur.

KAYY Değeri, 15D ve KAYY Hesaplanması

KAYY değeri, hastanın hem miktar - süre (mortalite), hem de kalitede (morbidite) kazanımı ile kayıplarını tek bir ölçüm üzerinde birleştiren araçtır. KAYY hesaplamalarında tamamen sağlıklı olma 1, ölüm ise 0 olarak bir skala üzerinde hastalığın şiddetine göre puan verilmektedir. Bir kişi 10 yıl boyunca tamamen sağlıklı bir yaşam sürer ve sonraki 10 yılını daha azalmış örneğin 0,5 düzeyinde bir sağlık koşulu ile geçirirse bu birey için hesaplanan: $KAYY = 10 \times 1 + 10 \times 0.5 = 15$ olacaktır. 15D, KAYY hesaplamak üzere dizayn edilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Onaltı yaş ve üzeri kişilerin kendilerinin 5-10 dakikada doldurabileceği, jenerik, standardize edilmiş bir ölçektir.

İstatistiksel Analiz

Değerler normal dağılıma uygunluk göstermiştir. İstatistiksel analiz SPSS 11,5 kullanılarak yapılmıştır. Değerlendirmede T testi, Anova kullanılmıştır; korelasyon, regresyon, ortalama, standart sapma ve yüzdelik dilimler alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya 75'i (%80,64) kadın, 18'i (%19,35) erkek olmak üzere 93 olgu dahil edildi. Olguların yaşları minimum 40 maksimum ise 83 idi. Yaş ortalaması $61,45 \pm 14,52$, ortanca değeri ise 63 idi. Eğitim durumları incelendiğinde; olguların %36'sı okur yazar değilken, %4,3'ü üniversite ve dengi okul mezunuydu. Diğer olgular ilk ve orta düzeyli okullardan mezun olmuşlardı. Olguların %72'si ev kadınıydı. Diğer olgular öğrenci, çiftçi, öğretmen, memur, işçi, şoför, teknisyen, avukat gibi meslek gruplarını temsil etmekteydi.

Tablo I. Tanı gruplarına göre hasta dağılımı 15 D ortalamaları

Tanı Grupları	Hasta Sayısı	Yüzde	15D Ortalama ve SD	P değeri
Gonartroz	14	15,1	0,95(0,03)	*P<0,05
Hemipleji	15	16,1	0,84(0,05)	*P<0,05
Lomber disk hernisi	18	19,4	0,86(0,05)	*P<0,05
Guillain Barre sendromu	1	1,1	0,80(0,02)	*P<0,05
Kifoz	1	1,1	0,78(0,05)	p>0,05
Omuzun sıkışma sendromu	8	8,6	0,77(0,06)	*P<0,05
Lomber spondiloz	8	8,6	0,79(0,02)	*P<0,05
Ortopedik kalça implantı	2	2,2	0,76(0,01)	p>0,05
Servikal disk hernisi	6	6,5	0,76(0,01)	*P<0,05
El-bileği düzeyinde ulnar sinir yaralanması	1	1,1	0,77(0,01)	p>0,05
Kalça çıkığı	1	1,1	0,75(0,01)	p>0,05
Ortopedik diz implantı	3	3,2	0,72(0,04)	p>0,05
Ön çapraz bağ yırtığı	1	1,1	0,71(0,01)	p>0,05
Parapleji	2	2,2	0,71(0,02)	p>0,05
Brakial pleksus bozukluğu	1	1,1	0,70(0,03)	p>0,05
Dizin iç bozukluğu	2	2,2	0,69(0,01)	p>0,05
Ulnar sinir tuzaklanması	2	2,2	0,68(0,04)	p>0,05
Polinöropati	1	1,1	0,71(0,01)	p>0,05
Servikal spondiloz	1	1,1	0,71(0,02)	p>0,05
Generalize osteoartrit	1	1,1	0,70(0,03)	p>0,05
Müsküler distrofi	1	1,1	0,75(0,01)	p>0,05
Koksartroz	1	1,1	0,72(0,04)	p>0,05
Skolyoz	1	1,1	0,69(0,01)	p>0,05
Omuzun adeziv kapsüliti	1	1,1	0,81(0,02)	p>0,05
	93	100,0		

Tanımlara göre hasta dağılımı ve yaşam kalitesi değerleri Tablo I'de görülmektedir. Gonartroz, hemipleji, lomber disk hernisi, Gullian Barré sendromu, omuzun sıkışma sendromu, lomber spondiloz, servikal disk hernisi olan hastaların yaşam kalitesi diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (F=5,89; p<0,05).

Gonartroz, lomber disk hernisi ve lomber spondiloz olgularının 15D yaşam kalitesi toplam puanları sırası ile 0,95, 0,86, 0,79 idi. Diğerleri Tablo I'de görülmektedir.

Olguların 15 D yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilen yaşam kalitesi ortalamaları kadınlarda 0,64±0,07, erkeklerde 0,63±0,08 idi (En yüksek puan 1 en düşük puan 0). Cinsiyete göre yaşam kalitesi algısı açısından fark yoktur (t=0,61; p>0,05).

Eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki vardı. Okuryazar olmayan, sadece okuryazar ve ilkökul mezunlarında yaşam kalitesi diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (F=1326; p<0,05).

Evli olanların yaşam kalitesi diğerlerine göre daha yüksektir (F=1172; p<0,05). Meslek ile yaşam kalitesi algısı arasında ev kadınlarında yaşam kalitesi diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (F=13,45; p<0,05).

15D toplam puanları kadın ve erkek cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklıydı. Erkeklerde hareket (P < 0,001), uyku (P < 0,001), cinsel aktivite (P < 0,001), canlılık (P < 0,001), günlük hareketler (P < 0,001) depresyon (P < 0,001) kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü. Toplam 15D puanları cinsiyete göre anlamlı görülmemekle beraber 15D yaşam kalitesinin alt grupları arasında anlamlı fark vardı. Toplam 15D skorları ile vücut kitle indeksi (P = 0,020) arasında anlamlı ilişki bulundu. Vücut kilo indeksi düşük olanların yaşam kalitesi skorları da daha düşüktü.

Tanı grupları açısından bakıldığında sadece lomber disk hernisi tanısı alanların toplam yaşam kalitelerinde ağrı sorgulaması diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu (p<0,001).

Fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin hasta başına maliyetinin ortancası 307,69 (100,53) TL dir. Hasta başına KAYY (1 yıllık maliyet) % 95 güvenirlilik düzeyinde 280TL'dir. Hastaneye yatış maliyeti hasta başına 355,5±16,5 TL'dir. Fizyoterapi uygulamalarının gonartroz, hemipleji, lomber disk hernisi tanı gruplarının maliyet etkinlik analizi ve yaşam kalitesini arttırmak için yapılan harcamalar ile yaşam kalitesi arasında ilişki vardır (F=34,12; p<0,05). Hasta başına maliyetler ve SUT arasındaki ilişkide, her hasta için maliyetler pozitif ve negatif yönde farklılık göstermektedir. Fakat toplam 93 hasta düzeyinde başa baş maliyet noktası düzeyinde maliyet analizi pozitif sonuç vermektedir.

Tartışma

Kronik hastalıklar belli bir yaştan sonra hem insanların yaşam kalitelerini bozarak hem de sağlık hizmetlerine talebi ve sağlık harcamalarını arttırmaları nedeniyle çok önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir [11, 12]. Neredeyse olgularının tümünün sosyal güvence altında olduğunu gösterdiğimiz bu çalışmada devletin de kronik hastalıklar karşısında ne kadar büyük bir yük altında olduğu görülmektedir. Bu durum bize dünyada olduğu gibi koruyucu sağlık hekimliğinin önemini bir kez daha göstermektedir [13].

Lokomotor sistem sorunlarının ne kadar çok kişiyi muzdarip ettiği; bu branş poliklinik sayılarından ve yatarak fizyoterapi almak isteyen kişi yoğunluğundan görülmektedir. Parapleji, hemipleji ve nöropatiler gibi nörolojik rehabilitasyon alanları dışında lomber disk hernisi, gonartroz, lomber spondiloz, omuzun sıkışma sendromu, servikal disk hernisi gibi diğer lokomotor sistemin sık görülen sorunlarının tedavisi ve ortopedik cerrahi sonrası rehabilitasyon ve ağrı tedavisi, insanların yaşam kalitelerini ve verimliliğini arttırmada çok önemlidir.

Gonartroz, hemipleji, lomber disk hernisi, Guillain Barre sendromu, omuzun sıkışma sendromu, lomber spondiloz ve servikal disk hernisi olan hastaların yaşam kalitesi diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($F=5,89$; $p<0,05$). Bu hastalık gruplarının fizik tedavi ve rehabilitasyon yöntemleri ile daha iyi yaşam kalitesi puanlarına ulaştığı gözlenmektedir [11]. Özellikle bu olguların yatarak rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanmaları tüm ülke çapında birkaç yatarak hizmet veren özel dal hastaneleri hariç daha çok devlet hastaneleri ve üniversite hastanelerine düşmektedir. Ancak bu kurumlarda da yatak sayısı ve çalışacak personel sayısı oldukça kısıtlıdır. Bu ünitelerde oldukça fazla zaman ve para harcanması gereken hizmetler, gereğinden kısa sürelerde ve kısıtlı imkanlarla gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Ayrıca hasta maliyetlerini düşürmek için yatış sürelerinin kısa tutulması bu grup hastalıklarda mümkün olmamaktadır. Tüm bu hizmetlerin bir maliyeti vardır. Ancak yaptığımız çalışmada görüldüğü gibi hasta başına maliyet 355,5±16,5 TL dir ve bu fiyata personel hizmet bedeli, su, elektrik, ısınma, yiyecek, temizlik, bakım ve onarım ve kırtasiye, bina amortisman ve döşeme demirbaş amortisman giderleri yansıtılmamıştır. Tüm hastalar dahil edildiğinde maliyet analizinde başa baş maliyet noktası düzeyinde olduğu görülmektedir. Bu sonucun iyi gibi gözükmesinin nedeni A grubu hastalıklar için SUT'a göre daha yüksek ücret ödenmesidir. Oysa en fazla yatış nedeni olan lomber spondiloz, disk hernisi ve gonartroz gibi hastalıklar D grubunda yer almaktadır ve seans başı alınan ücret oldukça düşüktür. Bu hesaplamalar göstermektedir ki; bir devlet hastanesi rehabilitasyon ünitesi personel maaşları ve diğer harcamaları döner sermaye ve devlet katkısından karşılandığı halde zorlukla ayakta kalabilir. Bu yüzden SUT fiyatları ile özel kurumların yatarak fizyoterapi hizmetlerini üstlenmeleri zor gözükmektedir. Yeni SUT uygulamaları A grubu hastalıkların fiyatlarını artırırken, bu çalışmada vurgulanan hastalıklar D grubu hastalıkların fiyatlarını daha da düşürmüştür.

15D fayda ölçen bir yaşam kalitesi ölçөгüdür. Kronik hastalıklarda tedavinin etkinliğinin ölçülmesi ve tedavi tercihi öneme kazanmaktadır. Analiz edilecek alternatifleri, maliyetlerine karşılık, sonuç birimi olarak, yaşam kalitesi ölçөгünü ve bu ölçek verilerini kullanarak hesaplanan, kaliteye ayarlanmış yaşam yılı KAYY sayısını kullanarak karşılaştıran ekonomik analiz yöntemidir [14,15]. Bu çalışmada hasta başına KAYY %95 güvenilirlik düzeyinde 280TL'dir. Hastaneye yatış maliyeti eklendiğinde ise hasta

başına KAYY 355,5±16,5 TL'dir. Bu fiyatlar, Sağlık Güvenlik Kurumunun sağlık uygulama sistemleri üzerinden ödediği fiyatlardır. Tüm hastaların tanı gruplarına göre KAYY'leri 0,95 ile 0,68 arasında değişmektedir.

Aslında biz çalışma kapsamında kronik hastalıklarda fizik tedavi süreçlerinde KAYY hesaplamalarını ve hastalara harcanan tedavi maliyetlerini karşılaştırdık. Fakat sağlık iş gücünün maliyeti ve hastaların tedavi olduğu bina ve ekipmanların maliyetlerine bakamadık. Çünkü kamu hastanelerinde, sağlık personeli ve hekim ödemeleri ile bina amortisman yada kira maliyetlerini oluşturmak mümkün değildir. Asgari yaşam standartları ve sağlık personelinin geçinebilmesi ve yaşaması için gerekli maliyetlerin global olarak hesaplanması gereklidir.

Her türlü sağlık hizmeti verilirken özellikle rehabilitasyon uygulamalarında KAYY önemli bir göstergedir. Yapılacak hizmetin seçiminde yol göstericidir. Bu kavramın maliyet işleri ile uğraşanlar dışında klinisyenlerce de bilinmesi, hesaplanması etkin tedavi yöntemi seçilmesi açısından çok önemlidir [1].

Bu çalışmanın sonuçlarına göre, fizyoterapi uygulamalarının; gonartroz, hemipleji, lomber disk hernisi tanı gruplarının maliyet etkinliği analizi ve yaşam kalitesini arttırmak için yapılan harcamalar ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çalışmamızın zayıf yönü bazı hasta gruplarında az sayıda hasta bulunması nedeniyle maliyet etkinliği ve fayda maliyet analizi yapılamamış olmasıdır. Daha çok hasta sayısı ile çalışmalar yapıldığında bu analizlerle hastanın yaşam kalitesini en çok artıracak ve onun kendi kendine yetmesini sağlayacak tedavilerin yapılması mümkün olacaktır. İnsan hayatı söz konusu olduğunda unutulmaması gereken nokta tedavi olan bireyin 1 yıllık yaşam kalitesinin en yüksek konumda olmasıdır. Bir yıllık KAYY'si düşük ama maliyeti düşük tedavi seçmek sağlık ekonomisi adına kabul edilemez.

Olguların 15 D yaşam kalitesi ölçөгü ile değerlendirilmelerinde gonartroz, lomber disk hernisi ve lomber spondiloz tanısı alanların toplam yaşam kaliteleri diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü. SUT'a göre en düşük ücret verilen hastalıkların insanların yaşam kalitelerini en çok bozan ve fonksiyonel kısıtlılığa en çok neden olan hastalıklar olması ve insanların üretkenlikleri üzerine olumsuz etkileri göz önünde bulundurulmalıdır.

Yaşam kalitesi üzerine evliliğin etkisine bakan çalışmalarda evliliğin yaşam kalitesine olumlu etkileri yanında, evlilik yaşantısından memnuniyet derecesinin etkisinin önemli olduğuna değinilmiştir [16,17]. Bu çalışmada evli bireylerde yaşam kalitesi diğerlerine oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uygulamalarının olguların yaşam kalitesine olumlu katkıları olmaktadır. Ancak yaşam kalitesini bu denli olumsuz etkileyen hastalıklarda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uygulamaları için ödenen fiyatlar, maliyetleri karşılamak için yetersiz kalmaktadır.

Kaynaklar

1. Yıldırım-Kaptanoğlu A. Sağlık ekonomisi. Yıldırım-Kaptanoğlu A, editör. Sağlık Yönetimi 1. Baskı. İstanbul: Beşir Kitabevi, 2011; 266-8.
2. Ham C. Priority setting in health care. Learning from international experience. Health Policy 1997;42:49-66. doi:10.1016/S0168-8510(97)00054-7
3. Burckhardt CS, Anderson KL. The quality of life scale (QOLS): Reliability, validity and utilization. HQLQ 2003; 23: 1-60. doi:10.1186/1477-7525-1-60
4. Drummond MF. Basic types of economic evaluation. In: Drummond M F, Stoddart G L, Torrance G W , editors. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. New York: Oxford University Press, 1987:15-7.
5. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of Life Assessment: International Perspectives. Heidelberg: Springer,1994: 41-57.
6. Laas K, Roine R, Räsänen P, Sintonen H, Leirisalo-Repo M; HUS QoL Study Group. Health-related quality of life in patients with common rheumatic diseases referred to a university clinic. Rheumatol Int 2009; 29: 267-73. doi: 10.1007/s00296-008-0673-x
7. Yfantopoulos J. Validation and measurement of quality of life in Greece using EQ-15D. Arch Hell Med 2001;18:279-87.
8. Sintonen H. The 15D measure of health-related quality of life. Reliability, validity and sensitivity of its health state descriptive system. National Centre for Health Program Evaluation. Working Paper 41. Melbourne, Australia: Heidelberg Publication, 1994.
9. Sintonen H, Pekurinen M. A fifteen dimensional measure of health-related quality of life (15D) and its applications. In: Walker SR, Rosser RM, editors. Quality of Life Assessment. Key Issues in the 1990s. Dordrecht, the Netherlands: Kluwer, 1993: 185-95, 467-70.
10. Akinci F, Yıldırım A, Oğutman B, et al. Translation, cultural adaptation, initial reliability, and validation of Turkish 15D's version: a generic health-related quality of life(HRQoL) instrument. Eval Health Prof 2005;28:53-66. doi: 10.1177/0163278704273078
11. Emanuel EJ. Where are the health care cost savings? JAMA 2012;307:39-40. doi: 10.1001/jama.2011.1927
12. Dalal AA, Shah M, Lunacsek O, Hanania NA. Clinical and economic burden of depression/anxiety in chronic obstructive pulmonary disease patients within a managed care population. COPD 2011;8:293-9. doi: 10.3109/15412555.2011.586659. Epub 2011 Aug.
13. Theodore K. Chronic non-communicable diseases and the economy. West Indian Med J 2011;60:392-6.
14. Sullivan PW, Lawrence WF, Ghushchyan V. A national catalog of preference-based scores for chronic conditions in the United States. Med Care 2005;43:736-49.
15. Shepard DS, Hodgkin D, Antony Y. Analysis of hospital cost: a manual for managers. Geneva. World Health Organisation 2000. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/9241545283.pdf>.
16. Bookwala J, Jacobs J. Age, marital processes, and depressed affect. Gerontologist. 2004; 44:328-38.
17. Bookwala J. Marital quality as a moderator of the effects of poor vision on quality of life among older adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2011;66:605-16. doi: 10.1093/geronb/gbr091