

**KRONİK HASTALIKLARDA YAŞAM KALİTESİNE GENEL BAKIŞ****OVERVIEW OF QUALITY OF LIFE IN CHRONIC DISEASE PATIENTS****Geliş Tarihi:16.09.2014 , Kabul Tarihi:17.12.2014**

Azime KARAKOÇ KUMSAR\*

Feride TAŞKIN YILMAZ\*\*

**ÖZET**

Kronik hastalıklar genellikle yavaş ilerleyen, düzenli ve sürekli tedavi, bakım ve izlem gerektiren uzun dönem sağlık sorunlarıdır. Kronik hastalığı olan bireyin tedavisi akut ya da alevlenme dönemlerinde hastanede yapılırken; asıl tedavi ve bakım evde yürütülmektedir. Dünya genelinde başta kalp damar hastalıkları, kanserler, diyabet, inme ve kronik solunum yolu hastalıkları olmak üzere kronik hastalıkların, insan sağlığına yönelik önde gelen bir tehdit olduğu bildirilmektedir. Kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitesi birçok yönden etkilenmektedir. Bireyin yaşam kalitesini arttırmak, kronik hastalık tedavisinin temel amaçlarından biridir. Sağlık profesyonelinin vereceği eğitim ve danışmanlık, hasta birey ve ailesinin güçlenmesinde, hastalığın getirdiği sorunlarla baş edebilmelerinde ve dolayısıyla yaşam kalitesinin yükselmesinde önemli bir süreçtir. Bu derlemenin amacı, kronik hastalığa sahip olmanın yaşam kalitesine olan etkisini incelemek ve kronik hasta bireylere hizmet sunan sağlık profesyonellerine bilgi sunmaktır.

**Anahtar kelimeler:** Kronik hastalık, yaşam kalitesi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi.

**ABSTRACT**

Chronic diseases are usually known as slowly progressive, long-term health problems that require, periodic and continuous treatment, monitoring and care. When it in acute phase, chronic disease is treatment hospital, on the other hand basic treatment and care are carried out at home. Particularly cardiovascular diseases, cancers, diabetes, stroke, and chronic respiratory diseases are leading to threat human health which is reported in the first ranks of the major health problems all over the world. Quality of life of individuals with chronic diseases are affected in many ways. Improvement of quality of life is determined one of the main objectives of chronic disease treatment. To give training and counseling by health professionals is an important process to empowerment of patient individual and their families, cope with the challenges of the disease and therefore rise of quality of life. The purpose of this review is to examine the impact on quality of life of chronic diseases and provide information for health professionals working with the chronically ill individuals.

**Key words:** Chronic disease, quality of life, health-related quality of life.

\*Azime KARAKOÇ KUMSAR, Yrd. Doç. Dr.  
Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
İSTANBUL

\*\* Feride TAŞKIN YILMAZ, Yrd. Doç. Dr.  
Cumhuriyet Üniversitesi Suşehri Sağlık Yüksekokulu  
SIVAS

## GİRİŞ

Kronik hastalıklar genellikle yavaş ilerleyen, düzenli ve sürekli tedavi, bakım ve izlem gerektiren, bir ya da daha fazla sistemde geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluklarına yol açabilen ve kişide yeti yitimine neden olabilen uzun dönem sağlık sorunlarıdır (Özdemir ve Taşçı, 2013; Akdemir, 2011a). Tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin artması, yaşam süresinin uzamasını ve pek çok ülkede bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasını sağlarken; dünya nüfusunun yaşlanması, hızlı kentleşme sonucu meydana gelen stresörler ve gelişen teknoloji ile fiziksel aktivitenin azalması, beslenme alışkanlıklarının değişmesi gibi yaşam şeklindeki değişiklikler kronik hastalıkların insidans ve prevalansında artışa neden olmaktadır (Akdemir, 2011a; Türkmen, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünü sağlamak, için araştırma yapılmasını teşvik etmek, ulusal politikalar ve planlar oluşturmak, kronik hastalıklar için değiştirilebilir ana risk faktörleri olan tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite ve alkol kullanımını azaltmaya yönelik müdahaleleri teşvik etmek amacı ile Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü için 2008-2013 Eylem Planı yayınlamıştır. DSÖ yayınladığı bu raporunda; başta kalp damar hastalıkları, kanserler, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları olmak üzere kronik hastalıkların insan sağlığına yönelik önde gelen bir tehdit olduğu bildirilmektedir.

Aynı raporda, bu dört hastalığın, dünya nüfusunun her yıl tahminen 35 milyon ölümüne neden olduğu (küresel tüm ölümlerin %60'ı) ve bunların %80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleştiği vurgulanmakta ve önümüzdeki 10 yıl içerisinde bulaşıcı olmayan hastalıklar sebepli toplam ölüm sayısının, dünya çapında %17 oranında artış göstereceği öngörülmektedir (Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010).

Kronik hastalıklar ve komplikasyonları bireyin fonksiyonel kapasitesinin azalmasına, çalışma performansının düşmesine, yaşam kalitesinin bozulmasına ve sosyal izolasyona neden olurken; ailenin yaşam tarzı ve ilişkilerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Türkmen, 2012; Akdemir ve Akkuş, 2006). Kronik hastalığı olan bireyin tedavisi akut ya da alevlenme dönemlerinde hastanede yapılırken; asıl tedavi ve bakım evde yürütülmektedir. Bireyin hastalığı nasıl algıladığı, yüklediği anlam ve tepkileri hastalığa uyum ve tedavi sürecinde çok önemlidir. Hastalığa uyum sürecini; bireyin yaşı, emosyonel durumu, hastalığı inkar etmesi, kendine güvenmesi, fonksiyonel yetersizlik düzeyi, kısıtlamaları etkilemektedir (Türkmen, 2012; Mete, 2008).

Kronik hastalık yönetiminde multidisipliner ekip olarak sağlık profesyonellerinin temel rolü hasta, ailesi ve bakım vericilere eğitim ve danışmanlık vermektir (Türkmen, 2012). Sağlık profesyonellerinin vereceği eğitim ve danışmanlık, hasta birey ve ailesinin güçlenmesinde, hastalığın getirdiği sorunlarla baş edebilmelerinde ve dolayısıyla öz yeterliliğinin yükselmesinde önemli bir süreçtir. Hasta bireyin öz yeterlilik gücünün yükselmesi, tedaviye uyumu kolaylaştırarak; akut ve kronik komplikasyonların önlenmesine destek sağlar, fiziksel yeterlilik düzeyini ve yaşam kalitesini artırır (Mollaoğlu, 2012).

Kronik hastalık tanısı alan bireyin yaşam kalitesini artırıcı girişimler için kanıt temelli yaklaşımlara gereksinim vardır. Son yıllarda, kronik hastalıklarda iyilik hali ve yaşam kalitesinin objektif olarak değerlendirildiği ve girişimlerin uygulandığı çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. Bu derlemede, ülkemizde görülme sıklığı yüksek olan kronik hastalıklarda yaşam kalitesi, güncel literatür doğrultusunda ele alınmıştır.

### **Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi**

Kronik bir hastalığa sahip olmak, hastalık belirtileri ile baş etmek, tedavinin getirdiği sıkıntı ya da kısıtlamalar, geleceğe yönelik yaşanan endişeler

gibi pek çok olumsuz duygu bireyin fiziksel, bilişsel ve sosyal yaşamını etkiler (Arne, Janson et al. 2009; Bahar, 2006; Mete, 2008). Bu nedenle tedavi planı yapılırken kronik hastalıkların birey üzerindeki etkilerinin yanı sıra yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin de değerlendirilmesi vurgulanmakta ve hastalığın tedavisinin yaşam kalitesini yükseltilmesine yönelik girişimleri de içermesi önerilmektedir (Ucan ve Ovayolu, 2010).

Bireyin yaşam kalitesini arttırmak, kronik hastalık tedavisinin temel amaçlarından biridir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011; Akdemir ve Akkuş, 2008). Yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumunu ve mutluluk durumunu ifade eder. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise, kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına ilişkin subjektif görüşü olarak tanımlanır. Yaşam kalitesi bireyin fiziksel, psikolojik ve ruhsal durumunu, aile içindeki ve toplumdaki ilişkilerini kapsar (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011).

### **Diyabette yaşam kalitesi**

Önemli halk sağlığı sorunlarından olan diyabetin Dünya’da her 12 kişiden birinde görüldüğü, ülkemizde ise diyabet prevalansının %14.8 olduğu belirtilmektedir (IDF, 2013). Diyabet, diğer pek çok kronik hastalıkta olduğu gibi bireyin tüm yaşamını etkileyebilmektedir. Diyabet sadece fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik, ekonomik ve sosyal boyutları olan bir hastalık olduğu için, bir dizi duygusal tepki ve uyum sorununu da beraberinde getirir (Özdemir, Hocoğlu ve ark, 2011; Bahar, 2006; Gülseren, 2002). Diyabetli bireyler ile yapılan çalışmaların çoğunda, yaşam kalitesinin, başta fiziksel sağlık ve psikososyal alanlarda olmak üzere tüm alanlarında olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Lee, Chapa et al, 2008; Imayama, Plotnikoff et al, 2010; Eljedi, Mikolajczyk et al, 2006). Hastalık süresinin on yılı aşmış olması, komplikasyon varlığı (Redekop, Koopmanschap et al. 2002; Coffey, Brandle et al. 2002), istenilen metabolik kontrolün sağlanamaması (Shim, Lee et al, 2012), başka bir kronik

hastalık varlığı ve geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Huang, Chi et al. 2010; Ruo, Rumsfeld et al. 2003). Diğer taraftan; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve ekonomik durum gibi sosyodemografik özellikler diyabetli bireyin tedaviye uyum sürecini ve bunun sonucunda kan şekeri kontrolünü ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Çıtıl, Günay ve ark, 2010; Akinci, Yıldırım et al, 2008). Literatürde Tip II diyabette tedavi süreci ve komplikasyonların da, yaşam kalitesi üzerine anlamlı düzeyde etkili bir faktör olduğu bildirilmektedir (Huang, Chi et al, 2010). Tip II diyabet tanısı almış 150 erişkin hasta ile yapılan bir çalışmada; bireyin yaşı, diyabet tanısı alma süresi ve eşlik eden komplikasyon sayısı yaşam kalitesi üzerine anlamlı düzeyde etkili bulunmuştur. Aynı çalışmada, insülin uygulama sıklığı, kendi kendine kan şekeri ölçüm sıklığı, hiperglisemi ve hipoglisemi sıklığı ile tedavi memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır (Gurkova, Cap et al, 2009).

### **Koroner arter hastalığı ve hipertansiyonda yaşam kalitesi**

Yetişkinlik çağının en önemli kronik hastalıklarından biri olan koroner arter hastalığı tüm dünyada, özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde mortalite ve morbiditenin en sık nedeni olup; insan yaşamına getirdiği kısıtlamalardan dolayı bireyin sağlığını bedensel, ruhsal ve çevreye uyum yönünden çok yönlü olarak etkilemekte (Erdem ve Ergüney, 2005) ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (Kattainen, Merilainen et al, 2006; Dilek, Ünsar ve ark, 2010; Akyıldız and Ergene, 2014). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, yaşın yüksek olması, düşük eğitim düzeyi, bekar olma, ilçede ya da köyde yaşama, yalnız olma, ilave kronik hastalığa sahip olma (Dilek, Ünsar ve ark, 2010) ve erkek olma ve düşük gelir gibi sosyodemografik özelliklerin koroner arter hastalığına sahip bireylerde yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır (Erdem ve Ergüney, 2005)

Hipertansiyon, ülke genelinde yaygınlığı ve risk faktörleri ile birlikteliği göz önüne alındığında önemli bir halk sağlığı problemidir. Dünya genelinde yaklaşık 7.5 milyon bireyin ölüm nedeninin yüksek kan basıncı olduğu belirtilmektedir (WHO, 2014). Gerek ulusal gerek uluslararası yapılan çalışmalarda hipertansiyonu olan bireylerin yaşam kalitelerinin normal toplum popülasyonuna göre daha düşük düzeylerde olduğu ortaya konmuştur (Göçgeldi, Babayiğit ve ark, 2008; Aydemir, Ozdemir ve ark, 2005; Bardage ve Isacson, 2001). Klinikte yatıyor olma, kadın olma, ilaç yan etkisi yaşama, 60 yaş üzerinde olma, beden kitle indeksi 25 ve üzerinde olma, düşük öğrenim düzeyine sahip olma, yalnız yaşama (Göçgeldi, Babayiğit ve ark, 2008), başka bir kronik hastalığa sahip olma (Aydemir, Ozdemir ve ark, 2005) gibi faktörler ile birlikte hastalık prognozunun yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilediği belirtilmektedir (Fermades, Martins et al, 2014).

### **Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesi**

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), dünyada yaygın olarak görülen morbidite ve mortalite nedenlerinden birisidir. Tüm solunum sistemi hastalıklarında olduğu gibi KOA'da tedavi amacı; akut atakları ve solunum fonksiyonlarının kötüleşmesini önlemek, semptomları azaltmak ve egzersiz kapasitesini artırarak kısıtlamaları azaltmak, böylece bireyin yaşam kalitesini arttırmaktır (GOLD, 2014). Yapılan çalışmalarda, KOA' ta yaşam kalitesinin ilerleyen dönemlerde azaldığı gösterilmiştir (Soyyiğit, Erk ve ark. 2006; Demir, Akkoca ve ark, 2003). Bununla birlikte sistematik inceleme çalışmasında, KOA'lı bireylerde ilaca uyum ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu, özellikle artmış ilaç kullanımının yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir (Agh, Dömötör et al, 2014). Cömert, Erk ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da, fonksiyonel parametrelerin (dispne durumu, solunum fonksiyon testi ile arteriyel kan gazı değerleri, egzersiz kapasitesi) ve beslenme durumlarını gösteren antropometrik

parametrelerin (beden kitle indeksi, triseps deri kalınlığı, üst orta kol çevresi) yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır.

### **Serebrovasküler hastalıkta yaşam kalitesi**

Serebrovasküler Hastalık (SVH), tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olup; ölüme yol açan kronik hastalık sıralamasında üçüncü sırada, sakatlığa neden olan hastalıklar arasında ise ilk sıralarda yer almaktadır (Durna ve Tülek, 2012). SVH'da hastada yüz, kol ve bacaklarda paralizisi, konuşma problemleri, görme bozuklukları ve fiziksel fonksiyonların etkilenmesine bağlı olarak kişisel bakım yetersizliği, anksiyete ve depresyon görülebilmektedir. Nörolojik defisitler nedeniyle yatağa bağımlılığa neden olabilen SVH'ta; hastaların motor, bilişsel ve duyuşsal değişiklikler nedeniyle fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonları kısıtlanmakta, bu nedenle de öz bakımları etkilenmekte, kendi kendilerine yetememe, günlük yaşam aktivitelerinde değişik derecelerde başkalarına bağımlı olmaları nedeniyle de yaşam kaliteleri düşmektedir (Şenocak, El ve ark, 2008; Fesci, Kutlutürkan ve ark, 2006). Yapılan çalışmalarda da serebrovasküler hastalık tanısı almış bireylerin yaşam kalitesinin bozulduğu (Carod-Artal and Egido, 2009; Akinpelu and Gbiri, 2009; Gurcay, Bal et al, 2009), kadın olma, düşük eğitim seviyesine sahip olma, düşük ekonomik gelir gibi sosyodemografik özellikler ile birden fazla inme geçirme, inme sonrası vücudunun herhangi bir bölgesini kullanamama ve bu durumun uzun süre devam etmesi gibi hastalığa bağlı nedenlerin yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmiştir (Topçu ve Bölüktaş, 2012).

### **Kanserde yaşam kalitesi**

Kronik hastalıklar arasında kabul edilen kanser, sık görülmesi ve yüksek oranda ölümlere yol açması nedeni ile çağımızın önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul görmektedir (Akdemir, 2011b). Kanser hastalığı, bireyi ve ailesini bedensel, duygusal, manevi, bilişsel, sosyal ve ekonomik açıdan etkilemekte ve onların yaşam biçimini,

beklentilerini ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Reis, Coşkun ve ark, 2006). Kanserli bireyler, hastalığa ve tedavi yöntemlerine bağlı olarak dispne, öksürük, hemoptizi, ağrı, halsizlik, yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, diyare, konstipasyon, kilo kaybı, idrar yapma alışkanlığında değişiklik gibi fiziksel sorunlar, anksiyete, korku, depresyon, beden imajında değişiklik, aile ve sosyal ilişkilerde bozulma gibi psikososyal sorunlar ile baş etmek zorunda kalabilmektedir. Tüm bu semptomlar bireylerin fonksiyonel durumunu bozmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Aydın Bektaş ve Akdemir, 2006; Reis, Coşkun ve ark, 2006). Literatürde, yapılan çalışmalarda çeşitli kanser hastalığına sahip bireylerin yaşam kalitesinin düştüğü gösterilmiştir (Farkkila, Torvinen et al, 2014; Kaya, Bez ve ark, 2013; Reis, Coşkun ve ark, 2006). Akciğer kanseri nedeniyle kemoterapi tedavisi gören bireyler ile yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesinin erkeklerde, eğitimi ilköğretimüzeri olanlarda, hastalık süresi ve teda-

visi üç aydan az olanlarda daha kötü olduğu belirlenmiştir (Altıparmak, Fadiloğlu ve ark, 2011). Akciğer, meme ve rektum-kolon kanseri tanısı ile tedavisi sürdürülen hastaların fonksiyonel durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada da, tanı süresi, metastaz durumu, alınan kemoterapi sayısı, radyoterapi uygulanma durumu, alınan radyoterapi gün sayısı, kanser dışında başka kronik hastalık tanısı alma, yaş, kontrole gelme sıklığı, ilaç tedavisi dışında evde hastalıkla ilgili yapılan uygulamalar, sosyal güvence, yerleşim yeri, evde birlikte yaşanan kişiler, ailede hastalığı olanların varlığı, hastaların bakımı ile ilgilenilen konular, hastalıkları ile ilgili diyetin varlığı gibi faktörlerin fonksiyonel yaşam üzerinde olumsuz etkileri olduğu saptanmıştır (Aydın Bektaş ve Akdemir, 2006). 12 çalışmanın incelendiği sistematik çalışmada da, kanserli hastalarda beslenme değişikliklerinin yaşam kalitesini etkilediği vurgulanmıştır (Kassianos, Raats et al, 2014).

**Tablo 1. 2014 Yılında Dünya’da Yeni Kanser Olgularının ve Ölümüne Neden Olan Kanserlerin Tahmini Görülme Sıklığı**

Yeni Olgu Tahmini				Tahmini ölüm nedeni			
Erkek		Kadın		Erkek		Kadın	
Kanser türü	Tahmini görülme sıklığı	Kanser türü	Tahmini görülme sıklığı	Kanser türü	Tahmini görülme sıklığı	Kanser türü	Tahmini görülme sıklığı
Prostat	%27	Meme	%29	Akciğer	%28	Akciğer	%26
Akciğer	%14	Akciğer	%13	Prostat	%10	Meme	%15
Kolon-rektum	%8	Kolon-rektum	%8	Kolon-rektum	%8	Kolon-rektum	%9
Mesane	%7	Uterus	%6	Pankreas	%7	Pankreas	%7
Cilt	%5	Tiroid	%6	Karaciğer	%5	Over	%5
Böbrek	%5	Non-Hodgkin lenfoma	%4	Lösemi	%5	Lösemi	%4
Non-Hodgkin lenfoma	%4	Cilt	%4	Özefagus	%4	Uterus	%3
Oral kavite-farenks	%4	Böbrek	%3	Mesane	%4	Non-Hodgkin lenfoma	%3
Lösemi	%4	Pankreas	%3	Non-Hodgkin lenfoma	%3	Karaciğer	%3
Karaciğer	%3	Lösemi	%3	Böbrek	%3	Beyin	%2

**Kaynak:** American Cancer Society, Cancer Facts & Figures 2014. Atlanta: American Cancer Society; 2014:10.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hastalık tanısı almış bireylerin yaşam kalitesi, hastalığın getirdiği bir takım semptom ve komplikasyonlar sonucunda bozulabilmektedir. Bu aşamada, kronik hastalık tedavi ekibi içinde yer alan sağlık profesyonellerinin rolü, en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini sağlamak ve bu süreç içerisinde yaşam kalitesini koruyarak en üst düzeye çıkarmak olmalıdır. Bu amaca yönelik girişimler planlanırken öncelikli amaç, bireyin yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen tıbbi ve bireysel risk faktörlerinin belirlenmesidir. Bu bağlamda; sağlık profesyonelleri araştırmacı, vaka yöneticisi, eğitimci, danışman, bakım verici rollerini etkin kullanması gerekmektedir. Bu sayede kronik hastalık tanısı almış bireylerin hastalıklarına uyumları artacak, hastalık ve tedavinin olumsuz etkileri ile baş etmeleri kolaylaşacak ve yaşam kalitesi yükselecektir.

## KAYNAKLAR

Agh T, Dömötör P, Bartfai Z, et al. Relationship between medication adherence and health-related quality of life in subjects with COPD: A systematic review. *Respir Care* 2014; 2 (Epub ahead of print).

Akdemir N. Kronik hastalıklar ve sorunları. Akdemir N, Birol L, ed. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Sistem Ofset; 2011a:193-200.

Akdemir N. Kanserin önemi - etiyolojik risk faktörleri ve korunma. Akdemir N, Birol L, ed. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Sistem Ofset; 2011b:245-256.

Akdemir N, Akkuş Y. Rehabilitasyon ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 13(1):82-91.

Akinci F, Yildirim A, Gözü H, et al. Assessment of health-related quality of life (HRQoL) of patients with type 2 diabetes in Turkey. *Diabetes Res Clin Pract* 2008; 79: 117-123.

Akinpelu AO, Gbiri CA. Quality of life of stroke survivors and apparently healthy individuals in southwestern Nigeria. *Physiotherapy Theory and Practice* 2009; 25(1):14-20 (doi: 10.1080/09593980802622669).

Akyıldız ZI, Ergene O. Frequency of angina and quality of life in outpatients with stable coronary artery disease in Turkey: Insights from the PULSE study. *Acta Cardiol* 2014; 69(3):253-259.

Altıparmak S, Fadıloğlu Ç, Gürsoy ŞT ve ark. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi* 2011; 50(2):95-102.

American Cancer Society, *Cancer Facts & Figures* 2014. Atlanta: American Cancer Society; 2014:10.

Arne M, Janson C, Janson S, et al. Physical activity and quality of life in subjects with chronic disease: Chronic obstructive pulmonary disease compared with rheumatoid arthritis and diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2009; 27: 141-147 (doi: 10.1080/02813430902808643).

Aydemir O, Ozdemir C, Koroglu E. The impact of co-morbid conditions on the SF-36: A primary-care-based study among hypertensives. *Archives of Medical Research* 2005; 36(2):136-141.

Aydın Bektaş H, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri* 2006; 26:488-499.

Bahar A. Diabetes mellituslu hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2006; 1(1): 3-16.

Bardage C, Isacson DGL. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of Clinical Epidemiology* 2001; 54(2): 172-181.

Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: The importance of good recovery. *Cardiovascular Disease* 2009; 27(suppl 1): 204- 214 (doi: 10.1159/000200461).

Coffey JT, Brandle M, Zhou H, et al. Valuing health-related quality of life in diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 2238-2243.

Cömert SŞ, Erk M, Müsellim B ve ark. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesini etkileyen fonksiyonel ve antropometrik parametreler. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2011; 25(2): 89-100.

Çıtlı R, Günay O, Öztürk Y. Diyabetik hastalarda tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesine etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi* 2010; 32(4): 253-264.

Demir G, Akkoca Ö, Doğan R ve ark. KOAH'da dispne ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2003; 51(4): 365-372.

Dilek F, Ünsar S, Süt N. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010; 5(13): 29-44.

Durna Z, Tülek Z. İnme ve bakım. Durna Z, ed. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012:239-240.

Dünya Sağlık Örgütü Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2010.

Eljedi A, Mikolajczyk RT, Kremer A, et al. Health-related quality of life in diabetic patients and controls without diabetes in refugee camps in the Gaza strip: a cross-sectional study. *BMJ Public Health* 2006; 6:268.

Erdem N, Ergüney S. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 8(3): 1-9.

Farkkila N, Torvinen S, Roine RP, et al. Health-related quality of life among breast, prostate, and colorectal cancer patients with end-stage disease. *Qual Life Res* 2014; 23(4):1387-1394 (doi: 10.1007/s11136-013-0562-y).

Fernandes C, Martins B, Jardim C, et al. Quality of life as a prognostic marker in pulmonary arterial hypertension. *HealthQual Life Outcomes*. 2014; 12(1):130-133.

Fesci H, Kutlutürkan S, Özer Z. Serebro vasküler hastalık ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 9(2): 63-67.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global Strategy for The Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Updated 2014.

Göçgeldi E, Babayığıt MA, Hassoy H ve ark. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008; 50(3): 172-179.

Gurcay E, Bal A, Cakci A. Health-related quality of life in first-ever stroke patients. *Ann Saudi Med* 2009; 29(1): 36-40.

Gurkova E, Cap J, Ziakova K. Quality of life and treatment satisfaction in the context of diabetes self-management education. *International Journal of Nursing Practice* 2009; 15:91-98 (doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01733.x).

Gülseren Ş, Böncü, B, Aydemir Ö ve ark. Tip I ve tip II diabetes mellitus'lu hastalarda anksiyete ve depresyon. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2002; 10(1):59-64.

Huang CY, Chi SC, Sousa VD, et al. Depression, coronary artery disease, type 2 diabetes, metabolic syndrome and quality of life in Taiwanese adults from a cardiovascular department of a major hospital in Southern Taiwan. *Journal of Clinical Nur-*

sing 2010; 20: 1293-1302 (doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03451.x).

International Diabetes Federation Diabetes Atlas, Sixth edition, 2013.

Imayama I, Plotnikoff RC, Courneya KS, et al. Determinants of quality of life in type 2 diabetes population: the inclusion of personality. *Qual Life Res* 2010; 27:52-57 (doi: 10.1007/s11136-010-9772-8).

Kassianos AP, Raats MM, Gage H, et al. Quality of life and dietary changes among cancer patients: a systematic review. *Qual Life Res* 2014; Sep 14. (Epub ahead of print).

Kattainen, E, Merilainen P, Sintonen, H. Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. *European Journal Of Cardiovascular Nursing* 2006; 5(1): 21-30.

Kaya MC, Bez Y, Demir A ve ark. Prostat kanseri hastalarında hastalık evrelerine göre anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozukluğu ve yaşam kalitesi. *Journal of Mood Disorders* 2013; 3(1): 23-27.

Lee HJ, Chapa D, Kao CW, et al. Depression, quality of life, and glycemic control in individuals with type 2 diabetes. *J Am Acad Nurse Pract* 2009; 21:214-224 (doi: 10.1111/j.1745-7599.2009.00396.x).

Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2008; 11(Ek3):3-18.

Mollaoğlu M. Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci. Durna Z, ed. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012: 51-63.

Özdemir İ, Hocaoğlu Ç, Koçak M ve ark. Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda yaşam kalitesi ve ruhsal belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2011; 24(2): 128-138.

Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 1(1): 57-69.

Redekop WK, Koopmanschap MA, Stolck RP, et al. Health-related quality of life and treatment satisfaction in dutch patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 458-463.

Reis N, Coşkun A, Kızılkaya Beji N. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 9(2): 25-35.

Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, et al. Depressive symptoms and health-related quality of life. *JAMA* 2003; 290(2): 215-221.

Shim YT, Lee J, Toh MP, et al. Health-related quality of life and glycaemic control in patients with Type 2 diabetes mellitus in Singapore. *Diabet Med* 2012; 29(8):241-248 (doi: 10.1111/j.1464-5491.2012.03689.x).

Soyyigit Ş, Erk M, Güler N ve ark. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin belirlenmesinde SF-36 sağlık taramasının değeri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2006; 54(3): 259-266.

Şenocak Ö, El Ö, Özcan Söylev G ve ark. İnme sonrasında yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)* 2008; 25(3): 169-175.

Topçu S, Bölüktaş RP. İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 2012; 29(3):159-164.

Türkmen E. Kronik hastalıklar ve önemi. Durna Z ed. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012:37-49.

Ucan Ö, Ovayolu N. Relationship between diabetes mellitus, hypertension and obesity, and health-related quality of life in Gaziantep, a central south-eastern city in Turkey. *Journal of Clinical*



Nursing 2010; 19(17-18): 2511-2519 (doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03295.x).

Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011; 2(2):61-68.

World Health Organization, Global Health Observatory (GHO), Raised blood pressure. [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/blood\\_pressure\\_prevalence\\_text/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/)