
Sarkoidozun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Döndü GÜNEYLİOĞLU*, Ferhan ÖZŞEKER*, Sevinç BİLGİN*, Çağla UYANUSTA KÜÇÜK*, Esen AKKAYA*

* SSK Süreyyapaşa Göğüs Kalp ve Damar Hastalıkları Eğitim Hastanesi, İSTANBUL

ÖZET

Sarkoidoz gibi kronik hastalıkların izlenmesinde klinik parametrelerin yanı sıra hastalığın psikososyal boyutu da giderek önem kazanmaktadır. Bu boyutu kliniğe taşıyan önemli bir kavram yaşam kalitesidir. Çalışmamızda sarkoidozlu olgularda yaşam kalitesini değerlendirdik. Kliniğimizde en az bir yıldır takip edilen 70 sarkoidozlu olguya "Study Short Form 36 (SF-36)" yaşam kalitesi ölçeği uygulandı. Olguların 49'u kadın, 21'i erkek, yaş ortalaması 43.27 ± 11.97 , hastalık süresi ortalama 3.55 ± 1.80 yıl (1-8 yıl) idi. Çalışmamızda, sarkoidozda hastanın özelliklerinin yanı sıra hastalığa ait çeşitli değişkenlerin yaşam kalitesini etkilediğini saptadık. Yaşam kalitesini etkileyen parametrelerden yaş ve kadın cinsiyet yaşam kalitesinin birçok alt ölçeğini etkilerken, semptomu olan olgularda daha çok fiziksel komponent etkilenmişti. Yaşam kalitesinin birçok alt ölçeği arasında difüzyon kapasitesi (DLCO) ile pozitif, hastalık evresi ile negatif korelasyon vardı. Gelir düzeyi ve hastaların tedavi altında olmaları yaşam kalitesini etkilemiyordu. Sonuç olarak; sarkoidozun tetkikinde ve tedavi kararında bilinen tedavi kriterleri ile birlikte yaşam kalitesinin de yardımcı parametre olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, yaşam kalitesi.

SUMMARY

The Influence of Sarcoidosis on Quality of Life

In the follow up of chronic illnesses like sarcoidosis, the psychological and social dimensions are getting more important in addition to the clinical parameters. It is the quality of life (QoL) that brings psychological and social dimensions in to the clinic. In this study we aimed to investigate the QoL of patients suffering from sarcoidosis. Study Short Form (SF-36) QoL scala was applied to 70 sarcoidosis patients who have been followed up in our center at least for a year. Among these patients 49 were females, 21 were males and the mean age was 43.27 ± 11.97 , mean disease duration was 3.55 ± 1.80 (1-8 years). In our study, we found that variables belonging to sarcoidosis influence the QoL as well as the patient herself/himself. While age and female gender influenced almost all parameters of QoL, in cases with symptoms physical component had been influenced most. Diffusing capacity (DLCO) showed positive correlation with many of the parameters of QoL, whereas disease stage did negative. Patients' income and their to be treatment did not affect QoL. In conclusion, we suggest that QoL may help to follow up and decide on the treatment of sarcoidosis along with the other treatment criteria.

Key Words: Sarcoidosis, quality of life.

Yazışma Adresi (Address for Correspondence):

Dr. Döndü GÜNEYLİOĞLU, 68 Ada Kardelen Blokları, 5/1 Blok Daire: 6 Ataşehir, İSTANBUL - TÜRKİY
e-mail: dguneylioglu@hotmail.com

Sarkoidoz nedeni bilinmeyen, sıklıkla genç erişkinlerde görülen kronik, multisistem bir hastalıktır (1). Sıklığı 20-40 yaş arasında pik yaptığından, üretken çağdaki bu hasta grubunda günlük aktiviteyi etkilemekte, psikososyal ve ekonomik sorunlara neden olmaktadır (2).

Sarkoidoz gibi kronik hastalıkların izlenmesinde klinik parametrelerin yanı sıra hastalığın psikososyal boyutu da giderek önem kazanmaktadır. Bu boyutu kliniğe taşıyan en önemli kavram yaşam kalitesidir. Yaşam kalitesi, "bir kişinin hayatını belirleyen olumlu veya olumsuz niteliklerden oluşan bireysel durum" olarak tanımlanabilir. 1960'lı yıllarda ortaya çıkan ve o yıllardan sonra kullanımı yaygınlaşmaya başlamış, oldukça yeni bir kavramdır. Yaşam kalitesi;

a. Hastanın hastalığa olan tepkisini daha iyi anlamak,

b. Hastaya destekleyici bir yaklaşım sağlamak,

c. Tedavi girişimlerinin etkinliğini değerlendirmekte yararlı olmaktadır. Yaşam kalitesi ölçekleri, sağlık ve işlevsellik olmak üzere, kendi yaşamlarının çeşitli alanlarında memnuniyeti, hastaların algılamasına odaklanarak değerlendirir (3). Yaşam kalitesi ölçekleri; genel ve özel olmak üzere iki temel grupta sınıflandırılır; SF-36 (The MOS 36 Item Short Health Survey) genel tipte sağlığa dayalı yaşam kalitesi ölçeğidir ve çok boyutlu bir yapıya sahip olması nedeniyle tüm kronik hastalıklara uygulanabilir (4). Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmıştır (5). SF-36 sağlığın üç boyutunu ölçmek için sekiz boyut içerir (Tablo 1).

Çalışmamızda sarkoidozlu olgularda yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL ve METOD

Çalışmamız Mayıs 2001-Temmuz 2001 tarihleri arasında kliniğimiz sarkoidoz polikliniğinde yapıldı.

Hasta Seçimi

En az bir yıldır takip edilen 70 sarkoidoz olgusu çalışmaya alındı. Çalışma günü, hastaların klinik dosyaları incelendi ve ilave olarak sosyodemografik özelliklerinin, laboratuvar bulgularının ve semptomlarının yer aldığı anket formu dolduruldu, fizik muayene, solunum fonksiyon testleri (SFT), difüzyon kapasitesi (DLCO) ölçümleri yapıldı. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı.

Çalışma Protokolü

Çalışma her hasta için yaklaşık 20-25 dakika zaman ayrılarak yüz yüze görüşme ile gerçekleştirildi. Bütün hastalar aynı görüşmeci tarafından değerlendirildi. Tüm hastalara sadece anket soruları ve sorulara ait seçenekler yöneltildi, yönlendirme yapılmadı. Eğitim düzeyi lise ve yüksek okul olan hastalar ölçeği kendisi işaretlerken, diğer hastalarda görüşmeci tarafından işaretlendi. Verilerin değerlendirilmesinde "SPSS for Windows 10.0 versiyonu" kullanıldı.

Gruplandırılmış hastaların SF-36 alt ölçek puanları ortalamaları Student's t-testi veya gerektiğinde Mann Whitney-U testi ile karşılaştırıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon testi ile incelendi.

Tablo 1. SF-36'nın sağlığa ilişkin boyutları ve alt ölçekleri.

Sağlığa ilişkin boyutlar	Alt ölçekler
Fonksiyonel durum	Fiziksel fonksiyon (örneğin; mobilite, kendine bakım) Sosyal fonksiyon (örneğin; sosyal ilişki, sosyal destek) Fiziksel rol güçlüğü* Emosyonel rol güçlüğü**
İyilik hali	Mental sağlık Vitalite (enerjik olma, dinlenmişlik hali) Ağrı
Genel olarak sağlığın değerlendirilmesi	Genel sağlık

* Bedensel sağlığın sonucu iş ve günlük aktivitelerin etkilenmesi.
** Duygusal sorunlar sonucu iş ve günlük aktivitelerin etkilenmesi.

BULGULAR

Kırkdokuz (%70)'u kadın, 21 (%30)'i erkek olmak üzere toplam 70 hasta değerlendirmeye alındı. Bu hastaların %78.6 (n= 55)'si evli, %12.9 (n= 9)'u bekar, %8.6 (n= 6)'sı dul idi. Yaş ortalaması 43.27 ± 11.97 (16-74) yıl idi. Hastaların %20 (n= 14)'si okur-yazar olmayan, %50 (n= 35)'si ilkököl, %27.5 (n= 19)'i orta-lise, %1.5 (n= 2)'i yüksek okul mezunu idi. Hastalık süresi bir ile sekiz yıl arasında değişmekte olup, ortalama 3.55 ± 1.80 yıl olarak saptandı. Olguların hastalığa ilişkin özellikleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Olguların hastalığa ilişkin özellikleri.

	Sayı	%
Toplam	70	100
Semptom var	33	47.1
Semptom yok	37	52.9
Tek organ tutulumu	55	78.6
Birden fazla organ tutulumu	15	21.4
Sigara maruziyeti		
Var	22	31.4
Yok	48	68.6
Ek hastalık		
Var	22	31.4
Yok	48	68.6
Evre		
0	4	5.8
1	34	48.5
2	25	35.7
3	7	10.0
Tedavi alan	10	14.3
Tedavi almayan	60	85.7

Gelir düzeyine göre hastalar TÜRK-İŞ Nisan 2001 verilerine göre değerlendirildiğinde, %5.7 (n= 4)'si muhtaç, %75.7 (n= 53)'si orta, %18.6 (n= 13)'sı iyi gelir düzeyine sahipti.

SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerine ait minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3'te özetlenmiştir. Sarkoidozlu olgularda en çok etkilenen alt ölçekler vitalite, genel sağlık ve fiziksel rol güçlüğü idi.

SF-36 alt ölçek puanlarının ortalamaları ve istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 4'te verilmiştir. Genel sağlık dışında tüm SF-36 alt ölçeklerinde kadınlara ait puan ortalamaları daha düşük düzeyde idi.

Medeni duruma göre SF-36 alt ölçek ortalamaları anlamlı bir fark göstermiyordu. İlkokul veya daha düşük eğitim düzeyine sahip hastalar ile ortaokul ve üzerinde eğitim almış hastaların eğitim duruma göre SF-36 alt ölçek puanlarının ortalamaları ve istatistiksel karşılaştırmaları yapıldığında gruplar arasında benzerlik olduğu gözlemlendi ($p > 0.05$).

Gelir düzeyine göre hastalar, TÜRK-İŞ Mayıs 2001 verilerine göre, muhtaç (< 220 milyon), orta (221-676 milyon) ve iyi (> 676 milyon) olmak üzere üç grup halinde değerlendirildiğinde, 4 (%5.7) hastanın muhtaç konumunda olduğu, 53 (%75.7) hastanın orta, 13 (%18.6) hastanın ise iyi düzeyde gelire sahip olduğu belirlendi. Gelir düzeyi iyi olan grup ile orta veya daha düşük olan grubun SF-36 alt ölçek puanlarının ortalamaları ve istatistiksel karşılaştırmaları yapıldı. SF-36 alt ölçek puanlarının ortalamaları gelir düzeyine göre anlamlı bir fark göstermiyordu ($p > 0.05$).

Tablo 3. Hastaların SF-36 alt ölçek puanları.

	Ortalama	Standart sapma	Minimum	Maksimum
Fiziksel fonksiyon	71.42	19.47	25	100
Fiziksel rol güçlüğü	56.67	25.17	0	100
Ağrı	63.26	20.02	21	100
Genel sağlık	53.86	17.64	10	97
Vitalite	48.43	19.29	10	95
Sosyal fonksiyon	75.57	21.34	25	100
Emosyonel rol güçlüğü	56.99	27.94	0	100
Mental sağlık	57.30	20.32	12	92

Tablo 4. Yaşam kalitesini etkileyen parametreler.

	Fiziksel komponent			Mental komponent				
	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Ağrı	Genel sağlık	Vitalite	Emosyonel rol güçlüğü	Sosyal fonksiyon	Mental sağlık
Yaş	•	•	◆	○	•	•	○	○
Cins	◆	○	•		•	○	◆	◆
Eğitim		◆	○			◆		
Semptom	•	○	•	•	•	○		○
Evre	◆	◆			○	○		
Hastalık süresi					○			
DLCO	○			•	•		○	○
ACE				○				
Ek hast						○		
Sigara	○							

Not: Simge olmayan kolonlarda değişkenin varlığı ile yokluğu yaşam kalitesini etkilememekteydi.
○ = p < 0.05, ◆ = p < 0.01, • = p < 0.001.

Hastaların %47.1 (n= 33)'inde nefes darlığı, eforla nefes darlığı, öksürük, ağrı ve halsizlik şikayetlerinden biri ya da birkaçı vardı. Hastaların büyük bir bölümünde eforla nefes darlığı şikayeti vardı. Sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü şikayeti olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı fark göstermiyordu (p > 0.05). Diğer SF-36 alt ölçek puanları şikayeti olan hastalarda daha düşük düzeyde idi (p < 0.05).

Evresi ileri olan hastalarda fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık, vitalite ve emosyonel rol güçlüğü alt ölçek ortalamalarının daha düşük olduğu (p < 0.05), ağrı, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt ölçek ortalamalarının ise gruplar arasında anlamlı fark göstermediği (p > 0.05) gözlemlendi.

Olguların %78.6 (n= 55)'sında yalnız bir organ tutulumu vardı, %18.5 (n= 13)'inde iki organ, %2.8 (n= 2)'inde üç organ tutulumu bir arada idi. Tutulan organlara göre hastaların dağılımı Tablo 2'de verildi. En fazla tutulum akciğer tutulumu (%96.1) idi. Tek organ tutulumu olanlarda ve birden fazla organ tutulumu olan hastalarda SF-36 alt ölçek puan ortalamaları, tutulan organ sayısının tek ya da çok sayıda olmasına göre anlamlı bir fark göstermiyordu (p > 0.05).

Hastaların 48 (%68.6)'inde ek başka hastalık gözlenmezken, 22 (%31.4)'sinde ek hastalıkların da varlığı saptandı. Ek hastalığı olmayan ve en az bir ek hastalığı olan sarkoidoz hastalarında SF-36 alt ölçek puan ortalamaları kıyaslandı. Emosyonel rol güçlüğü puanının ek hastalık gözlenen hastalarda anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, diğer alt ölçek puanlarının ek hastalık gözlenip gözlenmemesine göre anlamlı bir fark göstermediği belirlendi.

Hastaların %85.7 (n= 60)'sine herhangi bir tedavi uygulanmadığı, %14.3 (n= 10)'üne tedavi uygulandığı gözlemlendi. Tedavi alan ve almayan hastalarda SF-36 alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı bir fark göstermediği gözlemlendi (p > 0.05).

Yaşam kalitesini etkileyen parametreler Tablo 4'te özetlenmiştir.

Hastaların ACE, DLCO (%) ve FEV₁ değerleri ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri Tablo 5'te verilmiştir.

SF-36 alt ölçekleriyle negatif veya pozitif yönde korelasyon göstererek bu alt ölçekleri etkileyen değişkenler (yaş, hastalık süresi, hastalık süresi, eğitim düzeyi, ACE, DLCO) Tablo 6'da özetlenmiştir.

SF-36'nın sekiz alt ölçeğinden yedisinin (sosyal fonksiyon alt ölçeği hariç), yaş arttıkça düşme gösterdiği belirlendi.

Hastalık yaşı yalnız vitalite alt ölçeği üzerine negatif etki ediyor, diğer ölçekler ile bir korelasyon göstermiyordu. Hastalık evresi arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, vitalite ve emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanlarının azaldığı gözlemlendi. Eğitim düzeyi ile fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanları arasında pozitif korelasyon gözlemlendi.

ACE düzeyi ile, yalnız genel sağlık alt ölçeği arasında negatif ilişki gözlemlendi. Diğer alt ölçekler ile ACE düzeyi arasında bir ilişki saptanmadı.

TARTIŞMA

Çalışmamızın sonuçları sarkoidozlu olgularda yaşam kalitesinin etkilendiğini göstermektedir. Vitalite, genel sağlık, fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü en çok etkilenen alt ölçeklerdir.

Yaş ile yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında sosyal fonksiyon dışında negatif korelasyon saptandı. Yaş arttıkça yaşam kalitesi düşmekteydi.

Tell ve arkadaşları tarafından 1995 yılında "Karnofsky fiziksel fonksiyon ölçeği" ile yaptıkları bir çalışmada, genç hasta yaşı ve fazla tıbbi müdahaleye maruz kalmamış olmayı, fiziksel işlevsellik değerlerinin yüksek çıkmasına neden olan belirgin iki sebep olarak göstermişlerdir (6). SF-36'da mental sağlığı ilgilendiren sorular hastaların depresif semptomlarını sorgulamaktadır. Chang ve arkadaşları sarkoidozlu olgularda depresyon sıklığını yüksek bulmuşlar ve bunun grubun yaş ortalamasının yüksek olmasına bağlı

Tablo 5. Hastaların ACE, DLCO (%) ve FEV₁ değerleri.

	Aritmetik ortalama	Standart sapma	Minimum	Maksimum
ACE	52.76	30.40	10	154
DLCO (%)	81.54	18.23	30	117
FEV ₁	91.24	19.50	40	130

Tablo 6. SF-36 ile korelasyon gösteren değişkenler.

	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Ağrı	Genel sağlık	Vitalite	Emosyonel rol güçlüğü	Sosyal fonksiyon	Mental sağlık
Yaş	R= -0.402 p= 0.001	r _s = -0.423 p= 0.000	R= -0.321 p= 0.007	r= -0.297 p= 0.012	r= -0.487 p= 0.000	r= -0.378 p= 0.001	-	r= -0.244 p= 0.042
Hastalık süresi	-	-	-	-	r _s = -0.297 p= 0.013	-	-	-
Evre	r _s = -0.334 p= 0.005	r _s = -0.368 p= 0.002	-	-	r _s = -0.239 p= 0.046	r _s = -0.260 p= 0.032	-	-
Eğitim düzeyi	-	r _s = -0.320 p= 0.007	r _s = -0.246 p= 0.040	-	-	r _s = -0.337 p= 0.005	-	-
ACE	-	-	-	r= -0.249 p= 0.037	-	-	-	-
DLCO	R= 0.272 p= 0.023	-	-	r= 0.387 p= 0.001	r= 0.373 p= 0.001	-	r= 0.287 p= 0.016	r= 0.276 P= 0.021

olabileceğini belirtmişlerdir (7). Biz de çalışmamızda yaş ile yaşam kalitesi arasındaki bu negatif korelasyonda yaşla azalan fiziksel aktivitenin yanı sıra yaşla artan depresyonun rolü olabileceğini düşündük.

Çalışmamızda, kadın cinsiyette genel sağlık dışında tüm alt ölçeklerde düşük değerler elde edilmiştir. Yapılan çalışmalar depresif atakların kadınlarda erkeklere göre daha sık olduğunu göstermiştir (7-9). Kadının emosyonel fizyolojik yapısı, sosyal statüsü, rol farkı, ev desteğinin olmayışı ve bunlara bağlı psikosomatik belirtiler sosyal fonksiyon ve iyilik hali ölçeklerinin düşük olmasına neden gösterilebilir.

Eğitim ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, eğitim seviyesi ile fiziksel rol güçlüğü, ağrı, emosyonel rol güçlüğü arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça, bahsedilen alt ölçek değerleri de artmaktadır. Yine kronik bir hastalık olan böbrek yetmezliğinde Nijerya'da yapılan bir çalışmada, düşük eğitim düzeyi olan grupta psikiyatrik morbidite sıklığı yüksek olarak bulunmuştur (10). Türkiye gibi gelişmekte olan bir ülkede, sınırlı tıbbi olanaklar nedeniyle hastanın öz bakımını üstlenecek düzeyde hastalığı hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Eğitim düzeyinin düşük olması bu açıdan hastayı olumsuz yönde etkilemektedir.

Sarkoidozlu hastalar arasında yapılan bir çalışmada düşük gelir düzeyine sahip olanlarda depresyon sıklığı daha fazla bulunmuştur (7). Rocco'nun "Quality of Well-Being Scale (QWB)" ölçeği ile yaptığı diyaliz hastalarını kapsayan araştırmasında, toplam QWB değeri ile hastanın gelir düzeyi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (11). Daha önce yapılan çalışmaların aksine çalışmamızda gelir düzeyi yaşam kalitesini etkilememiştir. Bunda olguların tümünün sağlık güvencesi altında olduğundan tıbbi ihtiyaçlarına her zaman ücretsiz ve kolay ulaşabileceklerini bilmelerinin rolü olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda, şikayeti olan olgularda olmayanlarla karşılaştırıldığında, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon dışında tüm alt ölçek puanları daha düşük bulundu. Drent ve arkadaşları, sarkoidozlu hastalarda yaptıkları çalışmada şikayeti olan olgularda yaşam kalitesini daha dü-

şük bulmuşlar ve bu çalışmada en sık şikayeti halsizlik olarak rapor etmişlerdir (9). Yine sarkoidozlu hastalarda yapılan başka bir çalışmada şikayeti olan olgularda depresyon oranı yüksek bulunmuştur (7).

Sarkoidozlu olgularda hastalık evresinin artması ile yaşam kalitesi düşmektedir. Bunda evresi ileri olan olgularda yaş ortalamasının daha yüksek DLCO değerinin daha düşük bulunması bir neden olabilir. Benzer şekilde Drent ve arkadaşları, akciğer fonksiyonları azaldıkça yaşam kalitesinin azaldığını göstermişlerdir (9). Akciğer fonksiyonlarındaki bu azalmanın yanı sıra ileri evredeki olgular daha sık takiplere çağırılmakta, daha çok test yapılmakta, böylece hasta daha çok zaman ve para harcayıp daha çok tıbbi müdahaleye maruz kalmaları da hastaları etkilemektedir.

Tutulan organ sayısı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanamadı. Yapılan çalışmalarda birden fazla sistemi tutan, bu nedenle sık tıbbi müdahaleye, ilaç alımına, vücut fonksiyonlarında azalmaya neden olan romatoid artritte sarkoidoza göre yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (12).

Çalışmamızda 10 olgu steroid tedavisi altındaydı, diğer olgular herhangi bir tedavi almıyordu. İki grup karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmadı. Chang ve arkadaşları hasta grubunda depresyonun yüksek bulunmasının, olguların %64 gibi yüksek bir bölümünün steroid tedavisi almasına bağlı olabileceğini düşünmüşlerdir (7).

Olguların %31'inde mevcut olan ek hastalıklar arasında en sık hipertansiyon gözlemlendi. Ek hastalığı olan olgular olmayanlar ile karşılaştırıldığında sadece emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanı daha düşük bulundu. Ek hastalığı olan olguların daha sık takiplere çağırılmalarının, daha çok test yapılmalarının böylece hastaların daha çok zaman ve para harcayıp daha çok tıbbi müdahaleye maruz kalmalarının bu düşüklükte rolü olabileceğini düşündük. Serum ACE düzeyi ile genel sağlık alt ölçeği arasında negatif korelasyon saptandı. DLCO düşük olan hastalar normal olanlar ile karşılaştırıldığında sosyal fonksiyon, genel sağlık, vitalite, fiziksel fonksiyon alt ölçek puanları daha düşük olarak bulundu. Chang ve arkadaşları interstisyel akciğer hastalıklarında yaptıkları çalışmada, FVC, FEV₁ ve DLCO ile

yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon saptamışlardır (13). Bu sonuçlar akciğer fonksiyonları azaldıkça yaşam kalitesinin de azaldığını göstererek ileride yaşam kalitesi anketlerinin bir takip parametresi olarak kullanılabilirliğini düşündürmektedir. Drent ve arkadaşları çalışmamızdan farklı olarak FEV₁ ve ACE düzeyinin yaşam kalitesi ve depresyonda önemli bir rolü olmadığını ancak DLCO ile ilişkisini göstermiştir (9).

Sonuç olarak; sarkoidozda yaşam kalitesi etkilenmektedir. Günümüzde yeni kullanıma giren yaşam kalitesi ölçümlerinin hastalıkların psiko-sosyal boyutunu da göstermeleri nedeniyle sarkoidoz gibi kronik hastalıkların takip ve tedavisinde bilinen objektif kriterlerin yanı sıra yardımcı parametre olarak kullanılabilirliğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Fraser RS, Pare PD, Müller NL, Colman N. *Sarcoidosis*. In: Fraser RS, Pare PD (eds). *Fraser and Pare's Diagnosis of Diseases of the Chest*. 4th ed. Vol 3. Philadelphia: WB Saunders Company, 1999: 1533-83.
2. Klonoff EA, Kleinhenz ME. *Psychological factors in sarcoidosis: The relationship between life stress and pulmonary function*. *Sarcoidosis* 1993; 10: 118-24.
3. Grant M, Padilla GV, Ferrell BR, Rhiner M. *Assessment of Quality of Life with a Single Instrument*. *Semin Oncol Nurs* 1990; 6: 260-70.
4. Ware JE, Sherbourne CD, Davies AR, et al. *A Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection*. *Med Care* 1992; 30: 473-83.
5. Koçyigit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. *Kısa Form -36 (SF-36)'nin Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği*. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi* 1999.
6. Tell GS, Mittelmark MB, Hylander B, et al. *Social Support and Health-related Quality of Life in Black and White Dialysis Patients*. *Anna J* 1995; 22: 301-8.
7. Chang B, Steimel J, Moller DR, et al. *Depression in sarcoidosis*. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 329-34.
8. Bousquet J, Knani J, Dhivert H, et al. *Quality of life in asthma: I. Internal consistency and validity of the SF-36 questionnaire*. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149: 371-5.
9. Drent M, Wirnsberger RM, Breteker MHM, et al. *Quality of life and depressive symptoms in patients suffering from sarcoidosis*. *Sarcoidosis Vasculitis Diffuse Lung Dis* 1998; 15: 59-66.
10. Anghhanwa HS, Morakinyo O. *Psychiatric complications of hemodialysis at a kidney center in Nigeria*. *J Psychosom Res* 1997; 42: 445-51.
11. Rocco MV, Gassman JJ, Wong SR, Kaplan RM. *Cross-sectional study of quality of life and symptoms in chronic renal disease patients: The modification of diet in renal disease study*. *Am J Kidney Dis* 1997; 29: 888-96.
12. Wirnsberger RM, DeVries J, Jansen TLThA, et al. *Impairment of quality of life: Rheumatoid arthritis versus sarcoidosis*. *Neth J Med* 1999; 54: 86-95.
13. Chang JA, Curtis JR, Patrick DL, Raghu G. *Assessment of health-related quality of life in patients with interstitial lung disease*. *Chest* 1999; 116: 1175-82.