

Astımda Hastalık Kontrolü ile Demografik Özellikler, Yaşam Kalitesi ve Emosyonel Durumun İlişkisi

Relation Between Disease Control and Demographic Variables, Life Quality and Emotional Status in Asthma

Şerife Savaş Bozbaş, Berna Akıncı Özyürek, Gaye Ulubay

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZET

Amaç: Astım tekrarlayıcı hava yolu obstrüksiyonu ile karakterize kronik bir hastalık olması nedeniyle hastaların yaşam kalitesini etkilemekte ve ruhsal bozukluklara yol açabilmektedir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada kliniğimizde astım tanısıyla takip edilen 100 hasta değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, solunum fonksiyon testi parametreleri, kullandıkları tedaviler ve yıllık atak sayısı incelendi. Astım kontrol testi (AKT) ile hastalık kontrolü, Beck depresyon ölçeği (BDÖ) ile emosyonel durumları ve SF-36 ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 55.6 ± 14.9 yıl ve %75'i kadındı. Hastalık süresi ortalama 8.8 ± 9.0 yıldır. Hastaların ortalama atak sayısı 1.5 atak/yıl ve 22 hastada hastanede yatışı gerektirecek şiddetteydi. AKT'ne göre hastaların %68'i kontrol altında değildi. Kadınların erkeklere göre AKT değerleri düşüktü ($p=0.04$). Hastalarımızın BDÖ ortalaması hasta grubunda, kadınlarda ve erkeklerde sırasıyla 12.9 ± 8.6 , 14.2 ± 8.9 , 9.1 ± 6.3 idi ve kadınlarda BDÖ belirgin yüksekti ($p=0.01$). Çalışmayanlarda BDÖ çalışanlara göre daha yüksekti ($p=0.03$). AKT sonuçlarına göre kontrolsüz olan grupta tam kontrol ve kısmi kontrol düzeyine göre BDÖ değerleri daha yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Reflü yakınması olanlarda BDÖ'nün yüksek olduğu ve fiziksel fonksiyonların azaldığı saptandı ($p<0.05$). Astım kontrol düzeyi azaldıkça SF-36 parametrelerinden vitalite, sosyal fonksiyonlar, rol güçlüğü ve mental sağlık durumunda anlamlı azalma saptandı.

Sonuç: Çalışmamız astımlı hastaların tedavisi düzenlenirken sadece solunum fonksiyonlarının değil, yaşam kaliteleri ve psikolojik durumlarının da değerlendirilmesi gerektiğini göstermiştir.

(*Tur Toraks Der 2011; 12: 139-44*)

Anahtar sözcükler: Astım, yaşam kalitesi, SF-36, Beck depresyon ölçeği

Geliş Tarihi: 16.08.2010

Kabul Tarihi: 02.12.2011

ABSTRACT

Objective: Asthma, because of its chronic nature, may adversely affect the life quality of patients leading to mental disturbances.

Material and Method: In this study, 100 asthmatic patients who were on follow-up at our clinic were enrolled. Demographic data, pulmonary function test results, medications and number of attacks per year were noted. Asthma control test (ACT) for disease control, Beck depression scale (BDS) for emotional well being and SF-36 questionnaire for life quality assessment were obtained.

Results: The mean age was 55.6 ± 14.9 years and 75 were female. Average duration of the disease was 8.8 years. The mean number of attacks per year was 1.5 and in 22 patients it was severe enough to require hospitalization. Sixty eight percent of the cases were not controlled as assessed by ACT. Compared to males, female patients had worse ACT values ($p=0.043$). The mean BDS value of the study population was 12.9 ± 8.6 , and it was higher in females than that in males (14.2 ± 8.9 , 9.1 ± 6.3 respectively, $p=0.01$). Patients who did not work had higher BDS values than those who worked ($p=0.03$). Subjects having gastroesophageal reflux were identified to have higher BDS values and decreased physical functions ($p<0.05$). As the asthma control level worsened, vitality, social functions, difficulty in performing physical functions and mental health problems of the SF-36 questionnaire were decreased.

Conclusion: Our findings indicate that, when treating asthmatic patients, not only pulmonary function test results but also the quality of life and psychological aspects of the disease should be considered. (*Tur Toraks Der 2011; 12: 139-44*)

Key words: Asthma, quality of life, SF-36, Beck depression scale

Received: 16.08.2010

Accepted: 02.12.2011

GİRİŞ

Astım tekrarlayıcı hava yolu obstrüksiyonu ile karakterize kronik bir hastalık olması nedeniyle hastaların yaşam kalitesini etkileyerek ruhsal bozukluklara yol açabilir. Bu hasta grubunda sağlıklı popülasyona göre anksiyete ve depresyon daha sık görülür [1].

Yaşam kalitesi anketleri kullanılarak, hastalığın günlük yaşamda fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonlara olan etkisi değerlendirilebilir [2]. Medical Outcomes Study Short Form-36 Health Survey Questionnaire (SF-36) çok boyutlu değerlendirme sağlaması nedeniyle, kronik hastalıklarda yaşam kalitesini ölçmede yaygın olarak kullanılan

Sunulduğu Kongre: Türk Toraks Derneği 13. Yıllık Kongresi, 5-9 Mayıs 2010, İstanbul. ERS Yıllık Kongresi, 18-22 Eylül 2010, Barselona, İspanya

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Şerife Savaş Bozbaş, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye Tel: +90 312 212 29 12 Faks: +90 312 215 26 31 E-posta: serifesb@gmail.com

doi:10.5152/ttd.2011.33

bir anketir. Beck depresyon ölçeği (BDÖ) ise araştırma ve klinik değerlendirmede sık kullanılan, hastanın psikolojik durumu hakkında bilgi almamızı sağlayan bir ölçektir.

Astımlı hastalar takipte öykü, fizik inceleme, solunum fonksiyon testleri (SFT) ve semptom skorları ile tedavi gereksinimleri açısından değerlendirilir. Astım kontrol testi (AKT) klinik pratikte, kısa sürede astım kontrol düzeylerini belirleyerek tedaviyi düzenlememizi sağlar. Bu hastaların takibinde kullanılan yaşam kalitesi anketleri de hastaların tedaviye uyumunu artırarak hastalığı daha kolay kontrol altına almamızı sağlayabilir [3].

Çalışmamızda kliniğimizde astım tanısıyla takip edilen hastalarda, hastalık kontrol düzeyi ile hastalığın fiziksel, emosyonel, sosyal ve psikolojik boyutunu da yansıtan yaşam kalitesi anketleri arasındaki ilişkiyi araştırdık. Böylece hastaların astım yönünden kontrolünü kolaylaştırabilecek faktörleri belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada Toraks Derneği uzlaşi raporları doğrultusunda astım tanısı alan ve kliniğimizde takip edilen 100 hasta yazılı onayları alınarak prospektif olarak değerlendirildi [4]. Astım dışında kronik sistemik hastalığı, bronşektazi tanısı ve sigara öyküsü olan hastalar çalışmaya alınmadı. Göğüs hastalığı polikliniğine gelen, astım tanısı ile takip edilen ve çalışmayı kabul eden hastaların demografik özellikleri, kullandıkları tedaviler ve yıllık atak sayısı incelendi. Gelir düzeyi Türkiye İstatistik Kurumu 2009 verileri göz önüne alınarak düşük gelir düzeyi (<1000TL), orta gelir düzeyi (1000-2000TL), yüksek gelir düzeyi (>2000TL) olarak gruplandırıldı. Spirometri ölçümleri SensorMedics™ Vmax spectra 229, Balthoven, The Netherlands cihazı kullanılarak, kabul edilebilirlik ve tekrar edilebilirlik kriterlerine uygun olarak yapıldı [5]. Hastaların Astım kontrol testi (AKT) ile hastalık kontrolü, Beck depresyon ölçeği (BDÖ) ile emosyonel durumları ve SF-36 ile yaşam kaliteleri değerlendirildi.

Astım Kontrol Testi

AKT hastaların astım nedeniyle günlük aktivitelerinde etkilenme düzeyi, gündüz ve gece astım semptomlarının sıklığı, kurtarıcı ilaç gereksinimi ve hastalık kontrolünü kendisinin değerlendirmesini sağlayan, 5 ana başlıktan oluşan bir anketir.

Hastalarımızdan her sorunun cevabı ile ilişkili puanları içeren astım kontrol testini cevaplamaları istendi. Toplam puan 25 ise tam kontrol, 20-24 ise kısmi kontrol, <19 ise kontrolsüz olarak değerlendirildi [6].

SF-36

Hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 anketi Türkçe versiyonu kullanıldı (K1;6). SF-36 hastanın kendini değerlendirme ölçeğidir ve hastalar ölçeğin üzerini kendileri işaretleyerek yanıt verirler. SF-36 anket formu fiziksel fonksiyonlar, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyonlar, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık olmak üzere 8 ana başlık ve

36 sorudan oluşmaktadır. Her alt ölçek için ayrı puanlar elde edilerek sağlık durumunun olumlu ve olumsuz yönleri değerlendirilebilir. Alt ölçek puanları 0 ile 100 arasında değişir ve yüksek puan iyi sağlık durumunun göstergesidir.

Beck Depresyon Ölçeği

BDÖ duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyon bileşenlerini ölçmek amacıyla geliştirilen 21 maddeden oluşan, Türk toplumu için geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış öz bildirim ölçeğidir [7]. İki madde duyguları, onbir madde bilişsel fonksiyonları, iki madde davranışları, beş madde bedensel belirtileri, bir madde kişiler arası belirtileri değerlendirmemizi sağlar. Hastanın kendi hakkında bilgi vermesini sağlayan, klinik pratikte ve araştırmalarda sık kullanılan bir anketir. Hastalar sorulardan kendi duruma en uygun olanı işaretler. Her soruya 0, 1, 2, 3 olmak üzere puan verilir ve hastanın değerlendirmesi sonucu 0 ile 63 arasında değişen skorlar elde edilir. 0-9 puan hiç yok/minimal düzeyde depresif belirtiler, 10-18 hafif düzeyde depresif belirtiler, 19-29 orta düzeyde depresif belirtiler, 30-63 şiddetli düzeyde depresif belirtiler olarak değerlendirilir [8].

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için Windows SPSS 10.0 sürümü (Statistical Package for the Social Sciences, versiyon 10.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA) kullanıldı. Veriler ortalama±standart sapma veya yüzde olarak ifade edildi. Gruplar arası devamlı değişkenlerin karşılaştırılmasında t-testi, devamlı olmayan değişkenlerin değerlendirilmesinde ki-kare testi kullanıldı. Veriler arasındaki ilişkiye Spearman rank korelasyon veya Pearson korelasyon testi ile bakıldı. Tek değişkenli analizde anlamlı çıkan parametreler lineer regresyon analizine alınarak depresyon ve yaşam kalitesi ile ilgili bağımsız öngördürücüler belirlendi. P değerinin <0.05 olması anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların ortalama yaşı 55.6±14.9 yıl ve 75'i kadındı. Hastaların çoğu evli ve ilköğretim ya da üniversite mezunu idi. Hastalardan 62'si alerjik rinit tanımıyordu. 22 hastada evde hayvan besleme öyküsü vardı (%65 kuş). Hasta grubunun demografik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir.

Hastalık süresi ortalama 8.8 yıl ve ortalama atak sayısı 1.5 atak/yıl olarak saptandı. Hastalığı süresince astım atağı tanısı konulan hastaların 22'sinde atak hastaneye yatışı gerektirecek şiddetteydi. Yıllık atak sayısı ile BDÖ arasında pozitif korelasyon saptandı (r=0.279, p=0.005), cinsiyet ile ilişki bulunmadı. Solunum fonksiyon testi parametrelerinden FEV₁ ve FVC ile yıllık atak sayısı arasında negatif korelasyon saptandı (sırasıyla r=-0.306, -0.244 ve p<0.05). Yıllık atak sayısı fazla olanlarda SF-36 parametrelerinden fiziksel işlevsellik, genel sağlık algısı, vitalite, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal (mental) sağlık değerlendirmelerinin düşük olduğu görüldü (p<0.005).

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri, solunum fonksiyon testi parametreleri ve hastalık şiddetleri

Hastalar (n)	100
Yaş (yıl)	55.6±14.9
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	75/25
Medeni hali (Evlü/Bekar/Dul)	76/11/13
Eğitim durumu	
Okur-yazar değil	9
Okur-yazar	3
İlkokul	32
Ortaokul	8
Lise	13
Üniversite	35
Aylık gelir düzeyi	
Düşük	30
Orta	40
Yüksek	30
Astım kontrol düzeyi	
Tam kontrol	7
Kısmi kontrol	25
Kontrol altında değil	68
SFT parametreleri	
FVC (% pred)	104.9±23.1
FEV ₁ (% pred)	85.0±25.6
FEV ₁ /FVC	68.5±11.4
FEF ₂₅₋₇₅ (% pred)	48.6±29
Hastalık şiddeti	
Hafif intermitan	6
Hafif persistan	54
Orta persistan	25
Ağır persistan	15

Hastaların %90'ı inhaler steroid, %30'u kısa, %79'u uzun etkili B mimetik, %4'ü antikolinerjik, %24'ü LTRA kullanmaktaydı. Başvuru anında hastalık şiddeti değerlendirildi. Hastaların %6'sı hafif intermitan, %54'ü hafif persistan, %25'i orta persistan, %15'i ağır persistan astım olarak belirlendi. Hastalık şiddeti ile BDÖ kullanılarak değerlendirilen depresif belirtiler arasında ilişki saptanmadı (p=0.49). AKT'ne göre hastaların %68'i kontrol altında değildi ve kadınların erkeklere göre AKT değerleri düşük bulundu (p=0.04). Hastalarımızın BDÖ ortalaması hasta grubunda, kadınlarda ve erkeklerde sırasıyla 12.9±8.6, 14.2±8.9, 9.1±6.3 idi ve kadınlarda BDÖ belirgin yüksekti (p=0.01). BDÖ'ne göre hastaların 41'inde yok/minimal düzeyde depresif belirtiler, 30'unda hafif

düzye depresif belirtiler, 24'ünde orta düzeyde depresif belirtiler ve 5'inde şiddetli düzeyde depresif belirtiler saptandı. Şiddetli düzeyde depresif belirtiler saptanan hastaların tümü kadını ve kadın hastalarda erkek cinsiyete göre depresyon düzeyi daha ağırdı. Kadın ve erkek cinsiyette AKT ve yaşam kalitesi anketleri karşılaştırmalı olarak Tablo 2'de gösterildi.

Kırk yedi hasta çalışmıyordu ve çalışmayan hastalarda BDÖ'nin çalışanlara göre daha yüksek olduğu görüldü (p=0.03). BDÖ ile SF-36 alt grupları arasında negatif korelasyon saptandı (Şekil 1). Hastalık süresi ile AKT ve BDÖ ilişkili bulunmadı ancak SF-36 parametrelerinden fiziksel işlevsellik ve fiziksel rol güçlüğü, ağrı, vitalite, sosyal fonksiyonlar ve mental (ruhsal) sağlık değerlendirmesi arasında negatif korelasyon saptandı (r=-0.248, p=0.02).

Solunum fonksiyon testlerinden FEV₁ (L) ile BDÖ arasında negatif korelasyon (r=-0.219, p=0.02), SF-36 parametrelerinden fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü ve genel sağlık parametreleri arasında pozitif korelasyon saptandı.

AKT ile BDÖ arasında negatif korelasyon vardı (r=-0.334, p=0.001) (Şekil 2). AKT sonuçlarına göre kontrolsüz olan grupta tam kontrol ve kısmi kontrol düzeyine göre BDÖ değerleri daha yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. BDÖ ve AKT'nin yaş, medeni durum, eğitim durumu ve ekonomik durum ile ilişkisi saptanmadı (p>0.05). AKT ile SF-36 parametreleri arasında pozitif korelasyon bulundu. Astım kontrol düzeyi azaldıkça SF-36 parametrelerinden vitalite, sosyal fonksiyonlar, rol güçlüğü ve mental sağlık durumunda anlamlı azalma olduğu görüldü (p<0.05). Reflü yakınması olanlarda BDÖ'nin yüksek olduğu ve SF-36 parametrelerinden fiziksel fonksiyonların azaldığı saptandı (p<0.05). SF-36 parametrelerinden fiziksel fonksiyonlar, ağrı, genel sağlık ve vitalite alt gruplarının çalışmayan astımlı hastalarda anlamlı oranda azaldığı dikkati çekti (p<0.05) (Tablo 3). Çok değişkenli lineer regresyon analizinde reflü (β=0.20, p=.006), SF-36 parametrelerinden sosyal fonksiyonlar (β=-0.32, p<0.01) ve mental sağlık (β=-0.29, p=.01), depresyon ve yaşam kalitesinin bağımsız öngördürücüleri olarak bulundu.

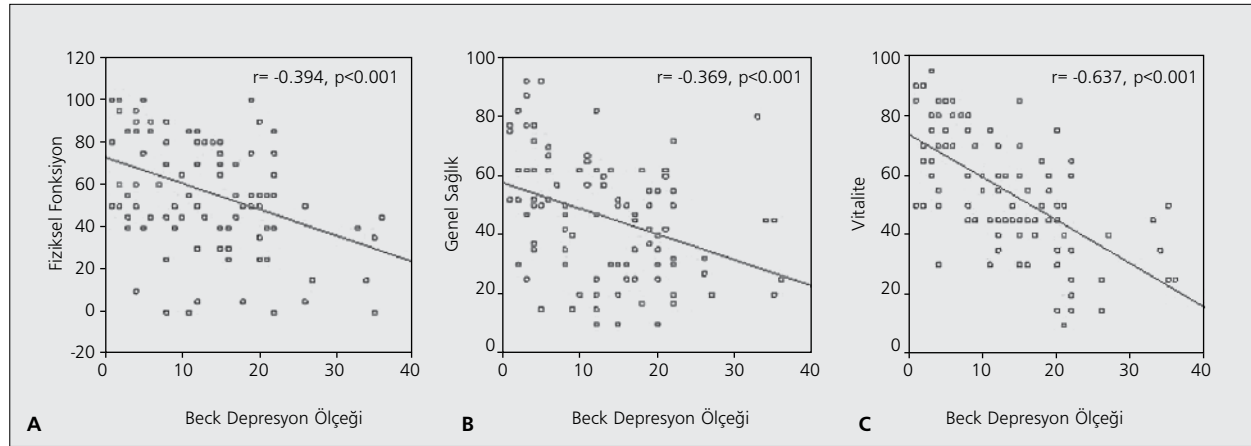
TARTIŞMA

Kronik bir hastalık olan astımda hastalığın kontrol altına alınmaması depresif bulgulara ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Duygu durum bozuklukları da astım kontrolünü zorlaştırmaktadır. Bu nedenle astımda hastalığın kontrol altına alınması ve atakların önlenmesinde, tedavi uyumu kadar hastanın duygu durumu da önemlidir [9]. Astımlı hastaların tedavisinde hastalık kontrolü ile birlikte yaşam kalitesinde azalmaya neden olan faktörlerin de belirlenmesinin hastalığı daha kolay kontrol altına almamızı sağlayacağı düşüncesi ile astım kontrol düzeyinin, yaşam kalitesi ve emosyonel duruma olan etkilerini değerlendirdik.

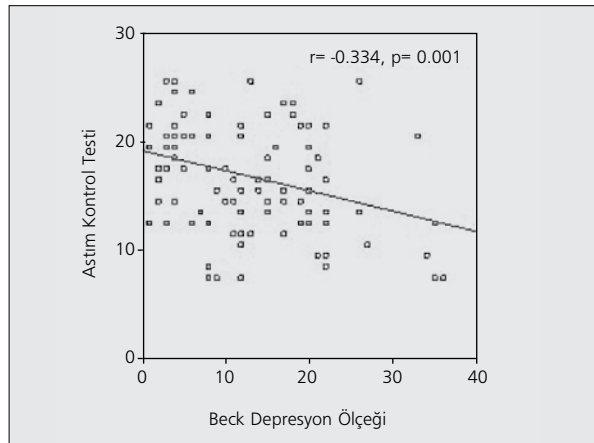
AKT astım kontrol düzeyini belirlemede kullanılan validasyonu yapılmış bir ankettir [6]. Çalışmamızda AKT sonuçlarına göre kontrolsüz olarak değerlendirilen has-

Tablo 2. Cinsiyete göre astım kontrolü ve yaşam kalitesi anketi sonuçları

	Kadın (n:75)	Erkek (n:25)	p değeri
Astım kontrol düzeyi			
Tam kontrol	4	3	
Kısmi kontrol	16	9	
Kontrol altında değil	55	13	
Astım kontrol testi	15.7±4.8	17.9±4.4	p=0.043
Beck depresyon ölçeği	14.2±8.9	9.1±6.3	p=0.01
SF-36 anketi			
Fiziksel fonksiyon	51.6 ±26.9	72.2±17.6	p=0.0001
Rol güçlüğü (fiziksel)	36.0±42.3	55.0±47.3	p=0.06
Ağrı	57.6±26.7	77.1±23.2	p=0.001
Genel sağlık	43.8±20.1	53.8±18.7	p=0.03
Vitalite (Enerji)	51.8±19.3	65.2±17.1	p=0.003
Sosyal fonksiyon	60.4±23.3	72.1±20.1	p=0.02
Rol güçlüğü (Emosyonel)	47.5±36.8	55.9±39.3	p=0.3
Mental sağlık	52.3±19.7	63.5±13.8	p=0.01



Şekil 1. Beck Depresyon ölçeği ile SF-36 parametrelerinden fiziksel fonksiyonlar (a), genel sağlık (b) ve vitalite (c) arasında negatif korelasyon saptandı



Şekil 2. Astım Kontrol Testi ile Beck Depresyon Ölçeği arasında negatif korelasyon izlendi

tarımızda BDÖ değerleri daha yüksek saptandı. Ayrıca astım kontrol düzeyi azaldıkça SF-36 parametrelerinden vitalite, sosyal fonksiyonlar, rol güçlüğü ve mental sağlık durumu da anlamlı azalmıştı. Erkek cinsiyette astım kontrolü daha iyi, Beck depresyon düzeyi daha düşüktü. Bu sonuçlar astım kontrolü ile depresif bulgular arasında ilişki olduğunu düşündürdü. Benzer olarak yapılan çalışmalarda da kronik solunum sistemi hastalıkları ile psikolojik durum arasında etkileşim olduğu gösterilmiştir [9]. Badoux ve arkadaşlarının çalışmasında astım tanısı olan hastalarda psikiyatrik semptom oranı %40 bulunmuştur. Bu hastalarda kronik hastalık nedeniyle hastanın kendini kısıtlaması, sosyal izolasyon, kişilik özellikleri ve ileri yaş gibi bir çok faktör depresif bulgulara neden olabilmektedir. Astım atağı nedeniyle hastane başvuruları, aralıklı takipler ve hastanın astımla birlikte yaşayacağı düşüncesi

Tablo 3. SF -36 parametrelerinin demografik özellikler, AKT ve BDÖ ile ilişkisi

	Fiziksel fonksiyon	Rol gücülüğü (fiziksel)	Ağrı	Genel sağlık	Vitalite	Sosyal fonksiyon	Rol gücülüğü (Emosyonel)	Menta sağlık
Meslek								
Çalışmayan	49.3±24.8*	31.3±20.2*	54.2±24.9*	42.1±19.0*	50.1±19.1*	59.6±23.6	44.6±38.2	51.4±19.4
Çalışan	64.2±26.7*	49.0±26.2*	69.8±27.1*	50.1±20.6*	59.6±19.1*	66.6±22.3	54.0±36.5	58.4±18.3
Reflü								
Yok	61.2±25.1*	45.0±24.6	65.3±27.1	48.5±21.2	57.7±19.6	65.4±23.1	50.2±37.8	56.4±17.9
Var	49.8±28.4*	32.8±22.7	57.2±26.6	42.2±17.8	50.4±19.0	59.3±22.7	48.5±37.3	52.6±20.9
Atopi								
Yok	56.2±27.0	55.1±24.5*	65.1±25.9	43.8±18.6	55.0±18.6	63.8±22.7	55.1±37.0	56.6±18.3
Var	57.6±26.8	34.8±22.9*	61.4±27.7	47.3±20.8	55.2±20.1	63.1±23.3	47.3±37.7	54.5±19.4
AKT								
Kontrol altında değil	54.2±26.1	34.5±20.9*	57.2±25.1*	44.9±18.6	50.4±17.9*	57.9±21.4*	46.5±26.9	51.8±18.8*
Tam-kısmi kontrol	63.7±27.4	53.9±28.4*	73.6±28.1*	49.3±23.2	65.1±19.5*	74.7±22.5*	56.2±28.3	62.1±17.8
BDÖ								
Miminal-hafif depresyon	60.9±25.8*	48.2±25.5*	65.5±26.4*	48.4±20.5	60.9±17.0*	67.6±20.4*	54.4±27.0*	60.2±15.6*
Orta-şiddetli depresyon	48.2±27.2*	22.4±24.9*	55.0±27.8*	41.2±18.6	40.8±18.3*	52.6±25.9*	37.9±26.4*	42.6±20.9*

*: p<0.005, AKT: astım kontrol testi, BDÖ: beck depresyon ölçeği

hastada panik ataklara ve depresif bulgulara, varolan astım semptomlarını daha fazla hissetmesine neden olabilir. Hastalar duygudurum bozukluklarını da astım semptomları olarak tarifleyebilirler [10].

Çalışmamızda kadın hastalarda erkeklere göre AKT düşük, BDÖ daha yüksek saptandı ve depresyon düzeyi erkeklere göre daha şiddetli idi. Yaş, medeni durum, eğitim durumu ve ekonomik durumdan bağımsız olarak çalışmayan ve kadın hastalarda depresyonun fazla görülmesi, sosyal izolasyonun bu hasta grubunda depresif duygu durumuna neden olabileceğini ve astım semptomlarını kontrol altına almamızı zorlaştırabileceğini düşündürdü.

Janson ve arkadaşları [11] da kadınlarda emosyonel bozukluk görülme sıklığının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Bu nedenle çalışmayan, kadın hastalarda astım semptomlarını kontrol altına alabilmek ve somatizasyonu azaltmak amacıyla rutin kontrollerde depresyon varlığı da araştırılarak iki hastalığın birlikte değerlendirilmesi tedavi uyumunu artıracak görülmüştür.

Yakar ve arkadaşları [12] astım tanısı olan hastalarda, gelir düzeyi ve BDİ arasında ilişki saptamamışlar, bu sonucu gelir düzeyinden bağımsız olarak ülkemiz koşullarında hastaların sağlık kurumlarına ulaşabilmesi ve önerilen tedaviyi temin edebilmesi ile açıklamışlardır. Schmier ve arkadaşları [13] ise sosyoekonomik düzeyi düşük hastaların yaşam kalitesi skorlarının da düşük olduğunu göstermişlerdir. Çalışmamızda hastaların gelir düzeyi ile astım kontrol düzeyi ve BDÖ arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Gelir düzeyinin 40 hastada orta, 30'ar hastada düşük ve yüksek düzeyde saptanması hasta grubunun gelir düzeylerinin kendi içinde orantılı olduğunu, sağlık merkezleri ve uygun tedaviye ulaşma konusunda grup içi farklılığın olmadığını gösterdi. Bu nedenle gelir düzeyinin astım kontrolü ve depresyon gelişimini birincil olarak etkilemediği düşünüldü. Sonuçlar arasındaki farklılığın, ülkemizde hastaların sosyal güvenlik kurumu aracılığı ile düzenli tedavi hizmeti alabilmesine bağlı olduğu düşünüldü.

Çalışmamızda solunum fonksiyon testlerinden FEV₁ (L) ile BDÖ arasında negatif korelasyon saptanması, hastalık süresinden bağımsız olarak FEV₁ düzeyi ile ilişkili olarak depresyon eğiliminin arttığını gösterdi. Ayrıca FEV₁ (L) ile SF-36 parametrelerinden fiziksel işlevsellik, fiziksel rol gücülüğü ve genel sağlık parametreleri arasında pozitif korelasyon saptandı. Benzer şekilde Rimmington'un [14] çalışmasında FEV₁ değeri düşük hastalarda yaşam kalitesi skorlarında azalma bildirilmiştir. Yakar ve arkadaşları [12] yaptığı çalışmada ise FEV₁ ile depresyon şiddeti arasında ilişki saptamamışlar ve astım hastalarını değerlendirirken hastalık şiddetinden bağımsız olarak psikolojik durumlarının göz ardı edilmemesi gerektiğini vurgulamışlardır. Yıllık atak sayısı fazla olan hastalarda BDÖ'nün yüksek, SF-36 parametrelerinden fiziksel işlevsellik, genel sağlık algısı, vitalite, emosyonel rol gücülüğü, ruhsal (mental) sağlık değerlendirmelerinin ise düşük olduğu görüldü. Osman ve ark. [15] astımlı hastaların semptomları hafif düzeyde bile olsa yaşam kalitelerinde bozulma olduğunu göstermişler-

dir. Bizim çalışma sonuçlarımıza dayanılarak hastalık şiddetinden bağımsız olarak özellikle FEV₁ değeri düşük, sık astım atağı öyküsü olan hastalarda, yaşam kalitesini etkilemesi nedeniyle rutin kontrollerde duyu durumlarının da değerlendirilerek bu hasta grubunda uygun tedavi yaklaşımları belirlenmelidir.

Çalışmamızda yaş ilerledikçe yaşam kalitesi anketlerinden fiziksel fonksiyonlarda azalma olduğu ancak bu durumun depresyon gelişimine etkisi olmadığı sonucuna varıldı. Çalışmalarda yaş ile yaşam kalitesi arasında saptanan negatif ilişkinin, yaşla fiziksel aktivitelerin azalması ve depresyon gelişimi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür [16]. Dyer ve arkadaşları [17] ise genç yaşta psikolojik problemlerin daha fazla görülebileceğini, ileri yaşta ise yaşa bağlı fiziksel kısıtlanma nedeniyle astım semptomları ile hastanın daha kolay başa çıkabileceğini öne sürmüşlerdir. Hasta grubumuzda yaş ile depresyon gelişimi arasında ilişki saptanmaması nedeniyle, ileri yaşta fiziksel fonksiyonlardaki azalmanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini düşündük.

Alerjik rinit, sinüzit ve gastroözefajial reflü astıma en sık eşlik eden ve astım kontrolünü bozan hastalıklardır [18]. Reflü yakınması olan hastalarımızda BDÖ yüksek, SF-36 parametrelerinden fiziksel fonksiyonlar anlamlı oranda azalmış saptandı. Çok değişkenli analizde reflü, depresyon ve yaşam kalitesinin bağımsız öngördürücüsü olarak bulundu. Bu nedenle astım şüphesi olan hastalarda reflü sorgulanması ve araştırılması gereken önemli bir semptomdur. Yaşam kalitesini etkileyen reflünün tedavisi ile astım kontrolünün kolaylaştıracağını düşünmekteyiz.

Alerjik rinit ve sinüzit ile yaşam kalitesi ve depresif bulgular arasında anlamlı ilişki saptanmaması, hasta takibinde üst solunum yolu hastalıklarının erken dönemde saptanarak tedavi edilmesine bağlı olduğu düşünüldü. Çalışma sonucumuza dayanarak astım tanısı olan hastalarımızın akciğer dışı bulgularının da irdelenerek etkin tedavisi ile yaşam kalitesi ve psikolojik durumlarının olumlu yönde etkileyeceğini düşünmekteyiz.

Sonuç olarak; astım tanısı olan hastaları klinikte değerlendirirken kullanılan AKT basit ve kolay uygulanabilir olması ve tedaviye ışık tutması açısından rutinde kullanılmalıdır. Kronik bir hastalık olan astımda hastalığın kontrol altına alınmaması depresif bulgulara ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Bu nedenle astım tanısı konan hastalarda tedavide sadece akciğer fonksiyonlarında düzelmeye amaçlanmamalı, hastanın psikolojik ve fiziksel fonksiyonları da değerlendirilerek hastanın yaşam kalitesi artırılmaya çalışılmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Oh EG. The relationship between disease control, symptom distress, functioning, and quality of life in adults with asthma. *J Asthma* 2008;45:882-6. [CrossRef]
2. Juniper EF, Guyatt GH, Ferrie PJ, Griffith LE. Measuring quality of life in asthma. *Am Rev Respir Dis* 1993;147:832-8.
3. Williams SA, Wagner S, Kannan H, Bolge SC. The association between asthma control and health care utilization, work productivity loss and health-related quality of life. *J Occup Environ Med* 2009;51:780-5. [CrossRef]
4. Türk Toraks Derneği Ulusal Astım Tanı ve Tedavi Rehberi. Aves Yayıncılık LTD. ŞTİ. İstanbul 2009;10:16-22.
5. Standardization of spirometry-1987 update. Statement of the American Thoracic Society 1987;136:1285-98.
6. Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, et al. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113:59-65. [CrossRef]
7. Teğin B. Depresyonda bilişsel süreçler, Beck modeline göre bir inceleme. *Psikoloji Dergisi* 1987;6:116-21.
8. Sorias O. Psikiyatrik derecelendirme ölçekleri. Güleç C, Köroğlu E (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 1. Cilt. Ankara. 1998:81-93.
9. Özkan S. Solunum sistemi hastalıklarının psikiyatrik yönleri. *Psikiyatrik Tıp* 1993:109-11.
10. Sandberg S, Paton JY, Ahola S, et al. The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children. *Lancet* 2000;356:982-7. [CrossRef]
11. Janson C, Björnsson E, Hetta J, Boman G. Anxiety and depression in relation respiratory symptoms and asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;149:930-4.
12. Yakar T, Baran A, Güngör S ve ark. Astımlı hastalarda Beck depresyon ölçeğini etkileyen faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2007;55:11-7.
13. Schmier JK, Chan KS, Leidy NK. The impact of asthma on health-related quality of life. *J Asthma* 1998;35:585-97. [CrossRef]
14. Rimington LD, Davies DH, Lowe D, Pearson MG. Relationship between anxiety, depression, and morbidity in adult asthma patients. *Thorax* 2001;56:266-71. [CrossRef]
15. Osman ML, Calder C, Robertson R, et al. Symptoms, quality of life, and health service contact among young adults with mild asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161:498-503.
16. Yakar T, Baran A, Yalçınsoy M, ve ark. Astımlı hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2006;20:1-10.
17. Dyer CA, Hill SL, Stokley RA, Sinclair AJ. Quality of life in elderly subjects with a diagnostic label of asthma from general practice registers. *Eur Respir J* 1999;14:39-45. [CrossRef]
18. Dales RE, Spitzer WO, Schechter MT, Suissa S. The influence of psychological status on respiratory symptom reporting. *Am Rev Respir Dis* 1989;139:1459-63.