

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞINDA YAŞAM KALİTESİ VE FONKSİYONEL DURUM

Safiye ÖZKAN*

Kabul Tarihi:14.04.2005

ÖZET

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçümleri hastalığın, kişinin günlük yaşamı üzerindeki etkisinin ve iyilik halinin standart bir şekilde değerlendirilmesidir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) kronik, geri dönüşümsüz ve ilerleyici özelliğinden dolayı tamamen iyileşmesi mümkün olmayan bir hastalıktır. KOA'lı hastalarda tedavinin amacı, semptomların azaltılması, atakların ve solunum fonksiyonlarındaki kaybın önlenmesi, yaşam kalitesinin artırılmasıdır. KOA'lı hastalarda solunum fonksiyonlarındaki azalma ve sınırlı egzersiz kapasitesi yaşam kalitesini azaltmaktadır. Solunum fonksiyonlarındaki kayıp ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki zayıf olduğundan, solunum fonksiyon testi ve egzersiz kapasitesinin ölçümleri yanı sıra yaşam kalitesinin değerlendirilmesi de önemlidir. Bu derlemede KOA'lı hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum değerlendirmesi literatür bilgileri eşliğinde irdelenmiştir.

Anahtar Kelimeler. KOA, yaşam kalitesi, fonksiyonel durum

ABSTRACT

Functional Status and Quality of Life in COPD

Measurement of health related quality of life (HRQL) is quantification of the impact of disease on daily life and well-being in a formal and standardized manner. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is essentially incurable, the therapy is directed towards minimization of symptoms, reduction of exacerbations and prevention of the decline in pulmonary functions also improvement in patients' HRQL. In COPD patients, impaired pulmonary function and limited exercise capacity may result in quality of life. As the relationship between respiratory impairment and HRQL is generally weak; it's important to evaluate HRQL in patients with COPD. In this review, functional status and health related quality of life in COPD patients is evaluated in the light of recent literatures.

Keywords: COPD, quality of life, functional status

GİRİŞ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), ilerleyici hava akımı obstrüksiyonu ile karakterize, tüm dünyada önemli mortalite ve morbidite nedeni olan bir hastalıktır (Barnes 2000). KOA tedavisinde amaç, atakları önlemek, semptomları azaltmak, iyilik halini sağlamak, yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini iyileştirmektir. Son yıllarda, yaşam kalitesinin iyileştirilmesinin, yaşam süresini uzatmaktan daha önemli olduğu düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı "yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali" olarak tanımlar. Yaşam kalitesi, "kişinin kendi durumunu kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi" olarak tanımlamıştır. Kişinin yaşadığı yeri, amaçlarını, beklentilerini ve ilgilerini kapsar. Yaşam kalitesi kavramı içinde, fiziksel sağlık, ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel etkenler, aktiviteler, kişisel inançlar, yaşama ve sağlığa bakış açısı,

* İ.Ü Florence Nightingale HYO İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (MSc)
(e-mail: sozkan76@yahoo.com)

beklentiler, alışkanlıklar yer almaktadır (Atasever ve Erdiñ 2003, GOLD 2001). Yaşam kalitesi, istenen ve mevcut olan yaşam biçimi arasındaki farkı yansıtır. Yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum ölçümleri pratikte birbirlerini yerine kullanılmaktadır. Ancak bireysel özellikler, yaşam kalitesini etkilediğinden “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” terimi kullanılmaya başlanmıştır. Bu terim bireyin, sağlığının yaşam kalitesine olan etkisinin daha subjektif bir ifadesidir. Hastalığa bağlı günlük yaşam aktivitelerinin ve iyilik halinin bozulmasını ifade eder. Bu nedenle, yaşam kalitesinin daha doğru tanımı olarak kullanılması önerilmektedir (Richards and Hemstreet 1994).

1- KOAH VE YAŞAM KALİTESİ

Kronik hastalıkların fonksiyonel değerlendirmesi, bozukluk, maluliyet ve sakatlık ölçümleri ile yapılmaktadır. DSÖ tarafından bu tanımlamalar yapılmıştır. Buna göre bozukluk; fizyolojik, psikolojik ya da anatomik yapının veya fonksiyonun kaybı, maluliyet; bozukluğa bağlı olarak gelişen normal fonksiyonların kısıtlanması veya kaybı, sakatlık ise bozukluk ve maluliyete bağlı kişisel faktörlerin de etkisi ile normal fonksiyonların yerine getirilememesi olarak tanımlanmıştır. Solunum sistemi hastalıkları açısından değerlendirildiğinde; solunum fonksiyonlarının kaybı, bozukluk, egzersiz performansının azalması; maluliyet, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin bozulması ise sakatlık olarak tanımlanabilir. KOAH'ta hastalığa bağlı bozukluk; solunum pompası ile kas gücü metabolizması ve fonksiyonlarının bozulmasıyla ortaya çıkmaktadır (Demir ve ark. 2003, İzmiroğulları 2002).

KOAH'ın temel özelliği, kronik, geri dönüşümsüz, ilerleyici hava yolu obstrüksiyonudur. Bronkodilatör ve oksijen tedavisi ile semptomlar azaltılmakta, yaşam süresi uzatıl-

maktadır. Ancak bir çok olguda hastalığın gidişi, sakatlık yaratacak düzeyde dispne ve akciğer fonksiyonlarındaki kötüleşmeye bağlı hastane başvurularının artması şeklindedir. İlerleyici fonksiyon kaybı olan bu olguların prognozu kötüdür. Kor pulmonalesi olan ve evde uzun süreli oksijen tedavisi alan olgularda üç yıllık sağ kalım %42 oranında bulunmuştur. Bu süre birçok kanserli olgudan daha düşük olarak değerlendirilmektedir. Gore ve arkadaşlarının çalışmasında, ciddi KOAH'lı olguların günlük yaşam aktiviteleri, fiziksel, sosyal ve emosyonel fonksiyonları küçük hücreli dışı akciğer karsinomu olan olgulardan daha düşük bulunmuştur. Ayrıca KOAH'lı olguların %90'ında depresyon ve anksiyete saptanırken, malignitesi olan gruplarda bu oran %52 olarak tespit edilmiştir. Bu yaklaşımla kanserli olgularda palyatif yaklaşımların hemen uygulanmaya başladığı ancak KOAH'lı olguların bu hizmetlerden yoksun kaldıkları vurgulanmaktadır (Gezgen ve ark. 2001, Kohlmann et al. 2000).

KOAH'lı olgularda birinci saniye zorlu ekspirasyon volümü (FEV₁) değeri 1 lt.'nin altına indiğinde, nefes darlığı hastanın günlük yaşamının, aktivitelerinin ve iyilik halinin belirgin olarak bozulmasına neden olur. KOAH'a bağlı olarak emosyonel, sosyal, davranışsal fonksiyonlar, öz-bakım, hareket, hobicilerden zevk alma, uyku ve istirahat fonksiyonları ciddi bir şekilde etkilenmektedir. Fonksiyonlarını yitiren akciğerlerin en önemli semptomu olan dispne, egzersiz kısıtlaması ve sonuçta fiziksel sakatlığa neden olur.

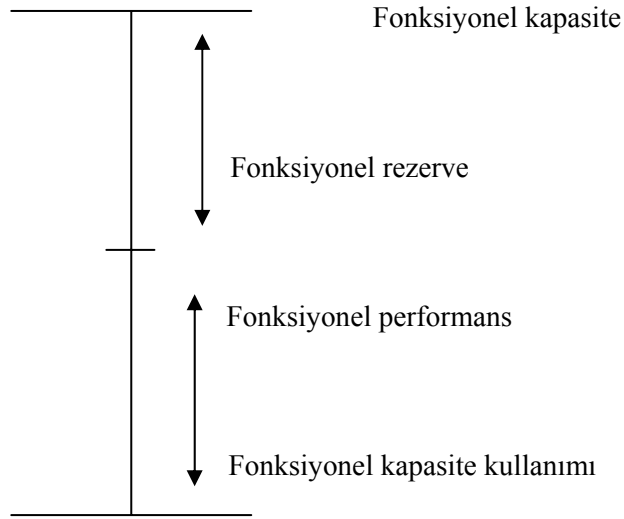
KOAH'ta yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, yaşam süresini uzatmaktan daha önemlidir. Yaşam kalitesinin gerçekçi ve duyarlı bir şekilde saptanması da hastalığa özgü yaşam kalitesi anketlerinin kullanılmasıyla sağlanabilmektedir (Atasever ve Erdiñ 2003, Larson and Leidy 1998).

2- KOAH VE FONKSİYONEL DURUM

Yeni yaklaşımlar ve fonksiyonu tanılayan bir çok araç bulunması bu kavramı diğerlerinden ayırmaktadır. Fonksiyonel durum içerisinde yaşam sürecindeki temel gereksinimleri olan bireylerin aktiviteleri, rolleri, sağlığı ve

iyilik halini sürdürme gibi boyutları yer alır. Gereksinimler kişiye göre değişen fiziksel, psikolojik, sosyal ve maneviyat olarak sınırlanmamalıdır. Fonksiyonel durumun 4 boyutu vardır. Bunlar; **kapasite**, **performans**, **rezerve** ve **kapasitenin kullanımı** (Şekil 1) (Leidy and Haase 1996).

Şekil 1. Fonksiyonel Durumun Boyutları



(Leidy NK. Functional status and forward progress of merry-go-rounds: Toward a coherent analytical framework. Nursing Research 1994; 196-202.)

Fonksiyonel durumun tüm boyutlarını tam analiz etmek için elementler ayrı ayrı düşünülmeli ve değerlendirilmelidir.

• FONKSİYONEL KAPASİTE

Yaşamlarının normal sürecinde temel gereksinimlerini karşılayan bireylerin yaptıkları aktiviteleri maksimum yapabilme olasılığı olarak tanımlanır. Bu terim fiziksel, kognitif, psikolojik, sosyal ve ruhsal tüm alanları kapsar.

Egzersiz fizyolojisinde fonksiyonel kapasite, maksimum fiziksel

çaba ya da bireyin maksimal efor durumunda başarabildiği en yüksek metabolik hızı gösterir. Bu durum solunum ve kardiyak kapasite ile değerlendirilir. Kişinin kapasitesi, yaptığı işte gösterdiği maksimum performans ve maksimum zaman dilimidir. Fiziksel kapasite; kasların gücü, dayanması, dengesi, koordinasyonu ve diğer faktörler arasındaki fonksiyonu gösterir ve sıkma-germe, yürüme, siklus ölçümü gibi yöntemler ile değerlendirilebilir. Gerçekte birçok fiziksel kapasite tarafsızca değerlendirilebilmektedir. Örneğin; pulmoner fonksiyon testleri ile solunum

kapasitesi, kemik yoğunluğu ölçümleri ile iskeletin durumu, hematolojik testlerle oksijen taşıma kapasitesi, görme ve işitme testleriyle duyu kapasitesi değerlendirilir (Leidy and Traver 1996).

Fiziksel kapasite fonksiyonun diğer alanları içinde geçerli bir paradigmadır. Akıl, hafıza, oryantasyon, karar alma ve hareket etme gibi bilişsel kapasitenin elementleridir. Sıklıkla alzheimer hastalığı ya da demans gibi psikiyatrik bozukluklarda kullanılır. Bames (2000) yaptığı çalışmada fonksiyonel sınırlılıklarla düşünce yaşlanması kapasitesini açıklamıştır. Benzer şekilde psikolojik kapasite, stresli durumlara uyum ve günlük aktiviteleri kullanabilme kaynaklarını psikososyal yaklaşımla gösterebilir. Sosyal destek kapasitesi, verilen sosyal ağ içinde insanlarla etkileşimi sayısal olarak açıklar. Fonksiyonel kapasite burada çeşitli yaşam alanları içindeki aktiviteler ile bireylere sağlanan kaynakların kavramsallaştırılmış şeklidir (Leidy 1994).

Fonksiyonel kapasite doğrudan performansı göstermez. Performans, bireyin kapasitesine göre seçilir.

• FONKSİYONEL PERFORMANS

İnsanların yaşamın normal süreci içinde temel gereksinimlerini karşılayabilmesi, rollerini tam olarak yerine getirebilmesi, sağlığı ve iyilik halini fiziksel, psikolojik, sosyal, mesleki ve manevi aktiviteleri sürdürebilmesi olarak tanımlanır. Bu bedensel aktiviteleri birey seçer. Bireyin gereksinim olarak hissettiği ve fonksiyonel kapasiteden daha çok becerisine göre yaptığı aktivitelerdir. Fonksiyonel kapasite ve performansı bireyin algılaması gerçek performans için önemlidir. Fonksiyonel performans tanımında, performansı sınırlayan ve kapasitenin temel elementleri olarak görülen bilişsel ya da emosyonel göstergelerin kısıtlayıcı özelliği olduğu bilinmelidir (Leidy 1999, Leidy 1995).

Fonksiyonel performansın fiziksel içeriğinde bireyin bedensel gereksinimlerine göre yapılan aktiviteler bulunur. Giyinme, yemek yeme, duş alma gibi. Mental sağlık ve kişisel gelişmeyi içeren aktiviteler; müzik, okuma, bahçe işleri veya hobilerdir. Sosyal bileşenler ise parti veya toplantılar düzenleme, arkadaş ziyaretleri ya da telefon arkadaşlığı gibi toplum ve ailenin etkileşimidir. Çalışma aktiviteleri mesleki iş performansından oluşur. Ruhsal bileşenler ise; manevi duygular, ibadetler, meditasyon, dini toplantılarda bulunma ya da gönüllü işlerde çalışma gibi aktivitelerden oluşur. Buna göre fonksiyonel performans; optimal sağlığı sürdürme ya da yükseltmede uyumu kolaylaştıran gerçek fiziksel aktivitelerdir (Leidy 1999, Leidy 1995).

Fonksiyonel performans sosyal yaşam içinde bireyin içinde bulunduğu kültürün bir yansıması olarak değerlendirilmeli ve incelenmelidir.

• FONKSİYONEL REZERVE

Fonksiyonel rezerve, kapasite ile performans arasındaki farktır. Kişinin fonksiyonel varlığı algılama durumuna göre değişir. İnsanlar genellikle ya eğitimlerine ya da ekonomik durumlarına göre uğraşı edinirler. Bu durum onların fonksiyonel kapasitelerini yansıtmaz. Kapasite yeteneği, yetenekte gayreti gösterir. Kapasite yararlı olduğuna inanılan bir durumun algılanmasıyla daha da artabilir (gönüllü işlerde çalışma gibi). Fonksiyonel rezerve yalnızca uç olaylar içindir gayret gerektiren durumlarda pek önem kazanmaz. Bu yönü ile rezerve doğal olarak bireyden bireye değişiklik gösterir. Kondüsyonu yerinde olan atletlerin sağlık sorunu olan kişilere göre fiziksel rezervleri yüksek olurken, kondüsyonu olmayan ama sağlıklı olan bireylerin ise psikolojik rezervleri genellikle daha iyidir (Weaver et al. 1997, Leidy 1994).

3- FONKSİYONEL DURUM VE YAŞAM KALİTESİ

Sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi terimi içinde de kullanılan ve sağlığın benzer alanlarına değinen fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi sıklıkla birbirinin yerine kullanılır. Fakat fonksiyonel durum yaşam kalitesinin eş anlamlısı değildir (Larson and Leidy 1998).

Birey, kendisi ve ailesinin bakımı içindeki performansıyla doğal olarak yaşam kalitesini arttırabilir. Bununla birlikte asıl önemli olan yaşam kalitesini artırmanın yanında yaşamın anlamı ve amacını arttırmak, özgürce başka uğraşılara girmeyi sağlamak diğer yandan da istekleri doğrultusunda fiziksel aktiviteleri gerçekleştirmektir (Leidy 1999).

Hemşirelik girişimleri fonksiyonel durum yürüncesinde gerçek bir etkiye sahiptir. Bu etkiyi kesinleştirmek için sık aralıklarla yapılan bireysel izlem sonuçları, longitudinal, karşılaştırmalı ve

mortalite farklılıklarını gösteren çalışmalar gerekebilir.

KOAH'lı kişilerin fonksiyonel durumlarında bozulma görülür, bu nedenle fonksiyonel durumun iyileştirilmesi temel amaç olmalıdır. 1980'lerden günümüze kadar KOAH'lı kişilerde fonksiyonel durumu iyileştirmeye yönelik girişimler araştırılmakta fakat sonuçlar fonksiyonel durumun daha çok klinik değişkenler ile morbidite-mortalite arasında sıkışıp kalmıştır. Bilindiği gibi KOAH aktiviteyi sınırlayan hastalıklar içinde yer almaktadır. KOAH iyileşebilir bir hastalık değil, fonksiyona odaklı ve fonksiyonu etkileyen değişkenlerin önemli olduğu bir hastalıktır (Leidy and Traver 1995).

Sonuç olarak; KOAH'ta yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, yaşam süresini uzatmaktan daha önemlidir. Yaşam kalitesinin duyarlı ve gerçekçi bir şekilde saptanması da kavramsal farklılıkların doğru algılanmasıyla sağlanabilmektedir.

KAYNAKLAR

.....(2001). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), Global Strategy for the Diagnosis, Management, And Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease NHLBI/WHO Workshop Report, 6-8.

Atasever A, Erdinç E (2003). KOAH'ta Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 51(4): 446-455.

Bames PJ (2000). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Yaklaşım, Glaxo Wellcome. Turgut Yayıncılık ve Ticaret A.Ş.; 1-4.

Demir G, Akkoca Ö, Doğan R ve ark. (2003). KOAH'ta Dispne ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 51(4):365-372.

Gezgen A, Erk M, Müsellim B ve ark. (2001). KOAH'da Üst Ekstremitte Egzersizlerinin Yaşam Kalitesine ve Solunum Fonksiyonlarına Etkisi, *Solunum Dergisi* 3;60-65.

İzmiroğulları G (2002). Hafif-orta-ağır KOAH'lı olgularda yaşam kalitesi, solunum fonksiyonları ve fonksiyonellik değerlendirme sonuçları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Kohlman VC, Gormley JM, Eiser S et al. (2000). Dyspnea and the affective response during exercise training in obstructive pulmonary disease. *Nursing Research* 50(3): 136-146.

Larson LJ, Leidy NK (1998). Chronic obstructive pulmonary disease: Strategies to improve functional status. *Annual Review of Nursing Research* 16: 253-287.

Leidy NK (1994). Functional status and forward progress of merry-go-rounds: Toward a coherent analytical framework. *Nursing Research* 196-202.

Leidy NK (1995). State of the science: Functional performance in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 27(1).23-24.

Leidy NK (1999). Psychometric properties of the Functional Performance Inventory in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Research* 48 (1):20-28.

Leidy NK, Haase JE (1996). Functional performance in people with chronic obstructive pulmonary disease: A quality analysis. *Advances in Nursing Science* 18 (3); 77-89.

Leidy NK, Traver G (1995). Psychophysiologic factors contributing to functional performance in people with COPD: Are there gender differences? *Research in Nursing and Health* 18, 535-546.

Leidy NK, Traver G (1996). Adjustment and social behavior in older adults with chronic obstructive pulmonary disease: The family's perspective. *Journal of Advanced Nursing* 23: 252-259.

Richards JM, Hemstreet MP (1994). Measures of life quality, role performance, and functional status in asthma research. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 149:S31-39.

Weaver TE, Richmond TS, Narsavage GL (1997). An explanatory model of functional status in chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Research* 46 (1): 26-31.